



## **VIII KONGRES UDRUŽENJA NEUROLOŠKIH SESTARA SRBIJE**

**17. NOVEMBAR 2024. SAVA CENTAR, BEOGRAD**

## PRETVORIMO KRIZU I IZAZOVE U ŠANSU

Živimo i radimo u vremenu krize i izazova svesni da su naše medicinske sestre i tehničari naša budućnost a samo kontinuiranim radom na profesionalnom usavršavanju i sticanju i savladavanju novih saznanja i procedura krizu i izazove možemo da pretvorimo u šansu.

Neurološke bolesti su postale prioritet u razvoju zdravstvene politike mnogih zemalja jer je od esencijalnog značaja obezbediti obolelima zdravstvenu zaštitu zasnovanu na dokazima. Unapređenje znanja medicinskih sestara i obezbeđivanje lakšeg pristupa publikacijama i literaturi neophodno je radi pružanja bezbedne i kvalitetne zdravstvene nege i povećanja zadovoljstva pacijenata.

## **TEHNIČKI ORGANIZATOR sastanka:**

Far&Away d.o.o. Beograd

## **NAUČNI ODBOR:**

1. Prof. dr Marina Svetel, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Klinika za neurologiju UKCS
2. Prof. dr Zorica Stević, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Klinika za neurologiju UKCS
3. Prof. dr Elka Stefanova, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Klinika za neurologiju UKCS
4. Prof. dr Dejana Jovanović, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Klinika za neurologiju UKCS
5. Prof. dr Nataša Dragašević Mišković, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Klinika za neurologiju UKCS
6. Prof. dr Šarlota Mesaroš, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Klinika za neurologiju UKCS
7. Prof. dr Nikola Vojvodić, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Klinika za neurologiju UKCS

## **TEHNIČKI ODBOR:**

1. Prof. dr Dragoslav Sokić
2. Doc. dr Aleksandar Ristić
3. ms Ivana Ivanković
4. ms Gordana Poček
5. ms Dragana Turčinov
6. ms Biljana Kovačević

## **ORGANIZACIONI ODBOR:**

1. Prof. dr Dragoslav Sokić
2. ms Ivana Ivanković
3. ms Gordana Poček
4. ms Bojana Tadić
5. ms Javorka Gajić

Recenzira: Društvo neurologa Srbije, dr Subotića starijeg 6, 11000 Beograd

<b>NEDELJA, 17. novembar 2024.</b>	
<b>SALA 35 na 1. spratu</b>	
08.00 – 09.00	<b>REGISTRACIJA UČESNIKA</b>
<b>Edukacija: RETKE BOLESTI U NEUROLOGIJI, moderatori I. Ivanković, D. Turčinov</b>	
09.00 - 10.00	Koliko i kako medicinske sestre stižu znanja o retkim bolestima - I. Ivanković
	Dijagnostika pompeove bolesti - D. Turčinov
	Fabrijeva bolest - B. Kovačević
	Prediktori nezadovoljavajućeg odgovora na terapiju botulinskim toksinom kod pacijenata sa idiopatskom
Zdravstvena nega kod obolelih od Guillain-Barre-ovog sindroma - L. Paunović	
<b>Sesija: EPILEPSIJA, moderatori B. Kovačević, S. Kojić</b>	
10.00 - 11.00	Principi i dometi video EEG telemetrije - S. Kojić
	Kriterijumi za razlikovanje pravog od psihogenog ne epileptičnog napada - I.R. Erdei
	Prva pomoć osobi koja ima epileptični napad - A. Kujundžić
	Zdravstvena nega kod obolelih od epilepsije - I. Miladinović
11.00 – 11.30	<b>KAFE PAUZA</b>
<b>Sesija: IMUNSKI POSREDOVANE BOLESTI, moderatori B. Tadić, S. Tarbuk</b>	
11.30 – 13.00	Standardi lečenja u cilju očuvanja zdravlja mozga kod osoba obolelih od multiple skleroze - B. Tadić
	Autoimuni encephalitis - prikaz slučaja - S. Tarbuk
	Sestrinska nega obolelih od Behčetrovog sindroma - M. Đorđević
	Sestrinska dokumentacija kao indikator kvaliteta zdravstvene nege- A. Stančić
13.00 – 14.00	<b>POSTERI / RUČAK</b> Poster prezentacija: Protokoli zdravstvene nege u toku prijema urgentnog neurološkog bolesnika - B. Stamenković
<b>Sesija: MOŽDANI UDAR, moderatori N. Milojković, D. Stojić</b>	
14.00 - 15.30	Aktivnosti medicinske sestre -tehničara pri zbrinjavanju bolesnika sa moždanim udarom i hipertenzijom
	Zbrinjavanje akutnog moždanog udara kod mladih -prikaz slučaja - Đ. Vignjević
	Zbrinjavanje pacijenta sa intracerebralnom hemoragijom uzrokovanom ekstenzivnim fizičkim naporom u jedinici za moždani udar - S. Teofilović
	Standardizovani postupci zdravstvene nege u toku sprovođenja trombolize i trombektomije kod obolelih od akutnog ishemijskog moždanog udara - D. Stojić
15.30 - 16.00	<b>KAFE PAUZA</b>
<b>Sesija: MOŽDANI UDAR</b>	
16.00 - 17.00	Specifičnosti zdravstvene nege kod pacijenata nakon , moždanog udara sa poremećajem gutanja- S. Pejić
	Standardi sestrinskih intervencija u zbrinjavanju pacijenta sa akutnim ishemijskim udarom- J. Sudarević
	Oporavak neurološkog deficita nakon trombolitičke terapije - Đ. Dubovina
	Zdravstvena nega kod obolelih od moždanog udara - M. Jović
17.00 - 17.30	<b>ZATVARANJE SIMPOZIJUMA</b>

## **KOLIKO I KAKO MEDICINSKE SESTRE STIČU ZNANJE O RETKIM BOLESTIMA**

**Ivana Ivanković**

**Univerziteti klinički centar Srbije, Klinika za neurologiju**

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

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

Metodologija: Deskriptivna, analiza literature.

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

Najčešća saznanja o retkim bolestima medicinske sestre dobijaju od lekara kroz svakodnevni rad sa pacijentima obolelim od retkih bolesti. Šira znanja vezana za dijagnostiku, terapiju, procedure sestrinske nege i drugo nisu lako dostupne. Veliki značaj imaju i lični afiniteti medicinskih sestara, obrazovanje i pozicija na kojoj rade.

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

Ključne reči: retke bolesti, zdravstvena nega, praksa zasnovana na dokazima

Reference:

1. D. Walkowiak, J. Domaradzki: Needs assessment study of rare diseases education for nurses and nursing students in Poland, *Orphanet Journal of Rare Diseases* (2020) 15:167 <https://doi.org/10.1186/s13023-020-01432-6>
2. B. Tumiene, H. Peters, B. Melegh, B. Peterlin, A. Utkus, N. Fatkulina, G. Pfliegler, H. Graessner, S. Hermanns, M. Scarpa, J.Y. Blay, S. Ashton, L. McKay and G. Baynam: Rare disease education in Europe and beyond: time to act Tumiene *et al. Orphanet Journal of Rare Diseases* (2022) 17:441

<https://doi.org/10.1186/s13023-022-02527-y>

3. Domaradzki J and Walkowiak D(2021) Knowledge and Attitudes of Future Healthcare Professionals Toward Rare Diseases. *Front. Genet.* 12:639610. doi: 10.3389/fgene.2021.639610
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6974615/>, 04.07.2023.
5. <https://www.zdravlje.gov.rs/tekst/343045/program-za-retke-bolesti-i-akcioni-plan.php>, 04.07.2023.
6. <https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease.php?lng=EN>, 04.07.2023.
7. <https://www.norbs.rs/>, 04.07.2023.
8. <https://retkebolesti.com/sr>, 04.07.2023

## **RETKE NEUROMIŠIĆNE BOLESTI I TERAPIJSKE PROCEDURE**

**Dragana Turčinov**

**Univerzitetski klinički centar Srbije, Klinika za neurologiju**

Retke bolesti su izuzetno heterogena grupa obolenja čija je zajednička osobina da se pojedinačno pogađaju mali broj obolelih, ali zajedno čine grupu od oko 7.000 različitih bolesti. Republika Srbija prati definiciju Evropske komisije prema kojoj su retke bolesti one koje pogađaju manje od pet lica na 10.000 lica. Retke bolesti su često hronične, progresivne, degenerativne, ugrožavaju život i uzrokuju invaliditet. Kako su različiti u pogledu etiologije, vremena pojave, toka bolesti, lokalizacije, uzroka, populacije koja je zahvaćena, težine bolesti i uzrasta u kom su se javljali, velicine i bolesti po ovoj bolesti nju ili u ranoj dečijoj dobi. Tok bolesti može biti akutan ili hroničan, a težina same bolesti, tok i prognoza varijable.

Neuromišićne bolesti su heterogena naslednih i stečenih oboljenja mišića, neuromišićne sinapse, perifernih nerava i motornih neurona.

Pompeova bolest, glikogenoza tip II, je redak nasledni autosomno recesivni metabolički poremećaj izazvan smanjenjem ili punim nedostatkom enzima  $\alpha$ -1,4-glukozidaze zbog mutacije gena koji kodira kodiranje.

Lek Miozime je veštački enzim koji se naziva  $\alpha$ -glukozidaza alfa i on može da zameni prirodni enzim koji nedostaje kod pompeove bolesti.

Spinalna mišićna atrofija SMA je retka ali progresivna i smrtnosna neuromišićna bolest.

Lek Spinraza je odobren za lečenje ovog genetskog oboljenja. Sadrži aktivnu supstancu nusinersen koja pripada grupama lekova poznatih pod nazivom antisens oligonukleotidi.

Pored niske učestalosti, zajedničko za retke bolesti su kasna i složena dijagnostika, neujednačenost i složenost samog lečenja, zdravstvene nege. Iz tog razloga ih u okviru sistema zdravstvene zaštite treba posmatrati kao jedinstvenu celinu.

Ključne reči: retke bolesti, neuro-mišićna oboljenja, Miozime, Spinraza, procedure

Reference:

1. Kishnani PS, Diaz-Manera J, Toscano A, Clemens PR, Ladha S, Berger KI et al, COMET Investigator Group: Efficacy and Safety of Avalglucosidase Alfa in Patients With Late-Onset **Pompe Disease** After 97 Weeks: A Phase 3 Randomized Clinical Trial., JAMA Neurol. 2023 Jun 1;80(6):558-567. doi: 10.1001/jamaneurol.2023.0552.PMID: 37036722
2. Domínguez-González C, Díaz-Marín C, Juntas-Morales R, Nacimiento-Osorio A, Rivera-Gallego A, Díaz-Manera J.: Survey on the management of **Pompe disease** in routine clinical practice in Spain., Orphanet J Rare Dis. 2022 Dec 5;17(1):426. doi: 10.1186/s13023-022-02574-5.PMID: 36471448
3. D'Amico A, Mercuri E, Tiziano FD, Bertini E.: Spinal muscular atrophy. Orphanet J Rare Dis. 2011 Nov 2;6:71. doi: 10.1186/1750-1172-6-71.PMID: 22047105
4. Mercuri E, Finkel RS, Muntoni F, Wirth B, Montes J, Main M. et al: Diagnosis and management of spinal muscular atrophy: Part 1: Recommendations for diagnosis, rehabilitation, orthopedic and nutritional care., Neuromuscul Disord. 2018 Feb;28(2):103-115. doi: 10.1016/j.nmd.2017.11.005. Epub 2017 Nov 23.PMID: 29290580

## FABRIJEVA BOLEST

**Biljana Kovačević**

**Univerzitetski klinički centar Srbije, Klinika za neurologiju**

Fabrijeva bolest (FD) je retka, sporo progresivna lizozomalna bolest nakupljanja koja se prenosi posredstvom patološke genetske varijante GLA gena na X hromozomu. Procenjena prevalenca FD se kreće u rasponu od 1:20.000 osoba ženskog pola do 1:40.000 osoba muškog pola. Nasuprot drugim X-vezanim bolestima, kod kojih su žene samo prenosioci, u FD žene mogu razviti klinički evidentnu kliničku bolest različitog stepena. S obzirom na način nasleđivanja FD, sva deca aficiranih majki imaće rizik od 50% da naslede genetsku varijaciju, dok će u slučaju aficiranih očeva sve ćerke naslediti genetsku varijaciju. Postoji više od 1000 genetskih varijanti GLA gena (The Human Gene Mutation Database, [www.hgmd.cf.ac.uk](http://www.hgmd.cf.ac.uk)). Mnoge od njih su jasno patogene, dok druge imaju nejasan klinički značaj ili su jasno benigne.

U FD, kao posledica patološke genetske varijacije u GLA genu, dolazi do smanjenja aktivnosti enzima  $\alpha$ -galaktozidaze A (AGAL). Kao posledica ovoga, dolazi do akumulacije glikosfingolipida u različitim ćelijama i tkivima sa pokretanjem različitih patofizioloških mehanizama koji doprinose kliničkoj slici bolesti. Postoje dve glavne forme bolesti, klasična i forma sa kasnijim javljanjem ("late onset").

Kod pacijenata sa klasičnom formom bolesti, akumulacija glikosfingolipida počinje veoma rano. Tipično, bolest se manifestuje najčešće već u detinjstvu, akroparestezijama. Neuropatski bol je najčešći klinički simptom FD i javlja se kod oko 80% muškaraca/dečaka i 60% žena/devojčica. Bol se pogoršava prilikom fizičke aktivnosti, stresa kao i u febrilnim stanjima. Rani simptomi i znakovi FD su i poremećaji znojenja (hipo- ili anhidroza), gastrointestinalni poremećaji kao što je postprandijalni bol, nadutost, prolivi ili obstipacija, zatim zamućenja rožnjače (cornea verticillata) te kožne promene po tipu angiokeratoma.

Najznačajniji ciljni organi u FD su bubrezi, srce i nervni sistem. Zahvatanje bubrega ogleda se u postupnom povećanju albuminurije i proteinurije sa sporo progresivnom hroničnom bolesti bubrega koja, kod muškaraca, obično završava u terminalnom stadijumu u 4.-5. deceniji života, dok je kod žena moguć i blaži tok. Perkutanom biopsijom bubrega uočava se vakuolizacija ćelija ili promene koje nalikuju fokalno segmentnoj glomerulosklerozi (FSGS), ali i karakteristične promene vidljive pomoću elektronskog mikroskopa (mijeloidna ili zebra telašca).

Afekcija srca se javlja u 40-60% pacijenata i najčešće je uzrok smrti kod pacijenata sa FD, Manifestuje se hipertrofijom miokarda leve komore, ali i drugim manifestacijama kao što su poremećaji provođenja i srčanog ritma, valvularni poremećaji i fibroza srca koja se karakteristično prvo javlja u posterolateralnom zidu. Veoma česte su bradiaritmije koje mogu biti intermitentne te je neophodan 48h (pa i duži) Holter monitoring srčanog ritma. Pacijenti sa FD često imaju očuvanu istisnu frakciju leve komore, ali uz narušen longitudinalni "strain".

Najvažnije manifestacije FD na nervnom sistemu su kriptogeni cerebrovaskularni incidenti (pre 55 godine života), lezije bele mase kao znak bolesti mikrocirkulacije, psihijatrijski i kognitivni poremećaji te disfunkcija VIII kranijalnog nerva. Takođe, uočavaju se malformacije krvnih sudova po tipu tortuoziteta i ektazija.

"Late onset" varijante FD obično se manifestuju kao srčana i/ili renalna bolest, manifestuju se kasnije od klasične forme bolesti.

Pravovremeno otkrivanje FD je veoma važno, jer samo na taj način možemo sprečiti pojavu ireverzibilnih manifestacija bolesti na ciljnim organima. Dijagnostika FD se bazira na dokazivanju nedovoljne enzimске aktivnosti kod bolesnika (dominantno značajno u muškaraca), zatim na određivanju nivoa biomarkera u krvi ili leukocitima (Lyso-Gb3) kao i genetskom testiranju GLA gena. Neobično je važno da se, nakon postavljanja dijagnoze FD kod bolesnika, načini porodični screening kojim se očekuje pronalazak još 3-5 osoba sa FD u porodici. Testiranje je jednostavno, sprovodi se pomoću uzimanja venske ili periferne krvi. Kap krvi se nanosi na generisane test papire (slika 1) koji, nakon sušenja krvi, mogu da stoje 30 dana, sklonjeni sa prirodnog izvora svetlosti.

Od 2017. godine u Srbiji postoji mogućnost enzimске supstitucione terapije (ERT) kod osoba kod kojih se potvrdi postojanje bolesti. Dostupna su dva ravnopravna leka: agalzidaza alfa i agalzidaza beta sa dva dozna režima i intravenskom aplikacijom na 14 dana. Pored toga, za neke tipove mutacija postoji i oralna terapija, migalastat.



## Glavne poruke:

- Fabrijeva bolest (FD) je retka, sporo progresivna lizozomalna bolest nakupljanja koja se prenosi posredstvom patološke genetske varijante GLA gena na X hromozomu
  - Procenjena prevalenca FD se kreće u rasponu od 1:20.000 osoba ženskog pola do 1:40.000 osoba muškog pola
  - Moguće značajno kliničko ispojavanje i kod osoba ženskog pola!!!
  - Dve forme bolesti: klasična i “late onset”
  - Ciljni organi: bubreg, srce, nervni sistem
- 
- KOGA TESTIRATI?
    1. proteinurička (obično subnefrotska proteinurija) hronična bolest bubrega nejasne etiologije kod muške osobe ispod 55 godina ili ženske osobe bilo kog doba;
    2. Ukoliko postoji nalaz biopsije bubrega: nejasna FSGS, vakuolizacija ćelija bubrega;
    3. Hipertrofična kardiomiopatija, poremećaji srčanog ritma (bradi- ili tahiaritmije), osobe sa ICD ili pejsmejkerom
    4. Kriptogeni IVC, pre 55. godine života; lezije bele mase, dolihoektazije krvnih sudova, neobjašnjivi tinitus
    5. Pacijenti sa akroparestezijama, corneom verticiliatom, hipohidrozom, nejasnim GI tegobama koje se često manifestuju kao IBS ili IBD koji ne reaguje dobro na terapiju
  - ZAŠTO TESTIRATI?
    1. Jednostavno testiranje, pomoću test papira
    2. Postojanje enzimske substitucione terapije u Srbiji
    3. Usporavanje progresije bolesti
    4. Pronalazak novih pacijenata posredstvom porodičnog skrininga

## Reference:

1. Germain DP, Altarescu G, Barriales-Villa R, Mignani R, Pawlaczyk K, Pieruzzi F, Terryn W, Vujkovic B, Ortiz A. An expert consensus on practical clinical recommendations and guidance for patients with classic Fabry disease. *Mol Genet Metab* 2022;137:49-61.
2. Del Pino MD, Andres A, Bernabeu AA, de Juan-Rivera J, Fernandez E, Diaz JDG, Hernandez D, et al. Fabry nephropathy: an evidence based narrative review. *Kidney Blood Press Res* 2018;43:406-421.
3. Pieroni M, Moon JC, Arbustini E, et al. Cardiac involvement in Fabry disease. *JACC* 2021;77(7):922-936.

4. Namdar M. Electrocardiographic changes and arrhythmia in Fabry disease. *Front Cardiovasc Med* 2016;3:7-13.
5. Giugliani R, Vairo F, Kubaski F, Poswar F, Riegel M, Baldo G, et al. Neurological manifestations of lysosomal disorders and emerging therapies targeting the CNS. *Lancet Child Adolesc Health* 2018 Jan;2(1):56-68.
6. Marchesoni C, Cisneros E, Pfister P, Yaney P, Rollan C, Romero C, et al. Brain MRI findings in children and adolescents with Fabry disease. *J Neurol Sci* 2018 Dec 15;395:131-134.
7. Maruyama H, Miyata K, Mikame M, Taguchi A, Guili C, Shimura M, et al. Effectiveness of plasma lyso-Gb3 as a biomarker for selecting high-risk patients with Fabry disease from multispecialty clinics for genetic analysis- *Gen Med* 2019;1:44-52.
8. Biegstraaten M, Arngrimsson R, Barbery F, Boks L, Cecchi F, Deegan PB, et al. Recommendations for initiation and cessation of enzyme replacement therapy in patients with Fabry disease: the European Fabry Working Group consensus document. *Orphanet J Rare Dis* 2015;10:36-45.

## **ZDRAVSTVENA NEGA KOD OBOLELIH OD GUILLAIN-BARRÉ-OVOG SINDROMA ( GBS )**

**Lidija Paunović**

**Univerzitetski klinički centar Niš, Klinika za neurologiju**

Guillain-Barré-ov sindrom (GBS) je akutna autoimuna bolest perifernih nerava i njihovih korenova (Hughes and Cornblath, 2005). GBS je najčešći uzrok akutno nastale generalizovane flacidne paralize u razvijenim zemljama (Sejvar et al, 2011a).

Guillain-Barré-ov sindrom (GBS) je akutno autoimuno oboljenje perifernih nerava i njihovih korijenova. Najčešće varijante oboljenja su: akutna inflamatorna demijelinizaciona polineuropatija (AIDP), akutna motorna aksonalna neuropatija (AMAN), akutna motorna i senzorna aksonalna neuropatija (AMSAN), Miller-Fisher-ov sindrom (MFS) i druge rijede forme.

Akutni poliradikuloneuritis je bolest koja se karakteriše pojavom mišićnih slabosti koje su praćene arefleksijom, gubitkom senzibiliteta, nastankom parestezija, pojavom porasta proteina u cerebrospinalnoj tečnosti uz smanjenje (manje od 5 ćelija u mm<sup>3</sup>) ili nedostatak ćelijskih elemenata (albuminocitološka disocijacija), mogućnošću zahvaćenosti mišića za disanje i nastankom respiratorne insuficijencije.

Akutni po-liradikuloneuritis se još naziva i akutna in-flamatorna demijelinizirajuća poliradikulo-neuropatija. Bolest je takode poznata i po imenima autora koji su je prvi opisali, tako da je bolest poznata i kao Guillain-Bar-reev sindrom.

Postupci i procedure zdravstvene nege su standardizovane u svim etapama tretmana obolelog od dijagnostikovanja, primene terapijskih metoda kao i rehabilitacionog tretmana.

Cilj zdravstvene nege jeste blagovremeno prepoznavanje svih simptoma i znakova bolesti, adekvatno sprovođenje dijagnostičkih, terapijskih i rehabilitacionih standardizovanih postupaka i procedura, kao i prevencija sprečavanja pojave komplikacija, visok nivo bezbednosti obolelog, prevencija pojave intrahospitalnih infekcija.

Tim medicinskih sestara primenjuje metod Procesu zdravstvene nege u tretmanu obolelog.

**Cilj:**

U ovom radu će biti prikazani simptomi i znaci oboljenja, dijagnostičke, terapijske i postupci i procedure zdravstvene nege, dijagnoze nege.

**Metod:**

Prikaz slučaja iz prakse, hospitalizovanog u Jedinici intenzivne nege i terapije u Klinici za neurologiju Univerzitetskog kliničkog centra u Nišu, prema metodi Procesu zdravstvene nege.

U radu je korišćena dostupna medicinska i dokumentacija zdravstvene nege.

Reference:

1. Kliničke i epidemiološke karakteristike akutnog poliradikuloneuritisa na prostoru zapadnog Balkana, istraživački tim GBSerbia: Stojan Perić<sup>1</sup>, Vuk Milošević<sup>2</sup>, Ivana Berisava<sup>1</sup>, Olivera Stojiljković<sup>3</sup>, Ljiljana BeslačBumbaširević<sup>1</sup>, Ivan Marjanović<sup>1</sup>, Vanja Đurić<sup>2</sup>, Gordana Đorđević<sup>2</sup>, Sonja Lukić<sup>4</sup>, Milan Cvijanović<sup>4</sup>, Milica Babić<sup>5</sup>, Aleksandra Dominović<sup>5</sup>, Balša Vujović<sup>6</sup>, Mirjana Čukić<sup>6</sup>, Milutin Petrović<sup>7</sup>, Gordana Tončev<sup>7</sup>, Nenad Komatina<sup>8</sup>, Vesna Martić<sup>8</sup>, Dragana Lavrić<sup>1</sup> 1 Klinika za neurologiju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija; 2 Klinika za neurologiju, Klinički centar Niš, Niš, Srbija; 3 Društvo mladih neurologa Srbije; 4 Klinika za neurologiju, Klinički centar Vojvodine, Novi Sad, Srbija; 5 Klinika za neurologiju, Klinički centar Banja Luka, Banja Luka, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina; 6 Klinika za neurologiju, Klinički centar Crne Gore, Podgorica, Crna Gora; 7 Klinika za neurologiju, Klinički centar Kragujevac, Kragujevac, Srbija; 8 Klinika za neurologiju, Vojnomedicinska akademija, Beograd, Srbija
2. <https://simptomi.rs/bolesti/14-neurologija-bolesti-nervnog-sistema/2682-akutni-poliradikuloneuritis-gilen-bareov-sindrom>
3. [https://ceufast.com/course/guillain-barre-syndrome?gad\\_source](https://ceufast.com/course/guillain-barre-syndrome?gad_source)
4. <https://nursing.com/lesson/nursing-care-plan-for-guillain-barre>
5. <https://www.madeformedical.com/nursing-care-plan-for-guillain-barre-syndrome/>

## **PRINCIPI I DOMETI VIDEO EEG TELEMETRIJE**

**Sladana Kojić**

**Univerzitetski klinički centar Srbije**

Epilepsija je hronična neurološka bolest koja se odlikuje spontanim ponavljanjem epileptičkih napada, Video EEG telemetrija predstavlja specijalizovan i tehnološki zahtevan postupak tokom kojeg se pacijenti sa epizodičnim poremećajima stanja svesti kontinuirano snimaju tokom više dana (najčešće pet). Istovremeno se registruje eeg zapis, video i zvuk.

Indikacije za video eeg telemetriju:

- Diferencijalna dijagnoza epileptičkih od neepileptičkih napada,
  - Određivanje tipa I lokalizacije napada u preoperativnoj proceni pacijenat za hirurško lečenje.
- Medicinske sestre, eeg tehničari aktivno učestuju u svim fazama ove složene dijagnostičke procedure.

Vrše pripremu i montiranje elektroda na glavu ispitanika, prate 24 časa i zbrinavaju bolesnika za vreme napada, testiraju bolesnika nakon napada ( periktalni neuropsihološki test ), beleže specifične eeg obrasce, kontrolišu i brinu o kvalitetu eeg zapisa, videa-a i zvuka.

Po završenoj video eeg telemetriji pacijenti se prikazuju na epileptološkom konzilijumu gde se odlučuje o daljim mogućnostima lečenja bolesnika.

Video eeg telemetrija predstavlja zlatni standard u lečenju pacijenata sa epilepsijom a eeg tehničari nezamenjivu kariku u ovoj složenoj dijagnostičkoj proceduri.

Reference:

1. Wirrell E. Evaluation of First Seizure and Newly Diagnosed Epilepsy. Continuum (Minneapolis Minn). 2022 Apr 1;28(2):230-260.
2. Meritam Larsen P, Wüstenhagen S, Terney D, Gardella E, Aurlien H, Beniczky S. Duration of epileptic seizure types: A data-driven approach. Epilepsia. 2023 Feb;64(2):469-478.
3. Mula M, Coleman H, Wilson SJ. Neuropsychiatric and Cognitive Comorbidities in Epilepsy. Continuum (Minneapolis Minn). 2022 Apr 1;28(2):457-482.
4. Turek G, Skjei K. Seizure semiology, localization, and the 2017 ILAE seizure classification. Epilepsy Behav. 2022 Jan;126:108455.
5. Striano P, Minassian BA. From Genetic Testing to Precision Medicine in Epilepsy. Neurotherapeutics. 2020 Apr;17(2):609-615.

## **KRITERIJUMI ZA RAZLIKOVANJE PRAVOG OD PSIHOGENOG NENEPILEPTIČNOG NAPADA**

**Ivana Radulović Erdei**

**Univerzitetski klinički centar Srbije, Klinika za neurologiju**

Epilepsija je hronična neurološka bolest koja se manifestuje iznenadnim, ponavljanim epizodama prekida normalne funkcije mozga, a sve kao posledica prekomerne, hipersinhronne aktivnosti neurona. Jedna je od najčešćijih neuroloških oboljenja.

Psihogeni neepileptični napad je iznenadna epizoda promene ponasanja, misljenja, osećanja koja je vremenski ograničena, a slična je ili se može zameniti sa pravim epileptičnim napadom. Klinička slika često može upućivati na kliničku sliku epilepsije te time navesti na pogrešnu dijagnozu. PNEN se javlja kako kod bolesnika sa epilepsijom, tako i kod onih koji je nemaju. Dijagnoza PNEN-a se postavlja na temelju nalaza video EEG telemetrije i specifičnih elemenata kliničke slike. Pri postavljanju dijagnoze često dolazi do greške u 25% slučajeva. Lecenje je složeno i zahteva multidisciplinarni pristup. Terapija je prilagodjena svakom bolesniku individualno i usmerena na resavanje osnovnog poremećaja, tj psihogenog uzroka.

Učesnici ovog kursa moci ce više da čuju ključnim razlikama između epileptičnog i psihogenog neepileptičnog napada, kriterijumima za postavljanje dijagnoze, provokacionim metodama, kao i pristupu u lečenju ovih pacijenata.

Reference:

1. Wirrell E. Evaluation of First Seizure and Newly Diagnosed Epilepsy. *Continuum (Minneapolis, Minn)*. 2022 Apr 1;28(2):230-260.
2. Meritam Larsen P, Wüstenhagen S, Terney D, Gardella E, Aurlen H, Beniczky S. Duration of epileptic seizure types: A data-driven approach. *Epilepsia*. 2023 Feb;64(2):469-478.
3. Mula M, Coleman H, Wilson SJ. Neuropsychiatric and Cognitive Comorbidities in Epilepsy. *Continuum (Minneapolis, Minn)*. 2022 Apr 1;28(2):457-482.
4. Turek G, Skjei K. Seizure semiology, localization, and the 2017 ILAE seizure classification. *Epilepsy Behav*. 2022 Jan; 126:108455.
5. Striano P, Minassian BA. From Genetic Testing to Precision Medicine in Epilepsy. *Neurotherapeutics*. 2020 Apr;17(2):609-615.

## **PRVA POMOĆ OSOBI KOJA IMA EPILEPTIČNI NAPAD**

**Kujundžić Anđela, Blagojević Kristina**

**Univerzitetna bolnica Foča**

Epilepsija je hronično neurološko oboljenje koje se karakteriše spontanim ponavljanjem epileptičnih napada. Epileptički napad može da se javi kod bolesnika sa epilepsijom, kao i kod osoba koje nemaju epilepsiju, usled metaboličkih ili toksičnih faktora, apstinencijalnog alkoholnog sindroma, febrilnosti, infekcije, kao zbog dejstva mnogih drugih štetnih faktora.

Cilj rada: Pokazati kako pružiti prvu pomoć osobi koja ima epileptični napad.

Rezultati rada:

\*Neophodno je udaljiti sve prisutne u blizini, kao i predmete kojima bi se osoba u toku napada mogla povrijediti.

\*Potrebno je postaviti osobu u bočni položaj: donja noga opružena, donja ruka iza tijela, glava okrenuta na

stranu, da bi se spriječila aspiracija povraćenog sadržaja ili sekreta.

\*Ne spriječavati trzaje, ne davati tečnost tokom napada, ne postavljati nikakve predmete u usta niti stavljati

svoje prste u usta osobi da izvučete jezik kako se ne biste povrijedili usled grčenja vilice.

\* Pozvati hitnu pomoć, biti uz osobu sve dok ne stigne hitna pomoć.

Zaključak rada: Boljom edukacijom stanovništva, pravovremenim prepoznavanjem prvih simptoma epileptičnog napada, preduzimanjem svih neophodnih mjera u toku, kao i posle napada pomoć ćemo osobi koja ima epileptični napad da se ne povrijedi i ne ponovi epileptični napad.

## **ZDRAVSTVENA NEGA OBOLELIH OD EPILEPSIJE**

**Ivana Miladinović**

**Opsta bolnica Leskovac**

Uvod: Epilepsija je hronično neurološko oboljenje koje se karakteriše spontanim ponavljanjem epileptičkih napada. Epileptički napad može da se javi kod bolesnika sa epilepsijom, kao i kod osoba koje nemaju epilepsiju, posle metaboličkih ili toksičnih faktora, apstinencijalnog alkoholnog sindroma, febrilnosti, infekcije, elektro-drugog šoka, kao zbog mnogih bolesti.

Javljanje pada: Epileptički napadi se javljaju usled gubitka ravnoteže između ekscitatornih i inhibitornih mehanizama u CNS-u. Oni se češće javljaju ukoliko su bolesnici izloženi provokativnim faktorima. Česti provokacioni faktori su depresija spavanja, korišćenje alkohola, hormonske promene veze za početak menstruacije ili upotreba nekih lekova.

Najčešći simptomi su: pomućenje ili gubitak svesti, konvulzije, mioklonizmi, ritmički treptaji epigastrična aura

Dijagnoza: analize krvi, analize urina, EEG.

Uloga medicinske sestre:

Medicinska sestra prvenstveno mora biti jako smirena kada pacijentu uoci da će doći do epileptičkog napada. Merenje trajanja epi pada, od početka do kraja. Ukloniti sve predmete koji bi mogli dovesti do povređivanja pacijenata. Pacient se stavi na tvrdu podlogu da leži sa postavljenim jastukom ispod glave. Postaviti pacijenata u bočni koma položaj. Smirivanje pacijenata nakon pada. Smanjiti anksioznost. Smestiti pacijenata u postelju i biti pored njega, vršiti zdravstveno vaspitni rad.

Lečenje: Lekovi (antiepileptici), operacija, ishrana

Zaključak: Savetuje se da se osobe obolele od epilepsije uz redovno uzimanje lekova, vode zdrav stil života sa dovoljno sna, da se redovno hrane i upražuju redovnu fizičku aktivnost. Osobe koje boluju od epilepsije su u riziku od pojave dva životno ugrožavajuća stanja: statusa epileptikusa i iznenadne smrti.

1. H. Pokrivka, Uloga medicinske sestre u destigmatizaciji obolelih od epilepsije, Završni rad 2018.
2. K. Štrk, Uloga medicinske sestre u dijagnostici epilepsije, Bjelovar 2023.
3. M. Omić, Epilepsija, Seminarski rad, Tuzla 2018.
4. L. Filipović, Uticaj stila života na bolesnike obolele od epilepsije, Završni rad, Osijek 2018.
5. A. Lukić, Nega bolesnika sa epilepsijom, Beograd 2017.

# STANDRADI LEČENJA U CILJU OČUVANJA ZDRAVLJA MOZGA KOD OSOBA OBOLELIH OD MULTIPLE SKLEROZE

**Bojana Tadić**

**Klinika za neurologiju, UKCS Beograd**

Uvod: Multipla skleroza (MS) je hronično, inflamatorno, demijelinizaciono, degenerativno, rekurento oboljenje centralnog nervnog sistema (CNS) kod dece i odraslih. MS se karakteriše patološkim perivaskularnim infiltratima mononuklearnih inflamatornih ćelija, gubitkom aksona i gliozom dominantno u beloju masi sa formiranjem plakova u mozgu i kičmenoj moždini. Bolesnici oboleli od MS-a pokazuju mnoštvo neuroloških simptoma koji se javljaju ili kao iznenadni ataci bolesti ili imaju laganu progresiju.

Bolesnici i lečenje: Kod lečenja multiple skleroze, podjednako su značajne farmakološka i nefarmakološka terapija, a najbolji efekat se ostvaruje ukoliko je pristup svakom pacijentu individualan i multidisciplinarnan. Farmakološka terapija multiple skleroze podrazumeva terapiju za lečenje relapsa bolesti, za modifikovanje prirodnog toka bolesti i simptomatsku terapiju. Danas se primenjuju imunosupresivni i imunomodulatorni lekovi koji se dele u dve terapijske linije i imaju sposobnost da smanje broj i težinu relapsa kao i da odlože progresiju bolesti.

Zaključak: Medicinska sestra, kao član multidisciplinarnog tima, ima aktivnu i važnu ulogu u sprovođenju novih terapijskih modaliteta u cilju očuvanja zdravlja mozga. Važnost blagovremenog sprovođenja neophodnih terapijskih postupaka su ključni za uspešno lečenje obolelih od multiple skleroze.

Ključne reči: Multipla skleroza, zdravlje mozga, sestrinske intervencije.

Reference:

1. <https://emedicine.medscape.com/article/1146199-overview>, (12.03.2024.);
2. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/multiple-sclerosis/symptoms-causes/syc-20350269>, (22.12.2022.);
3. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/multiple-sclerosis>, (07.08.2023.)
4. <https://www.nhs.uk/conditions/multiple-sclerosis/>, (22.02.2022.);
5. <https://www.nationalmssociety.org/understanding-ms/what-is-ms/how-ms-affects-the-brain>, (01/2024.).

## AUTOIMUNI ENCEFALITIS- PRIKAZ SLUČAJA

Tarbuk Sanja<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UKCV, Klinika za neurologiju

**Uvod:** Autoimuni encefalitis spadaju u grupu inflamatornih, imunskih posredovanih oboljenja CNS I karakterisu se progresivnim razvojem neuroloske simptomatologije koja je u periodu od nekoliko nedelja do nekoliko meseci dovodi do znacajne funkcionalne onesposobljenosti obolelih. Klinicki se prezentuju znacima ecefloptije nejasne etiologije sa kognitivnim ili psihijatrijskim premećajima uz prisustvo najmanje jednog od sledećih nalaza: 1. Novonastalim epilepticnim napadima. 2.Fokalni neuroloski deficit. 3.Inlfamatorni nalaz u likvoru. 4.Nalaz na MRI endokarnijuma koji govori u prilog dijagnozi autoimunog encefalitisa. 5.Pozitivnih antitela prema povrsnim ili intracelularnim antigenima neurona u likvoru ili serumu pacijenta. Dijagnostički kriterijumi za moguci autoimuni encefalitis su: 1. Subakutni pocetak, progresivni tok kongitivnih ili psihijatrisjkih poremećaja.2. Najmanje jedno od sledeceg: a) novonastali epilepticni napadi, b) fokalni neuroloski deficit, c)pleocitoza u likvoru, d) MRI nalaz u prilog autoimunog encefalitisa . Kod svih pacijenta sa autoimunim encefalitisom treba sprovesti laboratorijski I radioloski scrining na paraneoplasticni sindrom (CT grudnog koša, abdomena, male karlice, mamografija, UZ skrotuma). Lečenje se sprovodi imunosupresivima. Lekovi prvog izbora su kortikosteroidi, intravenski imunoglobulini I terapijska izmena plazme a lekovi drugog izbora su rituksimab I ciklofosfamid.

**Cilj rada:** prikazati specifičnosti zdravstvene nege kod obolelih od autoimunog encefalitisa

**Materijal I metode:** istorija bolesti. Sestrinska dokumentacija

**Rezultati:** Pacijentkinja K.A, 27 god. primljena 28.02.2024. na odeljenje intenzivne terapije, Klinike za neurologiju/ UKCV kao premeštaj sa Klinike za psihijatriju. Pri prijemu budne svesti, izrazito uznemirena, psihoorganski izmenjena, fizički sputana prema protokolu ustanove. Izvršena je sestrinska procena prema proceduri zdravstvene nege: Braden skala- 13, Morzeova skala - 45, vitalni parametri- TA 110/70, SpO2 98%, p-96`, afebrilna. Definisane su sestrinske dijagnoze, ciljevi I intervencije koje treba sprovesti. Kao najizazovniji aspekti zdravstvene nege su se izdvojili psihoorganska izmenjenosti I malnutricija usled negativističnosti. Bolesnica je podvrgnuta proceduri terapijske izmene plazme, dobila je kortikosteroidnu terapiju kao I terapiju imunoglobulina. Uključena je u rani rehabilitacioni tretman. Zbog izrazite malnutracije usled negativističnosti u tretman uključen I anesteziolog u cilju poboljšanja nutritivnog statusa. Ishrana je sprovedena per os, putem nazogastrične sonde, kao I pareneteralnim putem. Dodatno se komplikuje lečenje dijagnostikovanjem tumora jajnika koji je odstranjen operativnim putem.



Pacijentkinja se na kraju hospitalizacije otpušta budne svesti, verbalni kontakt moguć, vertikalizovana, moguć hod uz blagu nestabilnost. Ishrana per os samostalna.

**Zaključak:** Autoimuni encefalitis je još uvek velika nepoznanica svim zdravstvenim radnicima. To je bolest koja se vrlo često može prevideti ili pogrešno dijagnostikovati. Kada I dođu pacijenti do prave dijagnoze njihovo lečenje I nega predstavlja veliki izazov I zahteva uključivanje po nekoliko specijalista, kao I veliko angažovanje sestara. Zbog svega gore navedenog potrebno je raditi na dodatnoj edukaciji med.sestara o radu sa pacijentima koji boluju od autoimunog encefalitisa.

Reference:

1. dos Santos MI, de Lima AC, Custódio GG, Macêdo LS, da Silva Pereira J, Leal RC, de Oliveira Dourado CA. Neurocritical nursing care in rhombencephalitis secondary to neuromyelitis optica: case report. Rev Med (São Paulo). 2023 May;102(3):201571.
2. Diaz-Arias LA, Pardo CA, Probasco JC. Autoimmune encephalitis in the intensive care unit. Neurointensive Care Unit: Clinical Practice and Organization. 2020:249-63.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-030-36548-6\\_17](https://doi.org/10.1007/978-3-030-36548-6_17)
3. Pratiwi E, Adi GS, Priliana WK, Nurzulaekha AG. Encephalitis with autoimmune disease in pediatric patients General X Hospital Yogyakarta Indonesia: a case report study. International Journal of Community Medicine and Public Health. 2020;7(5):1987-9
4. Dalmau J, Graus F. Autoimmune encephalitis—misdiagnosis, misconceptions, and how to avoid them. JAMA neurology. 2023 Jan 1;80(1):12-4.
5. Gill C, Griffiths M, Easton A, Solomon T. Challenges for nurses in caring for patients with acute encephalitis: lack of knowledge, time and rehabilitation. British Journal of Nursing. 2022 Jan 13;31(1):40-5.

## **SESTRINSKA NEGA OBOLELIH OD BEHČETOVOG SINDROMA**

**Margot Djordjević**

**Klinika za neurologiju, UKCS Beograd**

Uvod: Behčetova (Behcet) bolest ili Behčetov sindrom (BS) je multisistemsko autoimuno oboljenje nepoznate etiologije. Karakteriše se hroničnom i recidivirajućom pojavom aftoznih ulceracija na sluznici usne duplje, polnim organima, upalnim procesom prednje i zadnje komore

oka UVEITIS (dovodeći do postepenog gubitka vida). Bolest može izazvati upalne procese na zglobovima, zapaljenje moždanih ovojnica, difuzne upale sitnih i srednjih krvnih sudova.

Komplikacije Behčetove bolesti zavise od specifičnih simptoma koji su prisutni u tom trenutku. Nelečeni uveitis može dovesti do oslabljenog vida ili slepila. Stoga, znaci i simptomi trebaju biti lečeni i praćeni kako bi se sprečile dalje komplikacije.

Uloga medicinske sestre s obzirom na tešku i kompleksnu kliničku sliku je značajna u zdravstvenom timu i presudno utiče na zdravstveno stanje i brzinu oporavka.

Ovim radom želimo da vam prikažemo primer dobre prakse kod pacijenta K.A starosti 25 godine iz Beograda koji je u novembru 2023. godine bio hospitalizovan na Klinici za neurologiju.

Zaključak: Adekvatna zdravstvena nega ima za cilj smanjenje komplikacija nepokretnosti ali i ništa manje bitno sprovođenje zdravstveno vaspitnog rada sa pacijentom i porodicom.

Ključne reči: Behčtov sindrom, sestrinska nega, zdravstveno vaspitni rad.

#### Reference:

1. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/behcets-disease/symptoms-causes/syc-20351326>, (25.01.2023.)
2. <https://www.nhs.uk/conditions/behcets-disease/>, (06.04.2023.)
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470257/>, (22.02.2023).
4. <https://rarediseases.org/rare-diseases/behcets-syndrome/>, (17.05.2023.)
5. <https://www.hopkinsvasculitis.org/types-vasculitis/behcets-disease/>, (02/2024.)

# **SESTRINSKA DOKUMENTACIJA KAO INDIKATOR KVALITETA ZDRAVSTVENE NEGE**

**Autor: Ana Stančić, Specijalista strukovna medicinska sestra**

**Prof dr sci.med. Olivera Đurović**

**Specijalna bolnica „Sveti Sava“, Beograd**

**UVOD:** Sestrinska dokumentacija je obavezna i sprovodi se u svim zdravstvenim ustanovama. Proces zdravstvene nege u svakodnevnom radu sa pacijentima znači prepoznavanje njihovih problema, planiranje i sprovođenje postupka za rešavanje tih problema uz obaveznu evaluaciju postavljenih ciljeva, kao što je provera rada na medicinskom radu na uspešnosti rada i kvaliteta rada. Sestrinsko otpusno pismo je sastavni deo dokumentacije koji osigurava nastavak sestrinske nege i nakon otpuštanja pacijenata iz bolnice.

**CILJ:** Prikazati sestrinsku dokumentaciju kao jedan od bitnih indikatora kvaliteta zdravstvene nege, a poseban osvrt će se staviti na sestrinsko otpusno pismo.

**METODOLOGIJA:** Korišćena je metoda analize dokumentacije uz deskriptivnu metodu.

**DISKUSIJA:** Proces zdravstvene nege omogućava: individualizaciju i prilagođavanje zdravstvene nege pojedincu, sredstvo komunikacije između članova tima i omogućava evaluaciju kao ocenu kvaliteta rada medicinskih rada. Pri otpustu pacijenata iz bolnice, osim lekarske otpusne liste, naši pacijenti dobijaju i sestrinsko otpusno pismo. U njemu se evidentira rezime lečenja pacijenata iz domena rada medicinskih sestara, kao i plan i preporuke za nastavak negovanja nakon otpuštanja u drugoj ustanovi ili kod kuće.

**ZAKLJUČAK:** Sestrinska dokumentacija predstavlja osnovu unapređenja sestrinstva kao profesije. Upravo rad na dokumentovanju sestrinskog rada popeće sestrinstvo stepenu više ka vrednovanju svih aktivnosti. Zadatak sestrinske dokumentacije je da omogućava pravilnu komunikaciju između medicinskog osoblja, porodice i pacijenata, ali i predstavlja izvor podataka za pisanje stručnih i istraživačkih radova.

**Ključne reči:** dokumentacija, zdravstvena nega, proces zdravstvene nege, moždani udar

**Reference:**

1. Tadi P, Lui F, Budd LA. Acute Stroke (Nursing) [Updated 2023 Aug 17]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568693/>
2. George MG, Fischer L, Koroshetz W, Bushnell C, Frankel M, Foltz J, Thorpe PG. CDC Grand Rounds: Public Health Strategies to Prevent and Treat Strokes. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2017 May 12;66(18):479-481

3. Moon M, Moorhead S. Relationship of nursing diagnoses, nursing outcomes, and nursing interventions for patient care in intensive care units [Internet]. University of Iowa; 2021. Available from: <https://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3414&context=et>
4. Needleman J, Hassmiller S. The role of nurses in improving hospital quality and efficiency: real world result. Health Aff. 2019;4(4) Available from: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.28.4.w625>.
5. K.A.Aljohani, Hammad Ali Fadlalmola, D. Fadila, Effects of the Nurse-led Program on Disability Improvement in Patients with Stroke: A Systematic Review and Meta-analysis, Journal of Disability Research, 3, 2, (2024).

## **AKTIVNOSTI MEDICINSKE SESTRE- TEHNIČARA PRI ZBRINJAVANJU BOLESNIKA SA MOŽDANIM UDAROM I HIPERTENZIJOM**

**Nataša Milojković**

**Univerzitetski klinički centar Srbije, Klinika za neurologiju**

Moždani udar je fokalni ili globalni poremećaj moždane funkcije koji naglo nastaje, a posledica je bolesti moždane cirkulacije. Etiološki ishemijski moždani udar se javlja kod oko 85% a hemoragijski kod oko 15% pacijenata. Moždani udar je urgentno stanje u medicine i brza reakcija je presudna. Arterijska hipertenzija se definiše kao stanje u kome su obe ili jedna komponenta krvnog pritiska povišene iznad vrednosti koje su označene kao normalne. Ispoljava se promenama na krvnim sudovima različitih organa i dovodi do niza komplikacija: moždanog udara, srčanog udara, očnih komplikacija, bubrežnih i plućnih komplikacija.

Rano otkrivanje, korekcija i eliminacija faktora rizika je za sada najbolji i najefikasniji lek za moždani udar. Faktori rizika koji dovode do moždanog udara dele se na faktore rizika na koje ne možemo uticati (pol, starost, rasa i etnička pripadnost, nasleđe) i faktore rizika na koje možemo uticati (hipertenzija, pušenje, gojaznost, fizička neaktivnost, način ishrane, zloupotreba alkohola, dijabetes mellitus, dislipidemija, fibrilacija komora...).

Cilj sprovođenja lečenja trombektomijom i trombolitičkom terapijom kod pacijenata sa AIMU (akutni ishemijski moždani udar) jeste potpuno ozdravljenje pacijenta, eventualno minimalizacija oštećenja do stepena kada je očuvano samozbrinjavanje i moguća njegova resocijalizacija.

Ključne reči: moždani udar, hipertenzija,

## ZBRINJAVANJE AKUTNOG MOŽDANOG UDARA KOD MLADIH – PRIKAZ SLUČAJ

**Durda Vignjević<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup>Univerzitetski klinički centar Vojvodine, Klinika za neurologiju**

Uvod: Akutni ishemijski moždani udar (AIMU) je među vodećim uzrocima smrtnosti i invaliditeta među odraslima u Republici Srbiji. AIMU predstavlja urgentno neurološko i medicinsko stanje koje treba zbrinjavati po prvom redu hitnosti, sa velikom verovatnoćom za dobar ishod i oporavak. Uočen je zabrinjavajući porast u ukupnoj incidenciji moždanog udara kod mlađih osoba, a globalni epidemijski porast kardiovaskularnih faktora rizika smatra se uzrokom istog. Ova činjenica izaziva zabrinutost jer su pogođeni ljudi u periodu kada su najaktivniji što za posledicu ima veliki negativan uticaj kako na pojedinca tako i na porodicu i celokupno društvo. Zdravstvena nega neuroloških pacijenata počinje od prvog kontakta sa njim kroz prikupljanje svih relevantnih podataka putem intervjua, posmatranjem i pregledom dostupne medicinske dokumentacije.

Cilj rada: Prikazom 2 slučaja AIMU kod mladih osoba ukazati na značaj med. sestre u lečenju i zbrinjavanju simptoma AIMU.

Materijal i metode: Istorije bolesti i dokumentacija zdravstvene nege

Rezultati: U nepunih 24h primljena su dva pacijenta mlađe životne dobi na odeljenje urgentne neurologije. Prvi pacijent ženskog pola M.K, starosti 36 godina javlja se sa simptomima AIMU (desnostrana slabost, smetnje govora, zbunjena). Bolešnica je pri prijemu svesna, grubo senzomotorno disfatična sa blagom desnostranom hemiparezom. Stabilnih vitalnih parametara, procenjena da je u aktivnostima samozbrinjavanja i fizičkim aktivnostima umereno zavisna, zbog retencije plasiran urinarni kateter.

Braden skala-17, Morzeova skala 30. Definisane su sestrinske dijagnoze, ciljevi i intervencije spram procene bolesnika. S obzirom da je stigla unutar 1h od pojave simptoma razmatra se za neku od terapijskih opcija za akutno lečenje AIMU, ali se od istih odustaje nakon imidžing dijagnostike gde se vide znaci. AIMU i disekcije unutrašnje karotidne arterije. Nadalje se premešta na odeljenje intenzivne terapije, pri premeštaju izvršena revizija sestrinskih dijagnoza, ciljeva i intervencija spram procene bolesnika. Stabilnih vitalnih parametara, budne svesti, orijentisana, senzomotorno disfatična, Morzeova skala 20, Braden skala 20. Pri otpustu bolesnica budne svesti, verbalni kontakt otežan, vertikalizovana, samostalno pokretna. Drugi pacijent muškog pola D.U, starosti 24 godine javlja se sa simptomima AIMU (afazija, desnostrana slabost). Tegobe nastale 20 min. pre dolaska tokom vežbi u teretani. Pri prijemu svestan, ne izvršava naloge, blago uznemiren, afatičan. Izvršena sestrinska procena stanja pacijenta: potpuno zavistan u fizičkim aktivnostima i samozbrinjavanju, plasiran urinarni kateter, Braden skor 12, Morzeov skor 40. Primenjena trombolitička terapija i mehanička trombektomija. Definisane su sestrinske dijagnoze, ciljevi i intervencije spram procene bolesnika. Drugog dana hospitalizacije

se premešta na odeljenje intenzivno terapije. Izvršena revizija sestrinskih dijagnoza, ciljeva i intervencija spram procene bolesnika.

Uključen u rani rehabilitacioni i logopedski tretman, započet trening mokraćne bešike. U toku hospitalizacije zbog tromboze donje šuplje vene postavlja mu se cava-filter. Po otpustu pacijenta budnog stanja svesti, motorno disfatičan, naloge razume i izvršava.

Zaključak: Ukazati na značaj primene medicine zasnovane na dokazima kako bi se smanjila razlika u nezi pacijenata u različitim zdravstvenim ustanovama, bilo da su sekundarni ili tercijalni nivo. Edukovati med. sestre o značaju prevencije i lečenju AIMU.

Ključne reči: moždani udar, medicinske sestre, nega pacijenata

#### Reference:

1. Pedersen, P.M., Stig Jørgensen, H., Nakayama, H., Raaschou, H.O. and Olsen, T.S. (1995), Aphasia in acute stroke: Incidence, determinants, and recovery. *Ann Neurol.*, 38: 659-666. <https://doi.org/10.1002/ana.410380416>
2. Seo KC, Ko JY, Kim TU, Lee SJ, Hyun JK, Kim SY. Post-stroke Aphasia as a Prognostic Factor for Cognitive and Functional Changes in Patients With Stroke: Ischemic Versus Hemorrhagic. *Ann Rehabil Med.* 2020 Jun;44(3):171-180. doi: 10.5535/arm.19096. Epub 2020 Jun 30. PMID: 32640781; PMCID: PMC7349037.
3. Višnjic S. SUVREMENI PRISTUP MOŽDANOM UDARU: pregledni rad [Završni rad]. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija; 2023 [pristupljeno 27.04.2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:914201>
4. Jurić I. Zdravstvena njega bolesnika s preboljelim cerebrovaskularnim inzultom [Završni rad]. Split: Sveučilište u Splitu; 2023 [pristupljeno 27.04.2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:703420>
5. Belamarić A. Kontinuitet sestrinske skrbi kod bolesnika sa ishemijskim moždanim udarom [Završni rad]. Pula: Sveučilište Jurja Dobrile u Puli; 2021 [pristupljeno 27.04.2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:137:769059>

# **SPECIFIČNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE KOD PACIJENATA NAKON MOŽDANOG UDARA SA POREMEĆAJEM GUTANJA**

**Autor: Sanja Pejić, stukovna medicinska sestra**

**Prof. dr sci.med. Olivera Đurović**

**Specijalna bolnica „Sveti Sava“, Nemanjina 2, Beograd**

Uvod: Poremećaj gutanja je čest problem kod neuroloških pacijenata, karakteriše se oteženim prolaženjem hrane i vode kroz digestivni trakt i može da dovede do brojnih komplikacija poput aspiracije, aspiracijske pneumonije, gubitka telesne težine, što narušava kvalitet života bolesnika.

Cilj: Prikazati specifičnosti zdravstvene nege kod pacijenata sa poremećajem gutanja

Metodologija: Istraživanje je sprovedeno u Specijalnoj bolnici „Sveti Sava“ na Drugom A odeljenju, korišćena je metoda prikazana slučaja, standardizovana dokumentacija procesa zdravstvene nege i deskriptivna metoda.

Rezultati i diskusija: Pacient star 69 godina, primljen u našu ustanovu zbog naglo nastale vrtoglavice, oteženog gutanja i mogućnosti samostalnog hoda. Na prijemu svestan, orijentisan, afebrilan, krvni pritisak 180/90mmHg, imao laku desnostranu slabost, otežan govor. Po prijemu plasirana intravenska braunila, sprovedena proba gutanja tečnosti i kašaste i uočava se puna nemogućnost gutanja te je plasirana nazogastrična sonda, sproveden monitoring vitalnih funkcija. Pušač. Konzumira alkohol. U daljem toku bolnice sprovedene su vežbe oralne motorne kontrole, tehnike i manevri gutanja bez jasnog poboljšanja. I dvadestog dana bolnica pacijent upućen na plasiranje PEG-a, s kojim je i otpušten kući.

Zaključak: Na osnovu prikaza slučaja možemo zaključiti da medicinski sestra-tehničar ima važnu ulogu u multidisciplinarnom timu budući da je uz pacijenta 24 sata. U cilju pružanja što bolje zdravstvene nege bolesnicima sa poremećajem gutanja važno je da medicinske sestre-tehničari poseduju specifične veštine, znanja i iskustvo kako bi adekvatno sprovedli zdravstvenu negu, ali i edukovali pacijente i njihove porodice o načinima tretmana poremećaja gutanja i mogućim komplikacijama.

Ključne reči: disfagija, zdravstvena nega, moždani udar

Reference:

1. Dziewas R, Michou E, Trapl-Grundschober M, Lal A, Arsava EM, Bath PM, Clavé P, Glahn J, Hamdy S, Pownall S, Schindler A, Walshe M, Wirth R, Wright D, Verin E. European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. Eur Stroke J. 2021 Sep;6(3):LXXXIX-CXV.
2. McCurtin A, Boland P, Kavanagh M, et al. Do stroke clinical practice guideline

recommendations for the intervention of thickened liquids for aspiration support evidence based decision making? A systematic review and narrative synthesis. *J Eval Clin Pract* 2020; 26: 1744-1760.

3. Park JS, Hwang NK, Oh DH, et al. Effect of head lift exercise on kinematic motion of the hyolaryngeal complex and aspiration in patients with dysphagic stroke. *J Oral Rehabil* 2017; 44: 385–391.

4. Kim YK, Lee KY, Lee S-H. Efficacy of a 4-week swallowing rehabilitation program combined with pyriform sinus ballooning in patients with post-stroke dysphagia. *Ann Rehabil Med* 2018; 42: 542–550.

5. Ortega O, Bolívar-Prados M, Arreola V, et al. Therapeutic effect, rheological properties and  $\alpha$ -amylase resistance of a new mixed starch and xanthan gum thickener on four different phenotypes of patients with oropharyngeal dysphagia. *Nutrients*. 2020; 12: 1873

## ZBRINJAVANJE PACIJENTA SA INTRACEREBRALNOM HEMORAGIJOM UZROKOVANOM EKSTENZIVNIM FIZIČKIM NAPOROM U JEDINICI ZA MOŽDANI ZDAR

Snežana Teofilović<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika za neurologiju VMA

### SAŽETAK

**Uvod:** Intracerebralna hemoragija predstavlja prodor krvi iz rupturiranog krvnog suda u moždani parenhim uz destrukciju moždanog parenhima. Epidemiološki podaci naglašavaju da je, pored ishemijskog moždanog udara, intracerebralna hemoragija jedan od vodećih uzroka invalidnosti koja nije izazvana traumom kod odraslih. U lečenju pacijenata sa intracerebralnom hemoragijom najveći izazov predstavlja pravovremena i jasna indikacija za hirurškim operativnim lečenjem. Značaj medicinske sestre uz sprovođenje propisanih sestrinskih procedura prepoznata je kao neizostavni faktor, kako u neposrednom primarnom i konzervativnom zbrinjavanju tako i u revitalizaciji i rehabilitaciji neurohirurški obrađenih pacijenata. Cilj ovog rada je uticaja specifičnih sestrinskih intervencija na primarno zbrinjavanje, pripremu za operativnu proceduru i ranu i kasnu postoperativnu negu kod pacijentkinje koja je lečena multidisciplinarnim pristupom u jedinici za moždani udar.

**Prikaz slučaja:** Kroz prikaz slučaja pacijentkinje M.T. biće predstavljene sestrinske intervencije i procedure koje se sprovode kod pacijenata sa intracerebralnom hemoragijom u jedinici za moždani udar. Inicijalno nakon pregleda neurologa, bolesnica je smeštena u jedinicu za moždani udar gde je nakon početnog zbrinjavanja učinjen multislajzni skener mozga, nakon čega je radilog opisao hemoragiju nastalu u desnoj hemisferi velikog mozga, što se manifestovalo levostranom slabosti i poremećajem stanja svesti, a nastalo posle ekstenzivnog fizičkog napora



**Zaključak:** Doprinos edukovanih medicinskih sestara u sprovođenju sestrinskih procedura i intervencija uz efikasan timski rad i multidisciplinarni pristup predstavljaju osnovu dobre kliničke prakse u zbrinjavanju pacijenata sa intracerebralnom hemoragijom.

**Ključne reči:** sestrinske procedure, intracerebralna hemoragija, fizički napor, jedinica za moždani udar.

Reference:

1. Caceres, J. Alfredo, and Joshua N. Goldstein. "Intracranial hemorrhage." *Emergency Medicine Clinics of North America*, vol. 30, no. 3, Aug. 2012, pp. 771–794, <https://doi.org/10.1016/j.emc.2012.06.003>.
2. Isabel H, David S, David W. Intracerebral hemorrhage: an update on diagnosis and treatment. 2019; 19(7); 679-694
3. Arturo M, Daniel F, Claude H. Hemorrhagic stroke. 2021;176: 229-248
4. Musung JM, Kakoma PK, Bugeme M, Banze JPM, Mukeng CK, Muyumba ON et al. Risk Factors for Hemorrhagic Stroke among Adults in the Democratic Republic of the Congo: A Hospital-Based Study in a Limited Resource Setting. *Stroke Res Treat*. 2022;22:7840921.

## **STANDARDIZOVANI POSTUPCI ZDRAVSTVENE NEGE U TOKU SPROVOĐENJA TROMBOLIZE I TROMBEKTOMIJE KOD OBOLELIH OD AKUTNOG ISHEMIJSKOG MOŽDANOG UDARA**

**D. Stojić**

**Univerzitetski klinički centar Niš**

**Klinika za neurologiju**

Akutni ishemijski moždani udar predstavlja urgentno stanje u medicini/neurologiji a posledica je naglo nastale okluzije cerebralnog krvnog suda trombom/embolusom, što ima za posledicu reverzibilno/ireverzibilno oštećenje moždanih ćelija i samim tim dovodi do pojave „ispada,, neuroloških funkcija’.

Poremećaj u moždanoj cirkulaciji i snabdevanju nervnih ćelija kiseonikom i hranjivim materijama dovodi do poremećaja funkcija somatskih organa i sistema organa i obrnuto: poremećaji u radu somatskih sistema organa mogu da dovedu do poremećaja moždanih funkcija.

Mnogostruki etiopatogeneski faktori ( oni na koje ne možemo uticati i oni na koje možemo uticati ) mogu dovesti do morfoloških i funkcionalnih poremećaja u različitim delovima nervnog sistema, što dovodi do različitih kliničkih ispoljavanja ( „ ispada neuroloških funkcija ”): poremećaji motorike, govora, ataksisije...

Cilj svih dijagnostičkih, terapijskih i postupaka zdravstvene nege jeste hitna rekanalizacija okludiranog krvnog suda i očuvanje zone penumbre.

U svakodnevnoj praksi se, pored rehidracije, antiedematozne i vazodilatatorne terapije primenjuju i metode trombolitičke terapije i aspiracione cerebralne trombektomije, prema jasno definisanim inkluzionim i ekskluzionim kriterijumima, datim u nacionalnom vodiču za lečenje akutnog ishemijskog moždanog udara.

Procedure, protokoli, standardizovane intervencije iz oblasti zdravstvene nege podrazumevaju monitoring, kako neuroloških tako i somatskih funkcija kod obolelog od ishemijskog moždanog udara. Sestrinske intervencije sprovode se prema najsavremenijim stručnim smernicama, usvojenim procedurama, pravilnicima, etičkim i moralnim normama, zakonima uz poštovanje principa i metoda na kojima se zasniva teorija i praksa zdravstvene nege.

Stručno i blagovremeno sprovedeni postupci zdravstvene nege kod obolelih od moždanog udara u velikoj meri utiču na povoljan ishod lečenja i nege, utiču na povećanje stepena bezbednosti obolelog i smanjenje procenta pojave komplikacija, smanjuju letalitet, skraćuju dužinu bolničkog lečenja i troškove lečenja i nege.

**Cilj rada:** U ovom radu će biti predstavljeni rezultati sprovođenja zdravstvene nege kod obolelih od akutnog ishemijskog moždanog udara a kod kojih je primenjena metoda trombolize/trombektomije.

**Metod:** Analiza dostupne medicinske i dokumentacije zdravstvene nege.

## **OPORAVAK NEUROLOŠKOG DEFICITA NAKON TROMBOLITIČKE TERAPIJE KOD AKUTNOG ISHEMIJSKOG MOŽDANOG UDARA – PRIKAZ SLUČAJA Đorđe Dubovina, Đorđe Ivanović**

**Univerzitetska bolnica Foča**

Uvod: Ishemijski moždani udar je drugi vodeći uzrok smrtnosti, a najčešći uzrok onesposobljenosti ljudi širom svijeta. Jedini sistemski postupak kojim se može izbjeći trajna nesposobnost nakon akutnog ishemijskog moždanog udara je trombolitička terapija. Presudni faktor je vrijeme.

Prikaz slučaja: Na odjeljenju neurologije Univerzitetske bolnice Foča trombolitička terapija se primjenjuje kao standardni protokol za pacijente sa akutnim ishemijskim moždanim udarom koji se jave u odgovarajućem vremenskom prozoru. Prikazan je slučaj pacijentkinje starosti 53 godina sa akutnim ishemijskim moždanim udarom i posledičnim neurološkim deficitom u vidu dezorijentacije, lijevostrane slabosti, parestezija i disfazije. Pacijentkinja je primljena na odjeljenje neurologije 30 minuta nakon pojave simptoma. Zahvaljujući pravovremenoj i brznoj reakciji medicinskog tima, dijagnostičkoj obradi i

primjeni trombolitičke terapije pacijentkinja je nakon sedmodnevne hospitalizacije otpuštena na kućno liječenje u dobrom opštem stanju i bez vidljivog neurološkog deficita. Uloga medicinske sestre kao sastavnog dijela multidisciplinarnog tima naročito se ističe u monitoringu pacijenata tokom terapije i prevazilaženju onesposobljavajućeg neurološkog oštećenja do njegovog oporavka.

Zaključak: Rano prepoznavanje i trombolitička terapija uz konutinuirani monitoring jedini su put do potpunog izlječenja kod akutnog ishemijskog moždanog udara.

## **PREDIKTORI NEZADOVOLJAVAJUĆEG ODGOVORA NA TERAPIJU BOTULINSKIM TOKSINOM KOD PACIJENATA SA IDIOPATSKOM FOKALNOM DISTONIJOM**

**Milica Trivković**

**Univerzitetni klinički centar Srbije**

**Klinika za neurologiju**

Uvod: Mada je terapija botulinskim toksinom ustanovljena kao zlatni standard u lečenju distonije pre tri decenije, uzroci nezadovoljavajućeg terapijskog odgovora, koji se viđa kod 20 – 30% bolesnika, još nisu dovoljno ispitani.

Cilj rada: Ispitati prediktore nezadovoljavajućeg odgovora na terapiju botulinskim toksinom pacijenata sa idiopatskom fokalnom distonijom.

Materijali i metode: Sprovedena je studija preseka u koju su uključeni pacijenti sa dijagnostikovanom distonijom prema važećem kriterijumu. Predhodno pripremljenim semistrukturisanim upitnikom prikupljeni su demografski podaci, detaljni anamnestički podaci vezani za nastanak i tok bolesti, primenjivanu terapiju i prisustvo eventualnih dodatnih neuroloških znakova. Upitnik je obuhvatio i skale za procenu težine distonije, težine funkcionalne onesposobljenosti distonijom, skale za procenu težine psihijatrijskih simptoma, skalu depresivnosti, anksioznosti i skalu za procenu apatije. Analizirani su faktori povezani sa nezadovoljavajućim odgovorom na terapiju botulinskim toksinom.

Rezultati: Ispitana su 103 pacijenta ( 66% ženskog pola), prosečne starosti 47 godina. Tip distonije nije uticao na terapijski odgovor, osim u slučaju grafospazma, gde je i očekivan lošiji terapijski odgovor. Nezadovoljavajući odgovor na terapiju bio je češći kod: osoba sa većom onesposobljenošću distonijom, osobama sa težim simptomima depresije i anksioznosti. Kao nezavisni prediktor nezadovoljavajućeg odgovora na terapiju izdvojio se bol na mestu distonije ( OR 3,2; 95%CI 1,1-9,6; p=0.03).

Zaključak: Nezadovoljavajući odgovor na terapiju botulinskim toksinom nije se javljao kod bolesnika sa težom distonijom, već kod pacijenata sa izraženijim bolom i psihijatrijskim simptomima kao i većom funkcionalnom onesposobljenošću, što ukazuje na potrebu za širim, multidisciplinarnim pristupom ovim bolesnicima.

Ključne reči: Idiopatska fokalna distonija, botulinski toksin, depresija, bol

Reference:

1. Berardelli A, Conte A. Dystonias, *Handb Exp Pharmacol*. 2019 10. [Epub ahead of print]
2. Morgante F. Pathophysiology of dystonia. In: Fasano A. and Morgante F. *Dystonia: A Clinician's Guide to Diagnosis, Pathophysiology & Treatment*. Future Medicine Ltd, Unitec House, 2 Albert Place, London, July 2014. p. 24–36.
3. Colosimo C, Charles D, Misra VP. et al. How satisfied are cervical dystonia patients after 3 years of botulinum toxin type A treatment; Results from a prospective, long-term observational study. *J Neurol* 2019; 266, 3038–3046
4. Drexel SC, Klietz M, Kollwe K. et al. Caregiver burden and health-related quality of life in idiopathic dystonia patients under botulinum toxin treatment: a cross-sectional study. *J Neural Transm*. 2020;127(1):61-70.

## ZDRAVSTVENA NEGA KOD OBOLELIH OD MOŽDANOG UDARA

**Mirjana Jović**

**Opšta bolnica Leskovac**

Uvod: Moždani udar je klinički sindrom gde dolazi do brzog gubitka jedne i/ili više moždanih funkcija, a uzrok je poremećajem dotoka krvi u mozak. Simptomi i znaci bolesti zavise od veličine i lokacije mogućeg udara, kao i od vremena koje je prošlo od pojave simptoma do prve procene pacijenata.

Epidemiologija: Moždani udar se može razviti u bilo koje doba života, uključujući, jako retko, detinjstvo.

Faktori rizika koji mogu da dovedu do razvoja mogućeg udara mogu se podeliti na jedan na koje se ne može uticati (dob, pol, prethodni moždani udar...), a jedan na koji se može uticati i obično su vezani za način života pojedinca (pušenje).

Simptomi: Iznenadno zamućenje ili gubitak vida, takođe prisutan samo na jednom oku, može biti gubitak ravnoteže i/ili koordinacije. Iznenadna, jaka glavobolja bez jasnog uzroka, praćena povraćanjem, češće je

prisutna kod hemoragičnog moždanog udara, odnosno subarahnoidalnog krvarenja, a može biti praćena i poremećajem svesti.

Uloga medicinske sestre: Medicinska sestra je ravnopravan i nezaobilazan član zdravstvenog tima koji učestvuje u lečenju pacijenata sa moždanim udarom. Pored navedenih, medicinska sestra je član zdravstvenog tima koji najviše vremena provodi sa pacijentom. Od dolaska u bolnicu do otpusta.

Zdravstvena nega pacijenata sa moždanim udarom velikim je izazov za medicinsku sestru. Razlog tome su posledice koje moždani udar ostavlja na pacijenta. Zbog toga, da bi zdravstvena zaštita ovakvih pacijenata bila što efikasnija, medicinske sestre treba da stalno ispunjavaju svoja znanja i veštine.

Zaključak: Moždani udar je važan zdravstveni i socioekonomski problem u svetu zbog posledica koje nastaju nakon moždanog udara, kao i nemogućnosti da se brinemo o sebi.

#### Reference:

1. I. Komar, Zdravstvena nega obolelih od moždanog udara, Završni rad, Bjelovar 2018.
2. M. Tomašković, Principi sestrinske skrbi za pacijenta nakon moždanog udara, Završni rad, Varaždin 2018.
3. I. Pokec, L. Vučko, S. Bis, Važnost vođenja specifične sestrinske skrbi temeljene na dokazima u jedinicama za lečenje moždanog udara, Bjelovar 2023.
4. A. Barać, Aktivnosti i uloga medicinskog sestre u edukaciji bolesnika i porodice nakon moždanog udara, Završni rad, Split 2023.
5. M. Hunjek, Cerebrovaskularni inzult i uloga medicinskog sestre, Završni rad 2019

## **STANDARDI SESTRINSKIH INTERVENCIJA U ZBRIJANJU PACIJENTA SA AKUTNIM ISHEMIJSKIM MOŽDANIM UDAROM PRIKAZ SLUČAJA PACIJENTA Jelena Sudarevc, strukovni master medicinska sestra**

**Prof.dr sci.med. Olivera Đurović**

**Specijalna bolnica za cerebrovaskularno oboljenje „Sveti Sava”**

Akutni moždani udar (AMU) se definiše kao fokalni ili globalni poremećaj moždane funkcije koji naglo nastaje, a posledica je poremećaja cirkulacije ili stanja u kome protok dovoljne krvi nije potreban i glukozom. U zavisnosti od mehanizma nastanka AMU se može klasifikovati u dve velike grupe: akutni isemijski moždani udar (AIMU) koji je posledica okluzije krvnog suda bilo trombozom ili embolijom, koji označava i5 označava 80% bolesnika, i akutni hemoragijski MU, tj. intracerebralna (ICH) ili subarahnoidalna hemoragija (SAH), a koji se javlja u preostalih 20–25% bolesnika.

Cilj: Prikazati specifičnosti u zdravstvenoj nezi obolelog od akutnog ishemijskog mogućeg udara nastalom kardioembolizacijom, a na terenu de novo AF po Procesu zdravstvene nege.

Metodologija: U radu je korišćena deskriptivna metoda, indirektna metoda (analiza dokumentacije), opservaciono direktna metoda-studija slučaja. Vođenjem standardizovane dokumentacije - Procesu zdravstvene nege, izvedeni su zadaci istraživanja:

1. Utvrditi potrebe za negom pacijenta sa akutnim ishemijskim moždanim udarom
2. Postaviti sestrinske dijagnoze nege/kolaborativne probleme
3. Odrediti ciljeve nege želimo da postignemo kod pacije sa akutnim ishemijskim moždanim udarom.
4. Sačiniti program nege
5. Pratiti realizaciju programa nege
6. Izvršiti evaluaciju

Prikaz slučaja: O.Đ.ženskog pola, 89 godina. Dovedena u našu ustanovu kolima hitne pomoći, nakon što je na dan prijema zatečena od strane rođena nekomunikativna, svesna, sa „penom na ustima”, u neobičnom položaju na krevetu. TA 150/110 mmHg, subfebrilna.

Lična anamneza: hiperoničar, operacija žučne kese i slepog creva. Alergična na Penicilin.

Pacijentkinja pri prijemu svesna, eupnoična, acijanotina, bez vidljivih znakova hemoragijskog sindroma, nerazumljiva vokalizacija, otežena saradnja. Srčana radnja ubrzana, aritmična, abdomen mek, palpatorno bolno neosetljiv, ekstremiteti bez edema. Prisutna slabost desnostranih ekstremiteta. Zavisna u aktivnostima svakodnevnog života i od tuđe pomoći. Ima plasiran urinarni kateter. Aspekt teškog bolesnika.

Lečena je rehidracionim rastvorima, gastroprotektivnom, hipolipemičnom, antiaritmijom internističkom terapijom. Primene mera prevencije padova i nastanka dekubitalnog ulkusa.

Zaključak: Dobra sestrinska opservacija, procena zdravstvenog i funkcionalnog stanja pacijenata, utvrđivanje potreba za negom, postavljanje dijagnoze nege/kolaborativnih problema, ciljeva nege, sastavljanja i održavanja specifične aktivnosti koje će uticati na poboljšanje funkcionalne sposobnosti pacijenata sa akutnim ishemijskim moždanim udarom, ublažiti simptome i olakšati stanje pacijenta.

Ključne reči: moždani udar, zdravstvena nega

#### Reference:

1. Walter S, Audebert HJ, Katsanos AH, et al. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on mobile stroke units for prehospital stroke management. *European Stroke Journal*. 2022;7(1):XXVII-LIX. doi:10.1177/23969873221079413
2. Tadi P, Lui F, Budd LA. Acute Stroke (Nursing) [Updated 2023 Aug 17]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568693/>
3. Babkair LA, Safhi RA, Balshram R, Safhei R, Almahamdy A, Hakami FH, Alsaleh AM. Nursing Care for Stroke Patients: Current Practice and Future Needs. *Nurs Rep*. 2023 Sep

10;13(3):1236-1250. doi: 10.3390/nursrep13030106. PMID: 37755349; PMCID: PMC10535295.

4. Meng X., Chen X., Liu Z., Zhou L. Nursing practice in stroke rehabilitation: Perspectives from multi-disciplinary healthcare professionals. *Nurs. Health Sci.* 2020;22:28–37. doi: 10.1111/nhs.12641. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
5. 36. Camicia M., Lutz B., Summers D., Klassman L., Vaughn S. Nursing's Role in Successful Stroke Care Transitions Across the Continuum: From Acute Care Into the Community. *Stroke.* 2021;52:e794–e805. doi: 10.1161/STROKEAHA.121.033938. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

Udruženje neuroloških sestara Srbije  
dr Subotića starijeg 6, 11000 Beograd  
Tel: 00381 11 306 42 23