

Особености палијативног збрињавања у педијатрији



Проф. др Борисав Јанковић и сар.

ОРГАНИЗАЦИОНИ И ПРАКТИЧНИ АСПЕКТИ ПАЛИЈАТИВНОГ
ЗБРИЊАВАЊА У ПЕДИЈАТРИЈИ“, Београд, 26-27. 2018.

Патолошка стања и обољења која захтевају палијативно збрињавање у дечијем узрасту (5 група)

I

Потенцијално летална патолошка стања са могућим излечењем, али и ризиком да терапија остане без жељеног ефекта (малигне неоплазме; тешка органска инсуфицијенција са индикацијама за транспланрацију)

II

Обољења која са великом извесношћу скраћују живот, уз могућности постизања дужих ремисија и периода нормалних активности (цистична фиброза; AIDS)

III

Неизлечива обољења прогресивног или непрогресивног тока код којих палијативно збрињавање може да траје и више година (Батенова болест; урођене метаболопатије; неуромишићна обољења)

IV

Ирверзибилни поремећаји са високим ризиком леталних компликација (хипоксична/трауматска оштећења ЦНС)

V

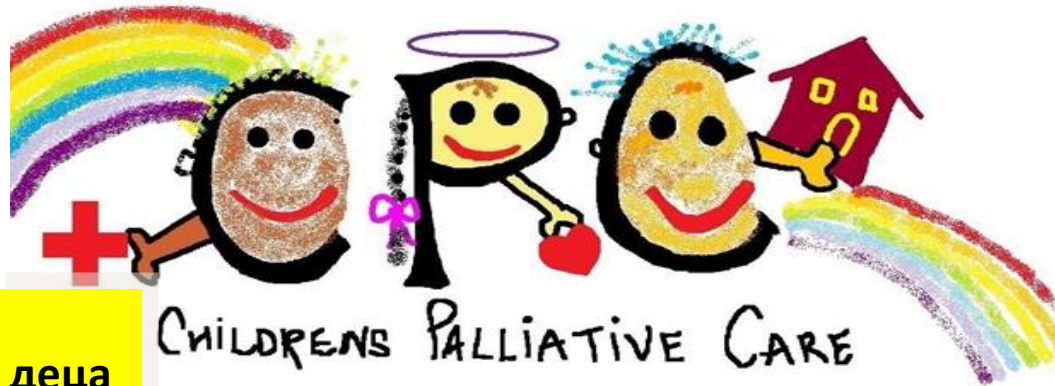
Неизлечива-летална патолошка стања и обољења својствена новорођеној деци (екстремна незрелост; леталне конгениталне аномалије; тешки постасфиктични поремећаји ЦНС)

Палијативно збрињавање



одрасли

Започиње се у одмаклој фази болести
када изостаје ефекат активне терапије



деца

Започиње се од постављања дијагнозе са основним циљем
одржавања квалитета живота на највишем објективно могућем нивоу

EAPC
ONLUS



European Association for Palliative Care

Non Governmental Organisation (NGO) recognised by the Council of Europe

Celebrating 25 years

December 1988 - 2013

Палијативно
збрињавање
деце

Захтева вештине, организацију и ресурсе
који су различити у односу на палијативно
збрињавање одраслих особа

Палијативно збрињавање деце у Србији

Национални
програм

Стручно
методолошко
упутство

Едукација
Имплементација

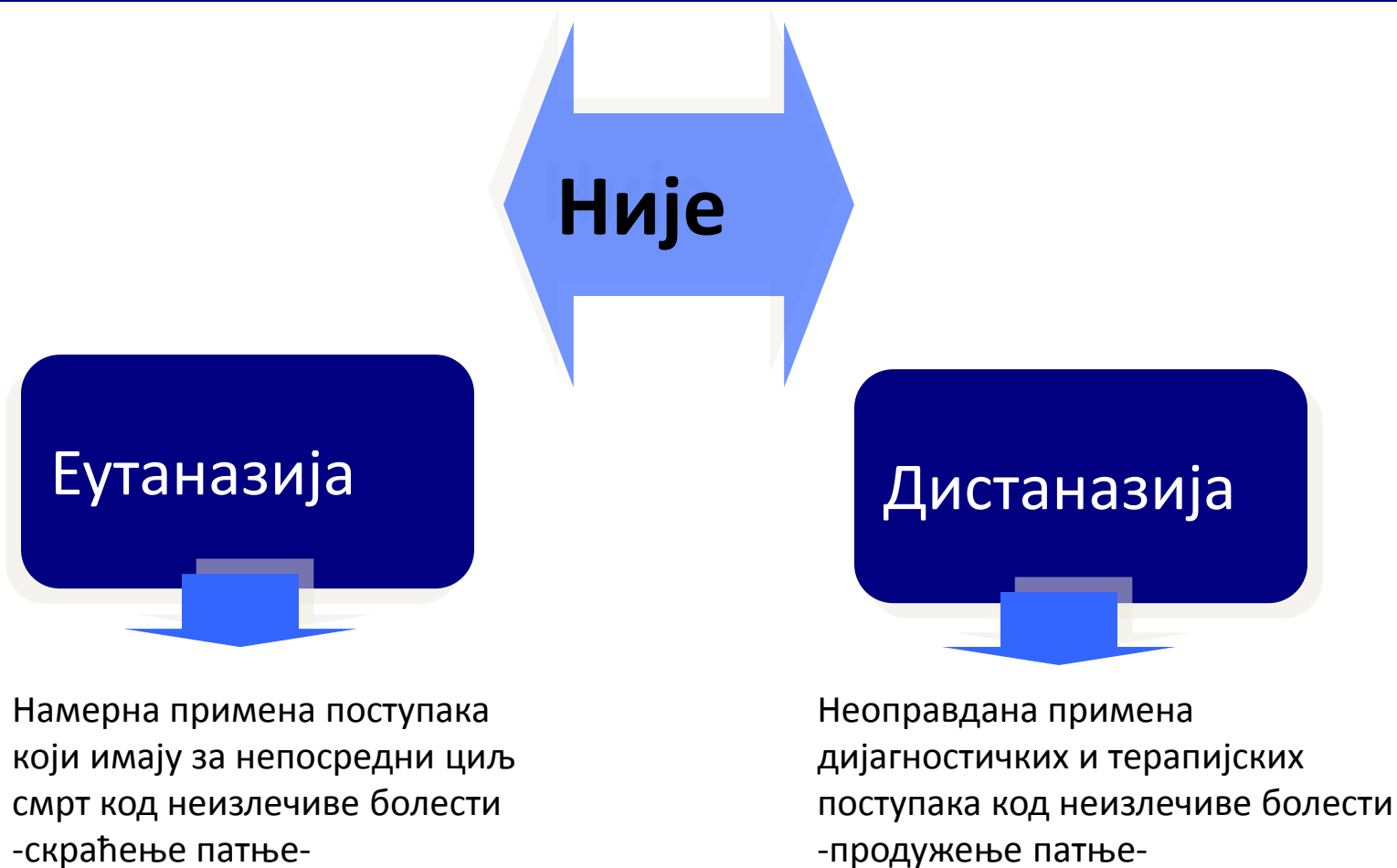
Министарство здравља Републике Србије

Јануар 2018. године

Пројекат: “Имплементација Националног програма
за палијативно збрињавање деце у Србији”



Палијативно збрињавање у педијатрији



1. Симпозијум:
Палијативно збрињавање деце у Србији

Потребе за палијативним збрињавањем у Србији

Проф. Др Владислав Вукомановић

2. Дефиниција палијативног збрињавања (СЗО)

- активан приступ и свеобухватни поступци усмерене према телесним, психолошким и духовним потребама
- палијативно збрињавање - мултидисциплинарни, тимски приступ започиње одмах по постављању дијагнозе
- Код куће, локални здравствени центри, терцијарни центри

3. Растуће потребе за палијативно збрињавање деце

- Повећана преваленција некурабилних обољења
- Смањен морталитет, повећано преживљавање

4. Колико је велики проблем палијативног збрињавања деце?

- Годишња стопа умирања деце од 1 - 19 год. због неизлечивих болести - 1/10 000
- Процењена преваленција за 0 - 19 год. за палијативно збрињавање - 10 до 16/10 000
- 37,4% деце умрлих због различитих узрока треба палијативно збрињавање

5. Пример: популација од 250 000 људи са око 50 000 деце / у једна година (Канада)

- Осморо деце умре од неизлечивих болести (троје од канцера, петоро од других болести)

- 60-80 ће бити суочено са патњом због тешких болести
- 30-40 има потребу за палијативно збрињавање

6. Екстраполација података за децу у Србији

- Морталитет деце због неизлечивих болести: 1,2 - 3,6 /10 000
- 10 – 16/10 000 деце и адолесцената захтева палијативно збрињавање
- Од 1,5 милиона деце и адолесцената узраста од 0 - 19 година
 - Смртни исход код 900 деце
 - индикације за палијативно збрињавање код 1.500 – 2.400 деце



1. Конгрес Србије,
Београд, 26-27.11.2018.

Стандарди палијативног збрињавања деце

Прим. мр сц. мед. Драгана Лозановић, проф. др Лидија Кривокапић
Докамновић

Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије
„Др Вукан Чупић“.
Универзитетска дечја клиника, Београд

Кључни стандарди

Европска мултидисциплинарна интернационална група експерата (International Meeting for Palliative Care Trento- IMPaCCT) препоручује основне („минималне“) стандарде за палијативно збрињавање деце за Европу

- **Пружање збрињавања**
- **Здравствена заштита и нега прилагођена узрасту и могућностима разумевања детета**
- **Јединица и јединство збрињавања**
- **Управљање збрињавањем**
- **Тим и координација палијативног збрињавања**
- **Комуникација и одлучивање**
- **Ублажавање или отклањање тегоба**
- **Подршка породици**
- **Збрињавање ради одмора родитеља или неговатеља**
- **Туговање**
- **Едукација за палијативно збрињавање деце**
- **Етички и правни аспекти**
- **Образовање**
- **Финансирање палијативног збрињавања деце**

Пружање збрињавања

Циљ и принципи

- Побољшање квалитете живота детета и породице
- Палијативно збрињавање:
 - започети кад се детету постави дијагноза смртоносног или потенцијално смртоносног стања
 - наставити кроз читав ток болести
 - пружати паралелно с активним третманима у сврху излечења или продужења живота
 - где год дете и породица одаберу (у својој кући, болници или хоспису)

Тим за збрињавање (1)

Треба да:

- препозна индивидуалност сваког детета и породице, уважава њихове вредности, жеље и уверења, осим онда кад би дете или неговатељи тиме били изложени опасности
- буде довољно стручан за испуњавање физичких, психолошких, емоционалних, духовних и социјалних потреба детета и породице
- укључје: лекара, медицинску сестру, социјалног радника, дечјег терапеута или психолога, духовног саветника

Тим за збрињавање (2)

Треба да:

- користи професионалне изворе подршке из дететове заједнице
- буде доступан кроз заштиту, подршку и савет 24 сата /дан, 365 дана
- осигура континуитет испланираног збрињавања код куће, у болници и у хоспису
- пружа психосоцијалну подршку и супервизију

Координатор збрињавања/ кључни радник

- помаже породици да изгради, одржи одговарајући систем подршке професионалаца и осигурава приступ:
 - социјалним службама
 - практичној подршци (укључујући одговарајућа помагала и адаптације животног простора)
 - духовном збрињавању
 - као и ради одмора породице
- главна спона
- омогућава континуитет
- осигурава да је збрињавање у складу са потребама детета и породице

Јединица збрињавања - дете и породица

- Породица -заједница који детету пружају физичку, психолошку, духовну и социјалну подршку, без обзира на њихову генетску сродност
- доступни сви клинички и едукациони ресурси, прилагођени дететовом узрасту, когнитивним и едукативним способностима у одговарајућем културолошком контексту
- пружање свих информација о болести и опцијама лечења
- утврђивање потреба и приоритета збрињавања

Нивои специјализације ППЗ

Ниво 1 – Палијативни приступ

Сви здравствени радници треба да буду оспособљени да примењују принципе палијативног збињавања

Ниво 2 – Опште палијативно збрињавање

На секундарном нивоу, здравствени радници који имају додатну едукацију и искуство у палијативном збињавању

Ниво 3 – Специјалистичко палијативно збињавање у истоименој служби



Time to update your
knowledge and
skills? Try our free
elearning courses
in 5 languages.

- Međunarodna mreža pedijatrijskog palijativnog zbrinjavanja (*International Children's Palliative Care Network - ICPCN*)

<http://www.icpcn.org.uk>

- e-learning kursevi na srpskom jeziku:
 - *Kurs 1*: Procena i terapija bola bazirana na novom vodiču SZO o bolu u PPZ
 - *Kurs 2*: Komunikacija sa decom i emocionalne teme

PSIHOSOCIJALNI ASPEKTI U PALIJATIVNOM ZBRINJAVANJU DECE (OSNOVNI ASPEKTI)



**Docent Dr sci Tamara D. Klikovac,
kl. psiholog, porodični
psihoterapeut
UNIVERZITET U BEOGRADU
FILOZOFSKI FAKULTET, GRUPA ZA
PSIHOLOGIJU
Beograd, oktobar 2018**

PALIJATIVNO ZBRINJAVANJE DECE I ADOLESCENATA

Predstavlja aktivno i sveobuhvatno zbrinjavanje tela, uma i duha deteta i pružanje neophodne medicinske pomoći (kontrola različitih neprijatnih simptoma), pružanje psiho-socijalne podrške obolelom detetu i porodici (roditeljima, braći/sestrama, široj porodici) i duhovno osnaživanje.

FILOZOFIJA PALIJATIVNOG ZBRINJAVANJA

patnja uzrokovana neizlečivom bolešću i smrtnim ishodom ne može da se izbegne ali može da se ublaži

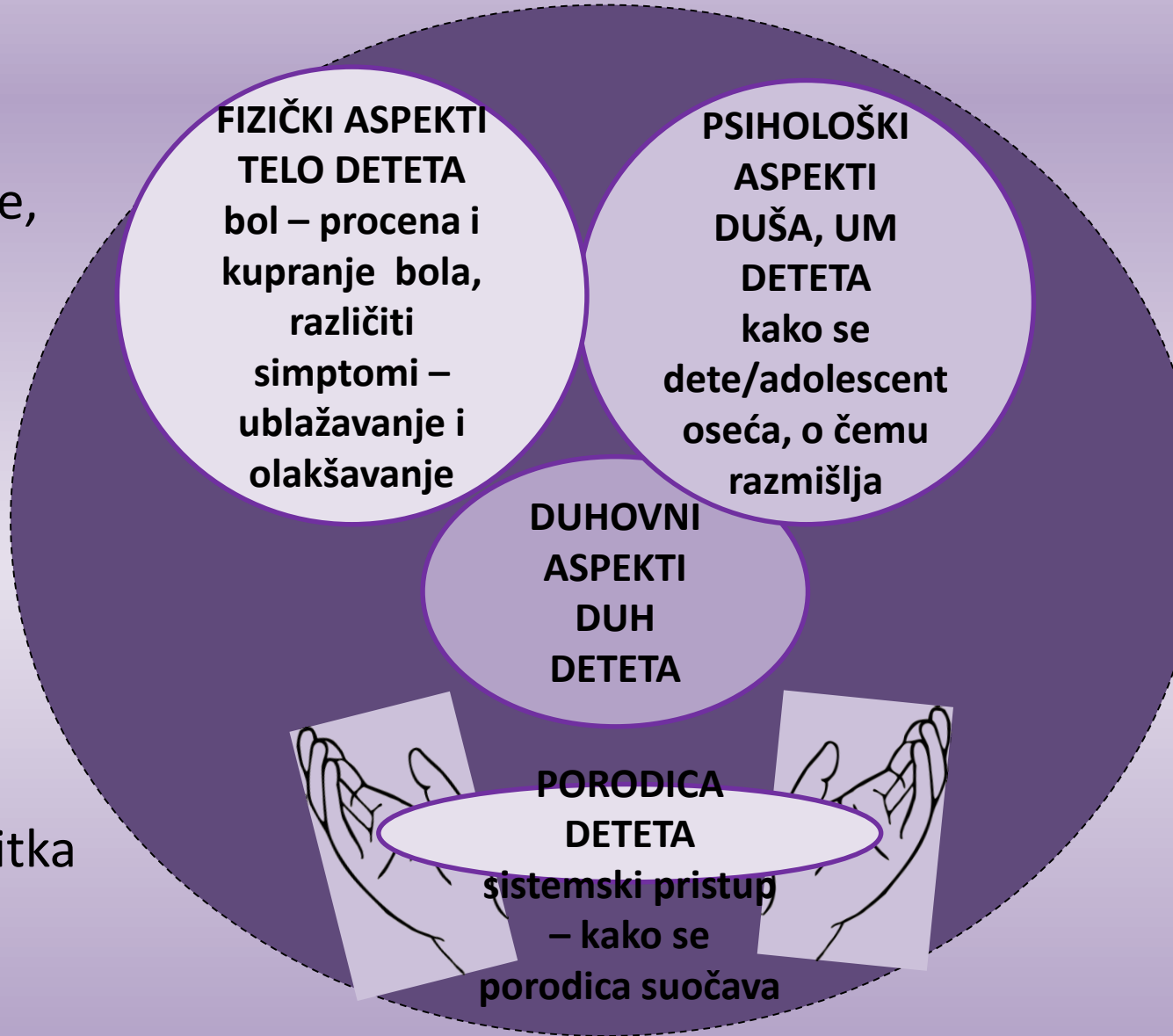
- adekvatnim pristupom
- dobrom, kvalitetnom komunikacijom koja se bazira na posebnoj osetljivosti ili senzitivnosti za potrebe umiruće dece i njihovih porodica
- proceni i kontroli simptoma bolesti i bola
- psiho-socijalnoj i duhovnoj podršci

PALIJATIVNO ZBRINJAVANJE DECE I ADOLESCENATA

Timske intervencije -
medicinske, psihološke,
socijalne, duhovne sa
ciljem ublažavanja
patnje

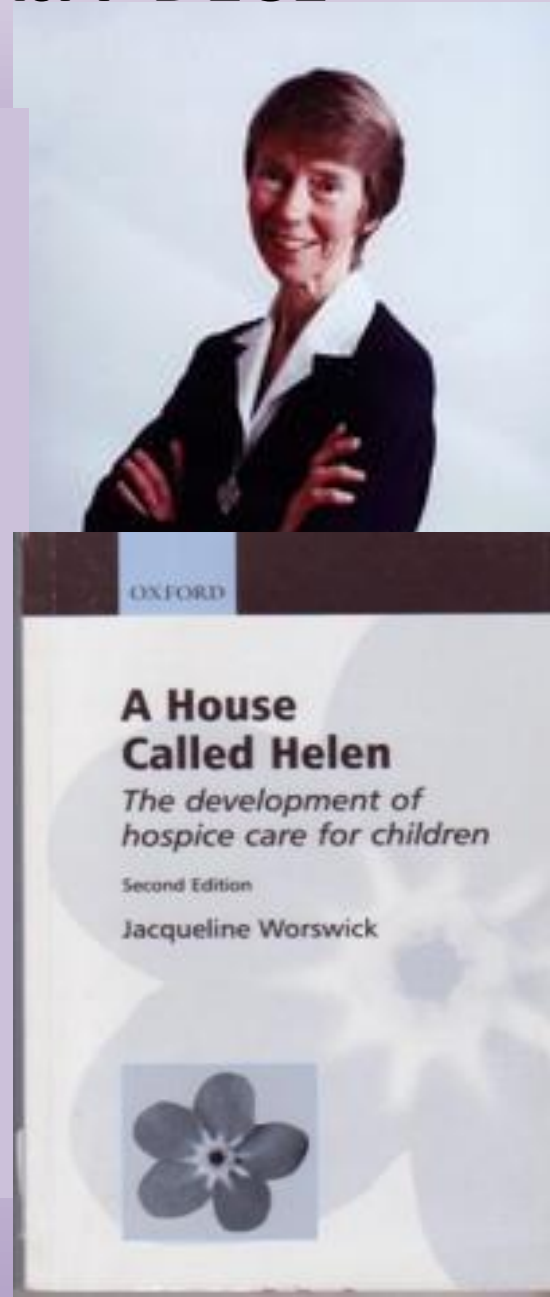


Funkcionalnije
prevladavanje teške
životne situacije gubitka



ISTORIJA PALIJATIVNOG ZBRINJAVANJA DECE

- Početak – **sestra Fransis Dominika, Engleska 1982** (Frances Dominica) nakon iskustva sa dvogodišnjom devojčicom **Helen**
- Nakon uklanjanja tumora mozga, Helen je patila od teškog invaliditeta
- Sestra Fransis joj je pružila zbrinjavanje u sopstvenom domu. Prvi dečiji hospis Kuća Helen.
- **Palijativna medicina je prepoznata kao posebna specijalnost u Velikoj Britaniji 1989 god.**



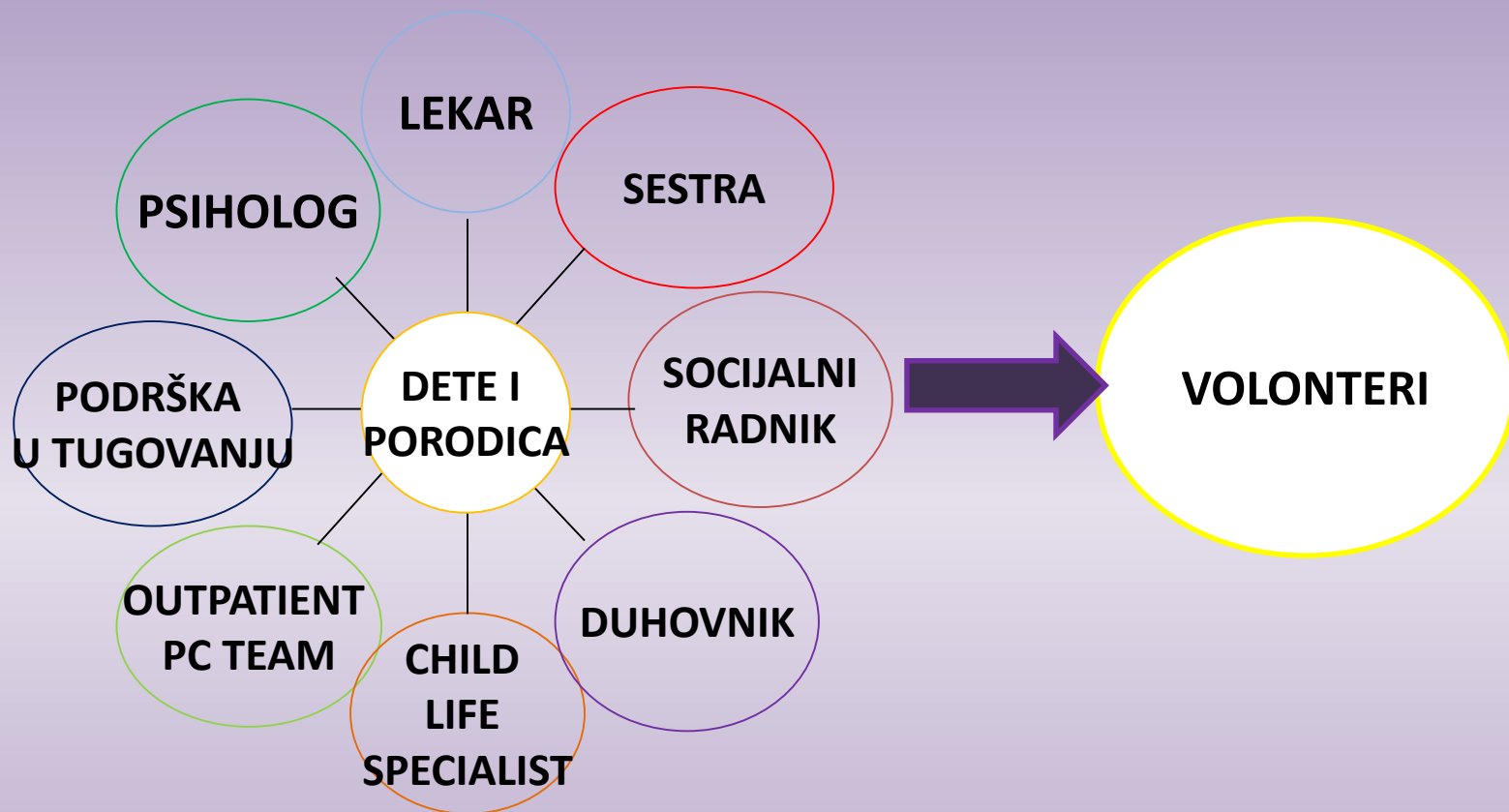
PRVI DEČIJI HOSPIS U EVROPI



Kuća Helen, otvorena 1982.

Oxford, Ujedinjeno Kraljevstvo

MULTIDISCIPLINARNI PRISTUP U PALIJATIVNOM ZBRINJAVANJU DECE – PATNJA JE KOMPLEKSNA, "TOTALNA" I POTREBNA SU ZNANJA I VEŠTINE RAZLIČITIH STRUČNJAKA



Брига о себи (превенција професионалног стреса и синдрома изгарања)

Драгана Николић, психолог

Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије
„Др Вукан Чупић“

Синдром сагоревања на раду (бурноут) :

- * Емоционална исцрпљеност, деперсонализација и ниско лично постигнуће.
- * Представља пролонгирани одговор на хроничне емоционалне и интерперсоналне стресоре који су повезани са радним местом.
- * Настаје као последица неусаглашених односа између запослених људи с једне стране и радне средине, с друге.

Професионални стрес код онколошког медицинског особља :

1. ниво – физички ниво

- * константно осећање умора
- * проблеми са спавањем
- * промене у спољашњем изгледу
- * промене апетита

2. ниво – емоционални ниво

- * гнев, љутња, бес,
- * емоционална нестабилност
- * раздражљивост, нервоза
- * депресивност
- * анксиозност

Професионални стрес код онколошког медицинског особља :

3. ниво – интелектуални ниво

- * преокупираност послом
- * недостатак концентрације
- * смањење продуктивности
- * тешкоће у решавању проблема
- * песимизам
- * несарадљивост и нетрпељивост
- * абсентизам тј. одсуство са посла

Разлике између симптома професионалног стреса и симптома синдрома изгарања:

Професионални стрес одликују:

- * претерано ангажовање
- * бурне и снажне емоције и реакције
- * анксиозност
- * честа физичка обољења
- * хиперактивност и журба
- * губитак енергије

Синдром изгарања одликују:

- * неангажовање
- * равнодушност
- * депресивност
- * емоционални проблеми
- * беспомоћност и безнадежност
- * губитак наде, идеала и мотивације
- * смањење способности за уживање у животу

Личне стратегије за превенцију синдрома изгарања:

- * Препознавање, свест о сопственим осећањима, мислима и догађајима из личног живота и личне сфере и добра контрола и баланс
- * Оспособљеност за самопомоћ - развијање самоконтроле и одговорности, неговање оптимистичног погледа на свет, антиципирање и предвиђање стреса на послу и припремање у вези са тим, неговање себе кроз поштовање својих потреба и граница, узимање чешћих и краћих годишњих одмора.
- * Едукације, семинари, групна подршка, супервизије, интервизије, експертизе, радионице, састанци, предавања
- * Реорганизација рада – смањење изложености непријатним утицајима (краће радно време, подела одговорности).
- * Хобији и активности ван посла, физичка рекреација су веома важни за садржајно организовање и провођење слободног времена



Palijativno zbrinjavanje dece sa neurometaboličkim poremećajima

Doc dr Ružica Kravljanac,
Doc dr Maja Đorđević, Assist dr Slavica Ostojić
Služba za ispitivanje i lečenje neuroloških i mišićnih bolesti Instituta
Odeljenje za bolesti metabolizma i kliničku genetiku

Kongres palijativne nege 2018

Grupe bolesti koje ograničavaju život	Neurološko oboljenje
Bolesti kod kojih je moguće lečenje koje može biti nedelotvorno	Tumori CNS-a
Bolesti kod kojih se prerana smrt može predvideti, ali intenzivni tretman može produžiti dobar kvalitet života	Mišićna distrofija
Progresivne bolesti čije lečenje je isključivo palijativno I može trajati godinama	NCL (Batten-ova bolest) mukopolisaharidpoze
Stanja sa teškim neurološkim oštećenjem koja iako nisu progresivna dovode do vulnerabilosti i komplikacija koje dovode do prerane smrti	Teška cerebralna paraliza, SMA, povrede mozga i kičmene moždine

Najčešće manifestacije koje zahtevaju palijativno lečenje

- Epileptički napadi
- Agitiranost
- Spasticitet
- Posledice nepokretnosti
- Dekubitus
- Nekontrolisanje sfinktera
- Opstipacija
- Insomnija
- Nenapredovanje
- Otežano hranjenje i gutanje
- GER
- Aspiracione pneumonije
- Respiratorna insuficijencija
- Skolioza
- Atrofije mišića



Epileptički napadi – terapija u vanbolničkim uslovima ili ako nije dostupna iv linija

Uzrast (godine)	Diazepam rektalno (mg/kg)	MDZ nazalno ili bukalno (mg/kg)
2-5	0,5	0,5
6-11	0,3	0,5
>12	0,2	0,5
Maksimalna pojedinačna doza	20 mg	10 mg

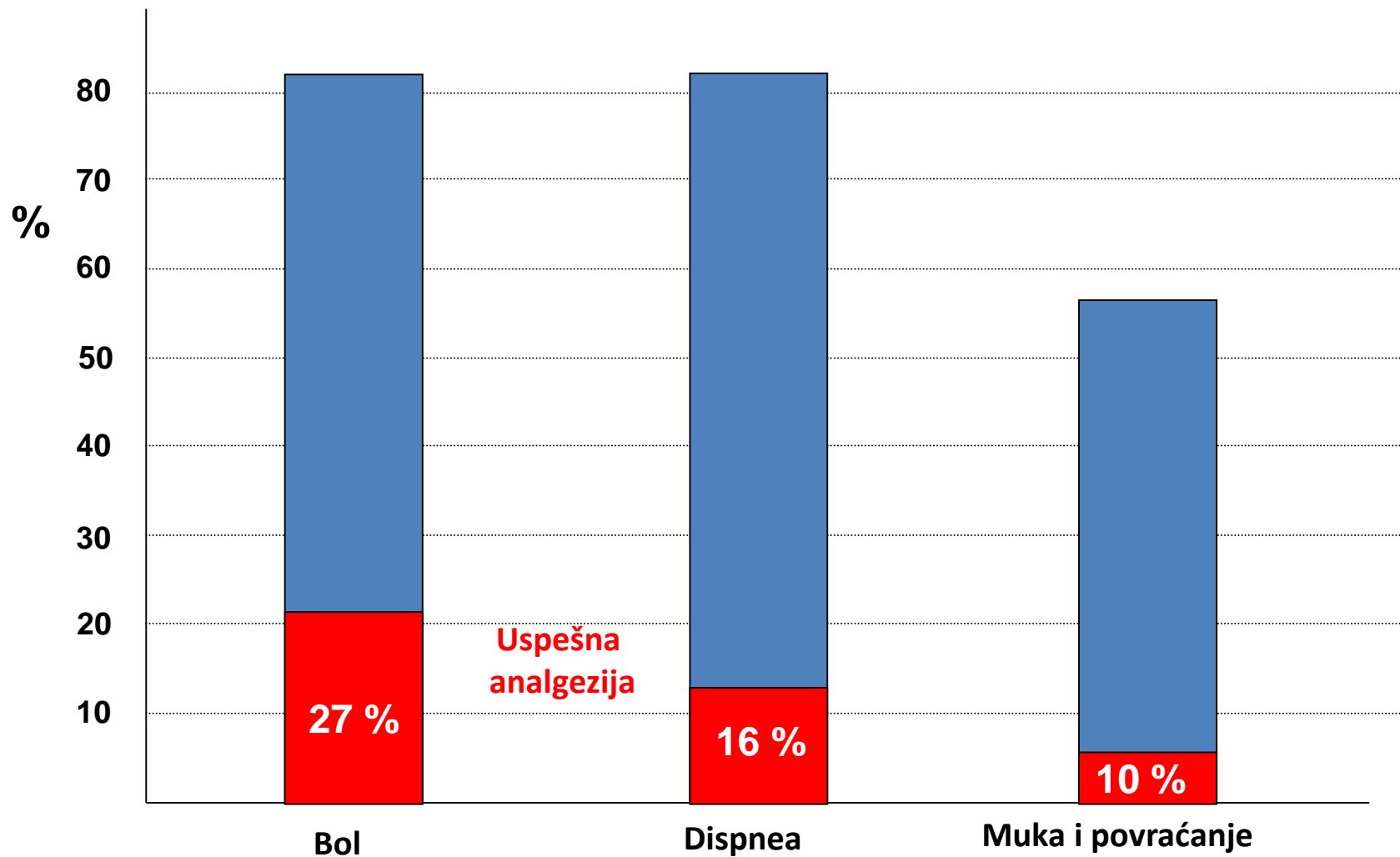
Agitiranost – lečenje (benzodiazepini)

Lek	Način primene i doza leka
Midazolam	Per os: 0.2–0.75 mg/kg, max 20 mg, nazalno/bukalno IV: 0.025–0.1 mg/kg na 2–4 h max 6 mg/d Infuzija 0.03–0.12 mg/kg/h do postizanja efekta
Lorazepam	Per os /IV/IM 0.025 mg/kg pd max 2 mg svaka 4–8 h max 0.1 mg/kg pd
Diazepam	Per os: 0.12–0.8 mg/kg/d u 2 do 4 doze max 10 mg pro dosi IM/IV: 0.05–0.2 mg/kg/pd na 6–12 h max 0.6 mg/kg na 8 h, Rekt max 0.5 mg/kg
Klonazepam	Per os: 0.01 mg/kg/d:4 d, do postizanja efekta max 0.2 mg/kg/d: 3d max 20 mg/d
Haloperidol	Per os: 0.01–0.03 mg/kg d max 6 mg/d:3 d, im: 1–3 mg na 4–8 h max 0.1 mg/kg/d
Tioridazin	Per os: 0.5–3 mg/kg/d u 2 – 3 doze
Hlorpromazin	Per os: 0.5–1 mg/kg na 4–6 h max 200 mg/dan, im/iv: 0.5–1 mg/kg na 6–8 h max 40 mg/d Rektalno: 1 mg/kg na 6–8 h

Spasticitet - farmakološka terapija

Lek	Način primene i doza leka
Baklofen	Per os: početi 10 mg/d, povećanje 5–15 mg/d na 3. dan max 40 mg/d u 3 doze
Tizanidin	Per os 2 mg na 6h, max 8 mg u 4 doze
Klonidin	Per os: 3–5 mg/d u 3–4 doze Flaster: početi 0.1 mg/24-h nedeljno
Diazepam	Per os: 0.12–0.8 mg/kg/d podeljeno u 2 do 4 doze max 10 mg pro dosi
Dantolen	Per os: početi 0.5 mg/kg/d

Simptomi pri kraju života dece obolele od karcinoma



Wolfe J. et al, NEJM 2000; 342(5) p 326-333

Downing J, Jassal SS, Mathews L, et al. Pediatric pain management in palliative care. Pain Manage 2015;5:25-35.

Nocicep.som.bol

- tup ili oštar
- dobro lokalizovan
- konstantan
- pokreti pogoršavaju

Neuropatski bol

- pečenje, čupanje, ubadanje, električni šok
- alodinija, hiperest.
- slabo reag. na analg.

Patnja

Sporedni efekti
lekova

Nocic. viscer. bol

- slabo lokalizovan
- konstantan ili grčevi

Analgezija u palijativnom zbrinjavanju dece

- Lečiti izlečivo (osnovnu bolest)
- Farmakološke i nefarmakološke mere
- PO (enteralno) najbolje (gde kod)
- Alternativno:
 - IV (periferno / centralno)
 - SC
 - Transmuskularno
 - Transdermalno

Ne nanositi dodatni bol nepotrebno!!!
Ne IM

... boli, manje boli, nema straha)

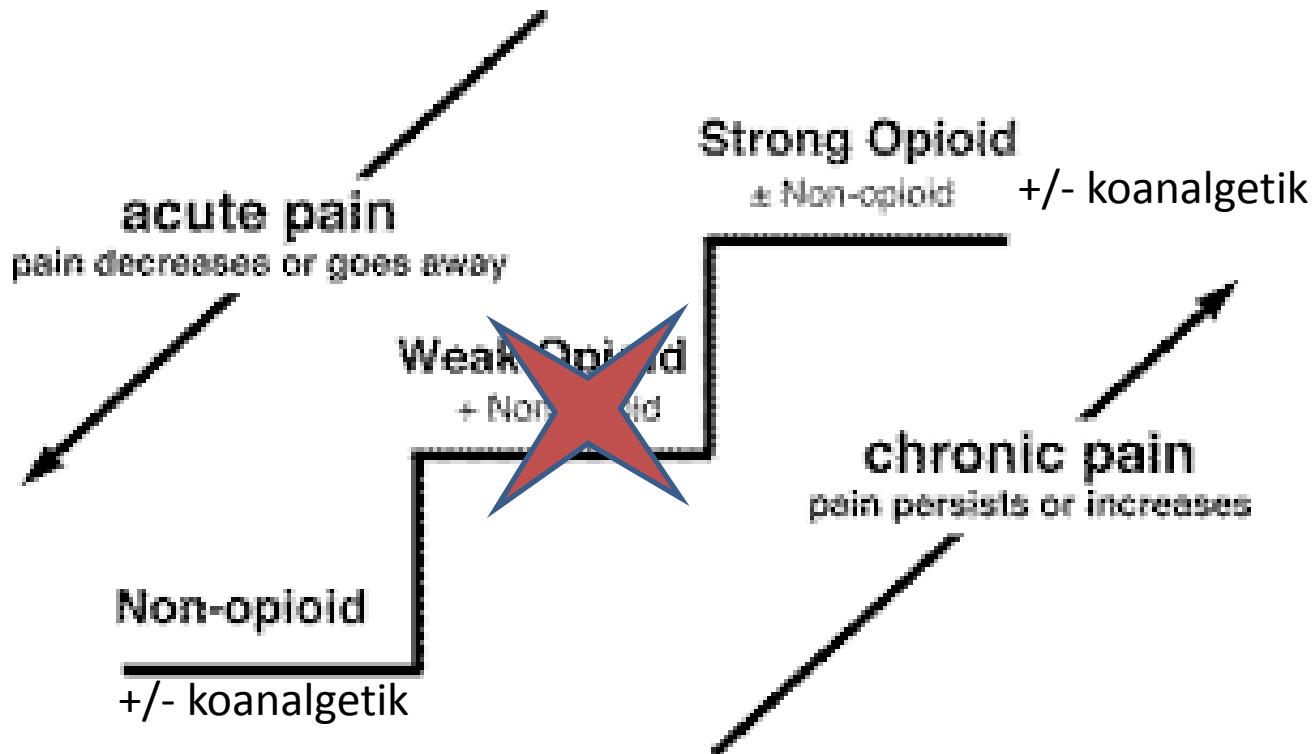
...modalno, individualno, multidisciplinarno

- W.H.O. lestvica

Kuhlen M, Hoell J, Balzer S, et al. Symptoms and management of pediatric patients with incurable brain tumors in palliative home care. Eur J Paediatr Neurol 2016;20:261-9.

2016;20:261-9.

WHO lestvica (2 stepenika)



Zablude o bolu kod dece

- Mala dece osećaju bol manje nego odrasli
- Najvažnije je proceniti intenzitet bola
- Samo medicinski tim može kontrolisati bol kod dece
- Ne treba koristiti morfin kod ne-kancerskog bola
 - Sedacija utiče na kvalitet života kod dece
 - Morfin uvek izaziva respiratornu depresiju
 - Morfin skraćuje život deci

„Svi moramo umreti.

*Ali to što nekoga mogu spasiti od mučenja,
shvatam kao svoju veliku i uvek novu
privilegiju.*

*Bol je mnogo užasniji gospodar ljudske
vrste nego i sama smrt,,*

Albert Schweitzer, 1931



ПРЕПОРУКЕ ЗА ПРОЦЕНУ БОЛА

Мр сци др Весна Стевановић –ИМД Београд

26.10.2018.



Питања и одговори

Када се врши процена бола?

- Пре отпочињања терапије бола
- Током терапије бола

Предуслови за мерење бола:

- Класификација бола
- Откривање узрока бола
- Мерење бола

Ко учествује ?

- Дете
- Родитељ/старатељ
- Здравствени радник

Узети у обзир:

- Узраст детета
- Степен развоја
- Когнитивне и комуникационе вештине
- Претходна болна искуства
- Веровања и уверења
- Религиозна схватања

Питања и одговори

- Које речи за бол користи породица - дете и родитељи?
- Који су то вербални и бихевиорални обрасци које дете користи када има бол?
- Шта родитељи чине када је дете у болу?
- Шта најбоље делује да се бол смањи?
- Где настаје бол, које су његове одлике: шта описује дете, а шта родитељ?
- Како настаје бол?
- Колико траје?
- Локализација бола
- Да ли бол утиче на сан и понашање детета?
- Да ли бол ограничава дететове свакодневне активности и физиолошке покрете?

САМОПРОЦЕНА БОЛА

- Код деце старије од 7 година
- Деца упркос узрасту имају ограничену могућност комуникације и изражавања своје патње
- Врши се путем скала за процену бола којих има више од 40

Ishrana u palijativnom zbrinjavanju dece

Goran Mitrović, Jelena Martić

Ishrana u terminalnoj fazi bolesti(I)

- Kontraverzna tema
- Mnogi roditelji i zdravstveni radnici smatraju hranjenje osnovnim ljudskim pravom
- Instiktivno žele da nahrane dete
- Svega 42% pedijatarata bi moglo da se nosi odlukom da se detetu ukine tečnost i hrana

Ishrana u terminalnoj fazi bolesti(II)

- Umirući pacijenti ne osećaju glad i žeđ
- Veštačka hidracija može imati negativan uticaj na umirućeg bolesnika
 - produžuje umiranje
 - povećava sekreciju i razvoj edema pluća
- Korist od uskraćenja hrane:
 - smanjenje sekrecije u respiratornom traktu
 - smanjenje mučnine i povraćanja
 - smanjenje dijareje
 - oslobađaju se endogeni endorfini koji imaju analgetičko dejstvo

Ishrana u terminalnoj fazi bolesti

(III)

- Kontrola bola u usnoj duplji
 - redovna primena paracetamola
 - izbegavanje vruće, kisele i začinjenjne hrane
 - ispiranje usne duplje
 - lokalna primena anestetika i gelova
 - zaštitna pasta i vazelin
 - kockice leda (zaleđeni voćni sokovi, komadi voća)

Ishrana u palijativnom zbrinjavanju hronično obolele dece

- kvalitet života i opšte zdravstveno stanje dece sa hroničnim neurološkim, plućnim i hematološkim bolestima zavisi od stanja uhranjenosti
- multidisciplinarni pristup
- na vreme postaviti indikaciju za sprovođenje enteralne ishrane i ugradnju PEGa

Nutritivne potrebe dece sa neurološkimi bolestim (I)

- kcal/cm TV , zavisi od stepena aktivnosti i tonusa mišića
- Cerebralna paraliza sa smanjenom aktivnošću – 10 kcal/cm TV
- Cerebralna paraliza sa blagom do umerenom aktivnošću – 15 kcal/cm TV
- Cerebralna paraliza s atetoznim pokretima – oko 6000 kcal/24h

Nutritivne potrebe dece sa neurološkim bolestima (II)

- Unos proteina na osnovu preporuka za hronološki uzrast ako parametri rasta nisu značajno ispod normale
- Unos proteina na osnovu uzrasta gde je telesna visina na 50.percentilu
- Deficijencija vitamina A, C, D, gvožđa, kalcijuma i folne kiseline

Režim enteralne ishrane

- Ishrana bolusima – fiziološka, praktična, generalno prihvatljivija
- Ishrana bolusima u kombinaciji sa kontinuiranom ishranom tokom noći-u slučaju velikih kalorijskih potreba
- Jejunalna sonda – isključivo kontinuirana ishrana

**Kongres "Organizacioni i praktični aspekti
paliјativnog zbrinjavanja u pedijatriji"**

Respiratorna potpora kao elemenat paliјativnog zbrinjavanja

Dr Milan Rodić

Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije "Dr Vukan Čupić"

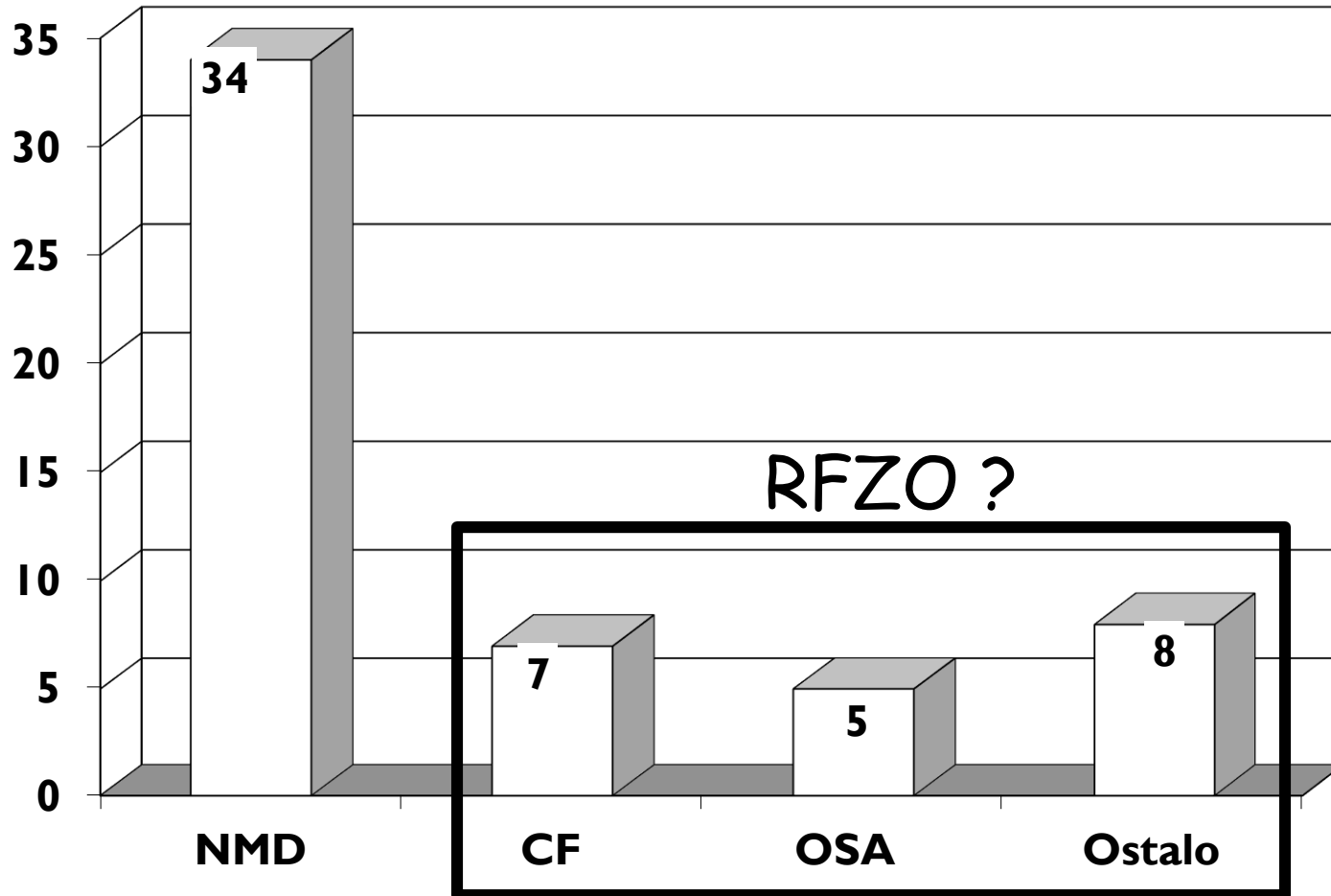
Dugotrajna mehanička potpora disanja - "kućna ventilacija"

- Neinvazivna ventilacija (maska, usnik)
- Invazivna ventilacija (traheostoma)
- Tokom noći ili spavanja
- Većim delom dana ili punih 24h

Tipovi ventilacije

- **Continuous Positive Airway Pressure-CPAP**
(kontinuirani pozitivni pritisak u disajnom putu)
- **Bi-level CPAP – BiPAP**
(CPAP "na dva nivoa")
- **Pressure Support Ventilation – PSV**
(pritiskom podržana ventilacija)
- **Pressure Control Ventilation – PCV**
(pritiskom kontrolisana ventilacija)

Pacijenti u periodu 2000-2015. god. (n=54)



NMD - neuromišićne bolesti

CF - cistična fibroza

OSA - opstruktivske apneje u spavanju

Pravilnik RFZO

Ventilator za kućnu ventilaciju

Osigurano lice obolelo od:

- teških oblika mišićne distrofije (Duchenne)
- spinalne mišićne atrofije (SMA)
- amiotrofične lateralne skleroze (ALS)
- visoke lezije cervikalne kičme (tumor, trauma)

Način propisivanja pomagala:

- 1a: subspecijalista pulmolog uz mišljenje specijaliste neurologa
- 1b: specijalista pneumoftiziolog uz mišljenje specijaliste neurologa
- 2: mišljenje komisije za neinvazivnu ventilaciju
- 3: lekarska komisija
- 4: overa filijale uz revers

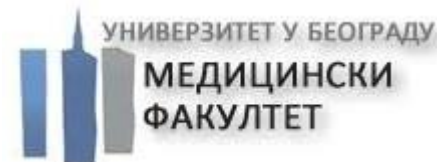
Zaključak

- **Progresivno povećanje broja pacijenata koji zahtevaju palijativnu respiratornu negu**
- **Ideal za dugotrajnu mehaničku ventilaciju je njena primena u kućnim uslovima**
- **Raznolikost pacijenata zahteva veći izbor aparata i prateće opreme**
- **Bolja finansijska podrška države**
- **Osnivanje Registra dece koje zahtevaju palijativnu negu a da su "zavisna od tehnologije"**

HIRURŠKI ASPEKTI U PALIJATIVNOM ZBRINJAVANJU - UVOD -



Radoje Simić



HIRURZI,
anesteziolozi, pedijatri, radiolozi,
patolozi, svi... **INSTITUT**

HIRURŠKI ASPEKTI U PALIJATIVNOM ZBRINJAVANJU

- UVOD -

- **Počeci hirurgije:**
(NE: rekonstrukcija, fiziologija, estetika)
 - radikalna (amputacija)
 - **palijativna** („premostiti” problem)
- Savremena hirurgija:
(DA: vratiti u prethodno-zdravo, funkcionalno, lepo, „trajno”)
- INTERVENCIJA (bez ušivanja: punkcija-aspiracija, kauterizacija (EKT, laser...), kiretiranje, ablacija...)
- OPERACIJA (ušivanje rane)

HIRURŠKI ASPEKTI U PALIJATIVNOM ZBRINJAVANJU

- UVOD -

- PALIJATIVNO U HIRURGIJI:
 - operacije (intervencije) u pripremi za kompletnu (radikalnu) operaciju
- **PROCEDURE U HIRURGIJI**
 - DIJAGNOSTIČKE (biopsija Tu, bronhoskopija, endoskopska biopsija creva kod bolesti „GVH” ...)
 - KURATIVNE (leče ili dug period bez bolesti: resekcija Tu, OP srca, transplantacija jetre, ekscizija metastaza...)
 - **PALIJATIVNE**
 - **OLAKŠAVANJE NEGE** (gastrostoma, vaskularni put...)
 - **UBLAŽAVANJE SIMPTOMA** (drenaža izliva, revizija VP šanta, cistoskopija kod hemoragijskog cistitisa...)

HIRURŠKI ASPEKTI U PALIJATIVNOM ZBRINJAVANJU

- UVOD -

- *PALLIATE* (glagol, lat): ublažavanje simptoma bez lečenja
- *Palliativus, a um* (lat.): od prolaznog dejstva (A. Kostić)
- *Palliative* (engl.): privremeno ublažujući (A. Kostić)
- *Palijativan* (rečnik stranih reči): koji predstavlja privremeno rešenje; koji ublažuje; zataškava
- **PALLIUM**-i (lat.): **OGRTAČ**, TUNIKA, PLAŠT
- **PALLIARE** (lat.): **POKRITI**
POKRITI (ZBRINUTI) PACIJENTA SA NEIZLEČIVOM
BOLEŠĆU

HIRURŠKI ASPEKTI U PALIJATIVNOM ZBRINJAVANJU

- UVOD -

- Odluka o izvođenju palijativne hirurške procedure kod onkološkog pacijenta-?-pitanja:
 - indikacija za OP
 - prognoza bolesti
 - korist i rizik
 - anesteziološki rizik
 - „ne reanimirati”, status u toku i posle OP

HIRURŠKI ASPEKTI U PALIJATIVNOM ZBRINJAVANJU

- UVOD -

- **ZNANJEM** kroz **ZAJEDNIČKI** (timski, multidisciplinarni) rad **ZADOVOLJITI ZAHTJEVE** pacijenta, i njegove porodice, za **ZNAČAJNIM** (najboljim u datim okolnostima) održavanjem kvaliteta života teško bolesnog deteta kroz palijativno **ZBRINJAVANJE** poštujući sve **ZAKONSKE** preporuke
- (Pacijenti) i roditelji ne vole lekare koji kažu da ne može ništa više da se uradi za pacijenta koji ima neizlečivu bolest →
MOŽE, KROZ PALIJATIVNO ZBRINJAVANJE

HIRURŠKI ASPEKTI U PALIJATIVNOM ZBRINJAVANJU

Prof dr Sanja Sindić-Antunović

Hirurški aspekt palijativnog zbrinjavanja dece

- Dominiraju preporuke o konzervativnom ali i
- Operativnom pristupu u lečenju i nezi pedijatrijskih bolesnika
- Osnovne životne funkcije u terminalnoj fazi bolesti
- Cirkulacija, disanje, ishrana, mokrenje i crevno pražnjenje

Indikacije za palijativne hirurške intervencije

- Stanja opstrukcije gornjeg respiratornog trakta, digestivnog i uro-genitalnog puta čitavom dužinom
- Stanja sa postojanjem nenormalnih komunikacija, fistula, najčešće posledica hronične infekcije i inflamacije
- Disfunkcionalnosti organskih sistema najčešće gastro-intestinalnog i uro-genitalnog, koje mogu dovesti do životne ugroženosti
- Neurološke, ili one od strane loko-motornog sistema obično hronične i retko su indikacija za palijativnu hirurgiju, već za palijativnu hiruršku negu

Koncepti palijativnog hirurškog zbrinjavanja

- Minimalistički
 - zastupa tezu da palijativna intervencija treba da bude što kraća i jednostavnija i
- Složene palijativne hirurške procedure
 - da se ipak ne sme dozvoliti da bolesnici sa ovakvim bolestima budu više puta podvrgnuti palijativnoj intervenciji.

Palijativne hirurške procedure

- Formiranje i održavanje stoma svih vrsta i oblika (traheo-, ezofago-, gastro-, entero-, urostome)
- Drenaža telesnih šupljina
- Plasiranje nazogastrične sonde
- Perkutana endoskopska gastrostomija
- Crevno pražnjenje klizmom korišćenjem transrektalnog katetera
- Kateterizacija mokraćne bešike, ureteralno stentiranje
- Intravenska nadoknada tečnosti i totalna parenteralna ishrana zahtevaju intravensku kanulaciju i hiruršku proceduru kao što je plasiranje i održavanje centralnog venskog katetera- CVK

Zaključak

- Primena opisanih hirurških intervencija i procedura
- u palijativnom zbrinjavanju dece
- treba da se razmotri i preduzme na osnovu adekvatne procene
- koliko je to dobrobit, a koliko ne,
- u najvećem interesu za umirućeg bolesnika.



LEČENJE HRONIČNIH RANA U PALIJATIVNOM ZBRINJAVANJU DECE

Đorđe Kravljanac, R. Simić

Služba za plastičnu hirurgiju i opekotine
Služba za prijem, specijalističke i konsultativne preglede

*Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije,
Aktuelni problemi u pedijatriji mart 2017*

HRONIČNA RANA



- Proces zarastanje traje duže od četiri do šest nedelja

VRSTE HRONIČNIH RANA

- Dekubit
- Ulcerisani hemangiom
- Hronične nezarastajuće rane
- Postoperativno dehiscirane rane
- Suve nekrotične rane
- Ekskorijacije – reakcija na flaster
- Rane sa hipergranulacijama



PRINCIPI LEČENJA



- terapija bola
- toaleta i previjanje rane
 - lečenje infekcije
 - hirurške metode

TIME koncept

(“samo čista rana može da zaraste”)



tissue



inflammation/infection



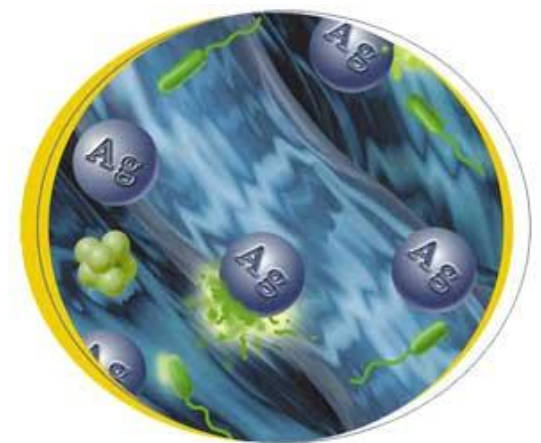
moisture imbalance



epithelial edge advancement

Zaključak

- Hronične rane predstavljaju globalni problem
- Poremećaj inflamatorne faze zarastanja
- „TIME“ koncept zbrinjavanja
- Razgradnja biofilma je imperativ
- Multidisciplinarni pristup



PREPOZNAVANJE KASNIH KOMPLIKACIJA TMČH

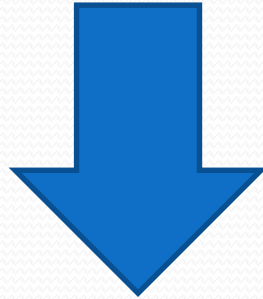
Prof. dr Vujić Dragana

**Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta
Srbije "dr Vukan Čupić"**

Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

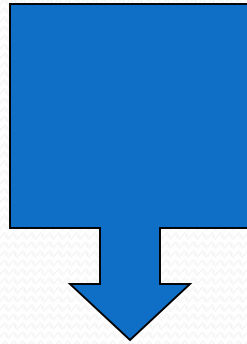
DECA

dinamičan rast i razvoj



**veća osetljivost na primenjenu
hemio/radioterapiju**

**režim kondicioniranja, GVHD,
imunosupresivna terapija**



komplikacije

kasne komplikacije

- nemaligne: strukturna i funkcionalna oštećenja tkiva i organa

- sek. malignitet

nemaligne kasne komplikacije

- 1. chr GVHD, kasne infekcije, sek. imunodeficijencija**
- 2. endokrini sistem**
- 3. respiratorni sistem**
- 4. KVS**
- 5. oči**
- 6. jetra**
- 7. koštano-zglobni sistem**
- 8. nervni sistem**
- 9. zubi**
- 10. fertilitet**
- 11. kvalitet života**

GVHD

sekundarni tumori

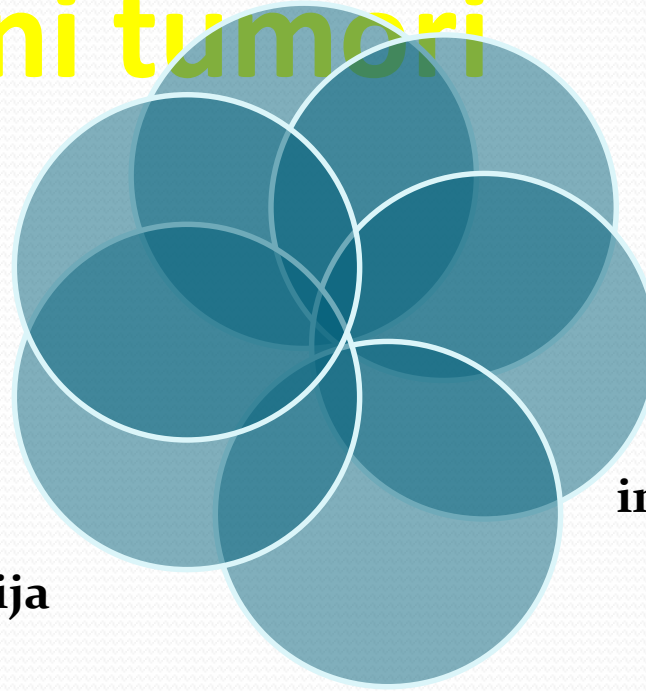
citotoksični lekovi

virusi

genetska
predispozicija

imunosupresivna
terapija

imunodeficijencija



1. limfoproliferativne bolesi posle TMČH

2. leukemije/MDS

3. solidni tumori

**mobilizacioni protokol,
faktori rasta???**

kvalitet života

- adolescenti kojima je TMČH
urađena u detinstvu: osetljivi,
vulnerable, anksiozni



dugotrajni emocionalni
i socijalni problemi

Krvavljenje kod hematoonkoloških bolesnika - algoritam zbrinjavanja

Prof. dr Lidija Dokmanović^{1,2}

¹. Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

². Služba za hematologiju i onkologiju, Univerzitetska dečja klinika, Beograd

Uzroci krvarenja kod dece sa malignitetom u periodu palijacije

- Trombocitopenija
- Poremećaj faktora koagulacije kod disfunkcije jetre
- Nektrotizirajući tumori
- Lekovi, npr. kortikosteroidi, NSAID...
- Infekcija, npr. invazivna aspergiloza pluća
- Kombinovani uzroci

Intenzitet krvarenja

- Bez kliničkog značaja - minor krvarenja
- Klinički značajna - major krvarenja
- Potencijalno ugrožavajuća po život - katastrofalna krvarenja

Mesta krvarenja

- Iz desni
- Hemoragijski sindrom u koži
- Gastrointestinalna
- Hematurija
- Iz disajnih puteva (epistaksa, hemoptiza)
- Menoragija
- Iz tumora
- CNS

Anticipirati potencijalno krvarenje

- Ako se krvarenje očekuje objasniti detetu i roditelju da je krvarenje moguće
- Ako je koagulacija kompromitovana kao posledica disfunkcije jetre razmotriti davanje vitamina K
- Kontroverze o profilaktičkom davanju trombocita
- Kod devojaka koje menstruiraju razmotriti upotrebu oralnih kontraceptiva da se prevenira značajno menstrualno krvarenje
- Ako se očekuje značajno krvarenje treba obezbediti benzodijazepine i u nekim slučajevima i opioide kao i dostupne tamne peškire

Primer: postupak kod krvarenja iz desni

- Savetovati upotrebu mekih četkica za zube i redovno ispiranje usne duplje antibakterijskim rastvorima radi prevencije sekundarne infekcije
- Ako je trombocitopenija uzrok krvarenju koje značajno utiče na kvalitet života razmotriti transfuziju trombocita
- Traneksamična kiselina (tableta od 500mg ili ampula za i.v. davanje od po 100mg)
 - sadržaj ampula se može koristiti kao 1:1 ratvor za ispiranje usta ili u nerastvorenom obliku aplikovati lokalno na mesto krvarenja
 - tablete (1 mesec do 18 godina), 25mg/kg tri puta dnevno
 - oprez: redukcija doze kod bubrežne insuficijencije, kod hematurije moguća retencija urina

Primer: major krvarenje u terminalnoj fazi bolesti

- Značajna uznemirenost kod svesnih bolesnika: obezbediti preparate kao što su diazepam ili midazolam
- Ako se palijativno zbrinjavanje obavlja u kući deteta obučiti roditelja za davanje leka
- Midazolam ampule od 5mg/5mL. Doziranje za sve uzraste $100\mu\text{g}/\text{kg}$ s.c. ili i.v.

Povišena temperatura kod hematoloških bolesnika i bolesnika lečenih transplantacijom kostne srži - algoritam zbrinjavanja

- Definicije febrilnosti nisu uniformne i zavise od sledećih okolnosti:
 - uzrasta deteta
 - doba dana kada se meri temperatura
 - načina na koji se meri temperatura
 - prirode i načina lečenja osnovnog oboljenja
- prepodnevna iznad 37,2C
- popodnevna iznad 37.7C

Mehanizam nastanka febrilnosti

- Regulacija telesne temperature preko prednjih jedara hipotalamusa
- Egzogeni pirogeni:
 - bakterijski endotoksini/mikoroorganizmi
 - aktivacija imunskog sistema – nije uvek izazvana infektivnim uzročnicimaPosredstvom imunskog sistema (monociti/makrofagi, limfociti) dovode do sinteze citokina koji deluju kao



Endogeni pirogeni

IL1, IL6, TNF, interferoni → dovode do oslobađanja PGE2 koji reguliše hipotalamički termostat

Promene koje nastaju zbog povišene temperature

Povišenje telesne temperature za 1°C dovodi do:

- Ubrzanja metabolizma za 10-15%
- Neprimetnim gubitkom tečnosti za 300-500ml/m²/d
- Povećanjem potrošnje kiseonika za oko 10%
- Tahikardijom – 10 do 15 otkucaja/min

Povišena temperatura kod dece koja se leče od malignih oboljenja i posle transplantacije kostne srži

- Svaka epizoda febrilnosti razmatra se kao urgento stanje s obzirom da stepen imunosupresije i imunske kompetentnosti nije moguće precizno kvantifikovati
- Povišena telesna temperatura kod ovih bolesnika može nastati zbog:
 - infekcije
 - aktivacije imunskog sistema posredovane neinfektivnim mehanizmima

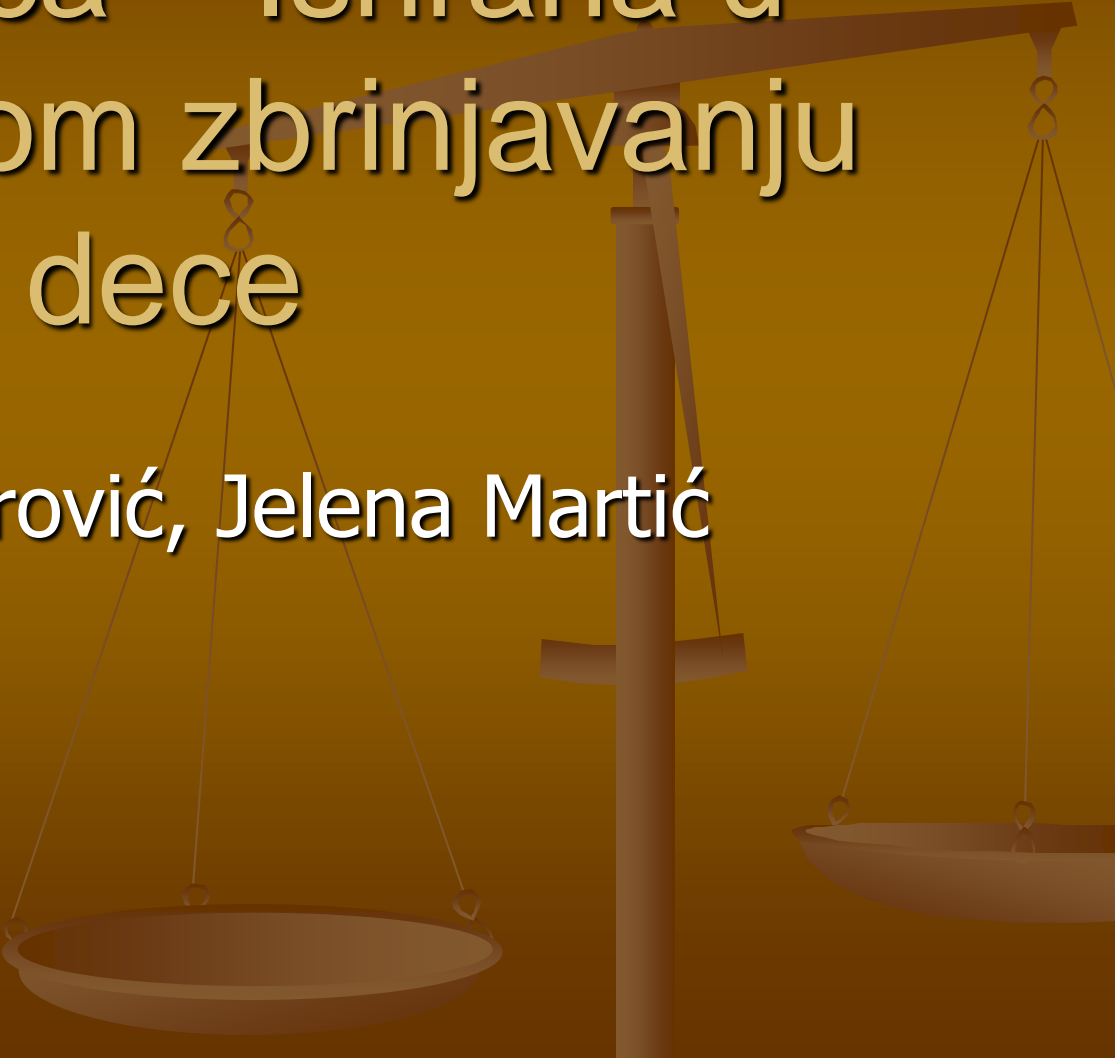
Dijagnostički postupci kod hematoonkoloških/transplantiranih bolesnika s febrilnoću

- Krvna slika, CRP, prokacitonin
- Uzimanje uzoraka za mikrobiološka ispitivanja – negativni nalazi ne isključuju postojanje infekcije
- Ultrazvuk abdomena, radiografija pluća
- CT pluća/ paranazalnih šupljina

Terapijski postupci kod hematoonkoloških/transplantiranih bolesnika s febrilnoću

- Empirijska primena antimikrobne terapija
- Izbor lekova zavisi od lokalne epidemiloške situacije kao i podatka o antimikrobnoj profilaksi
 - cefalosporin III generacije + aminoglikozid
 - vankomicin/teikoplanin
 - meropenem
 - aciklovir/ganciklovir
 - amfotericin, vorikonazol, kaspofungin

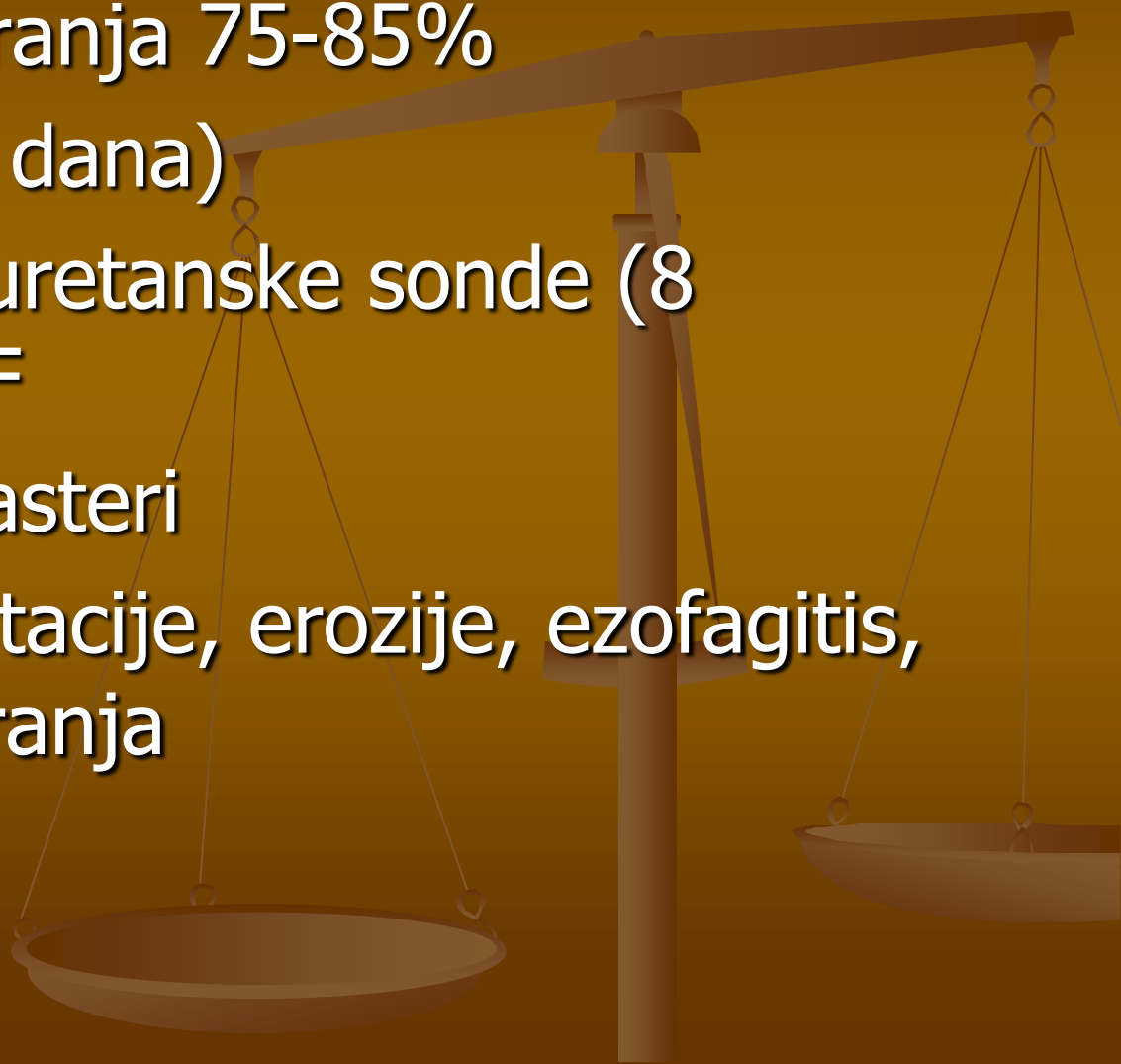
Radionica – Ishrana u palijativnom zbrinjavanju dece



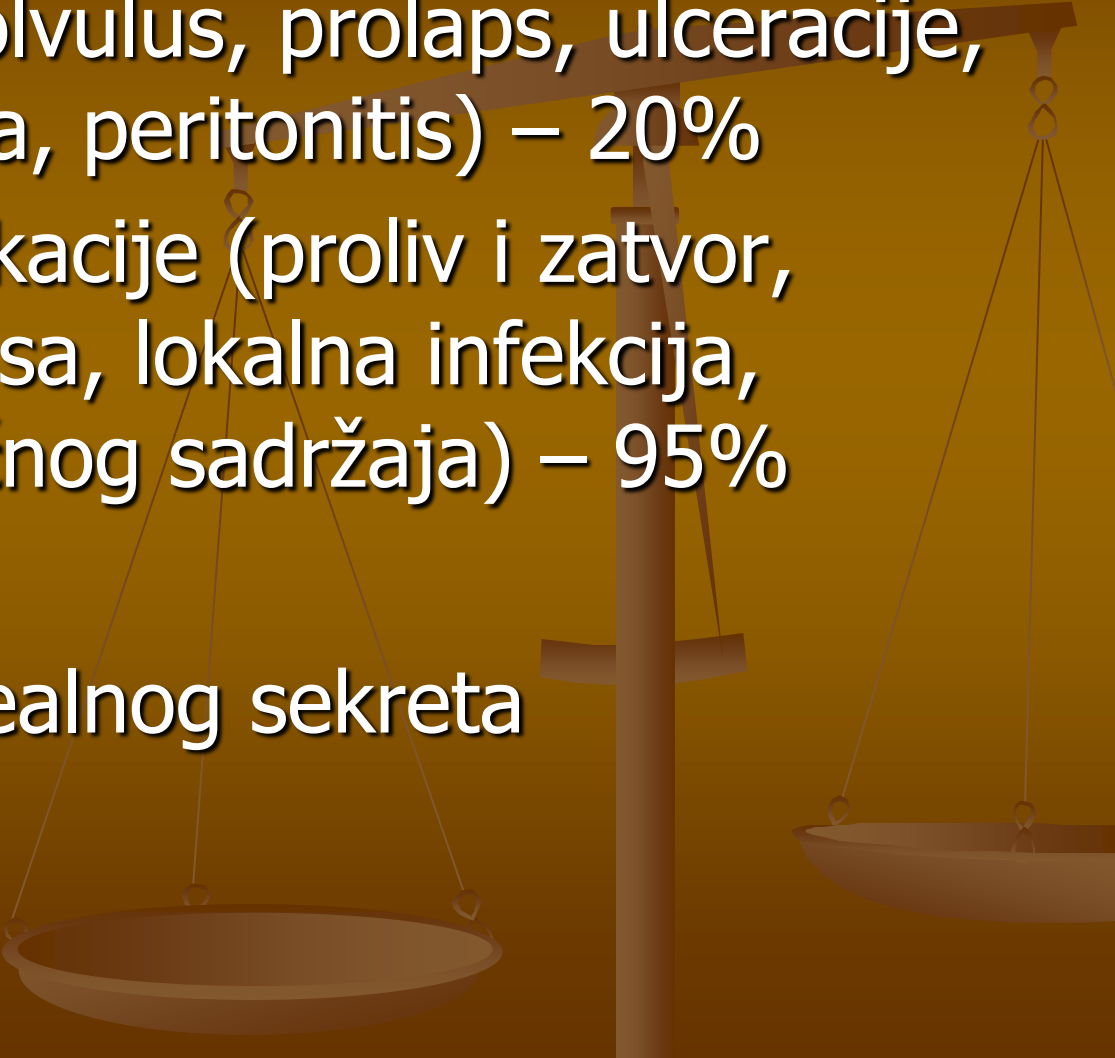
Goran Mitrović, Jelena Martić

Nazogastrična sonda

- Uspešnost plasiranja 75-85%
- PVC sonde (3-5 dana)
- Silikonske i poliuretanske sonde (8 nedelja) – 4-10F
- Hipoalergijski flasteri
- Komplikacije: iritacije, erozije, ezofagitis, strikture, pomaranja

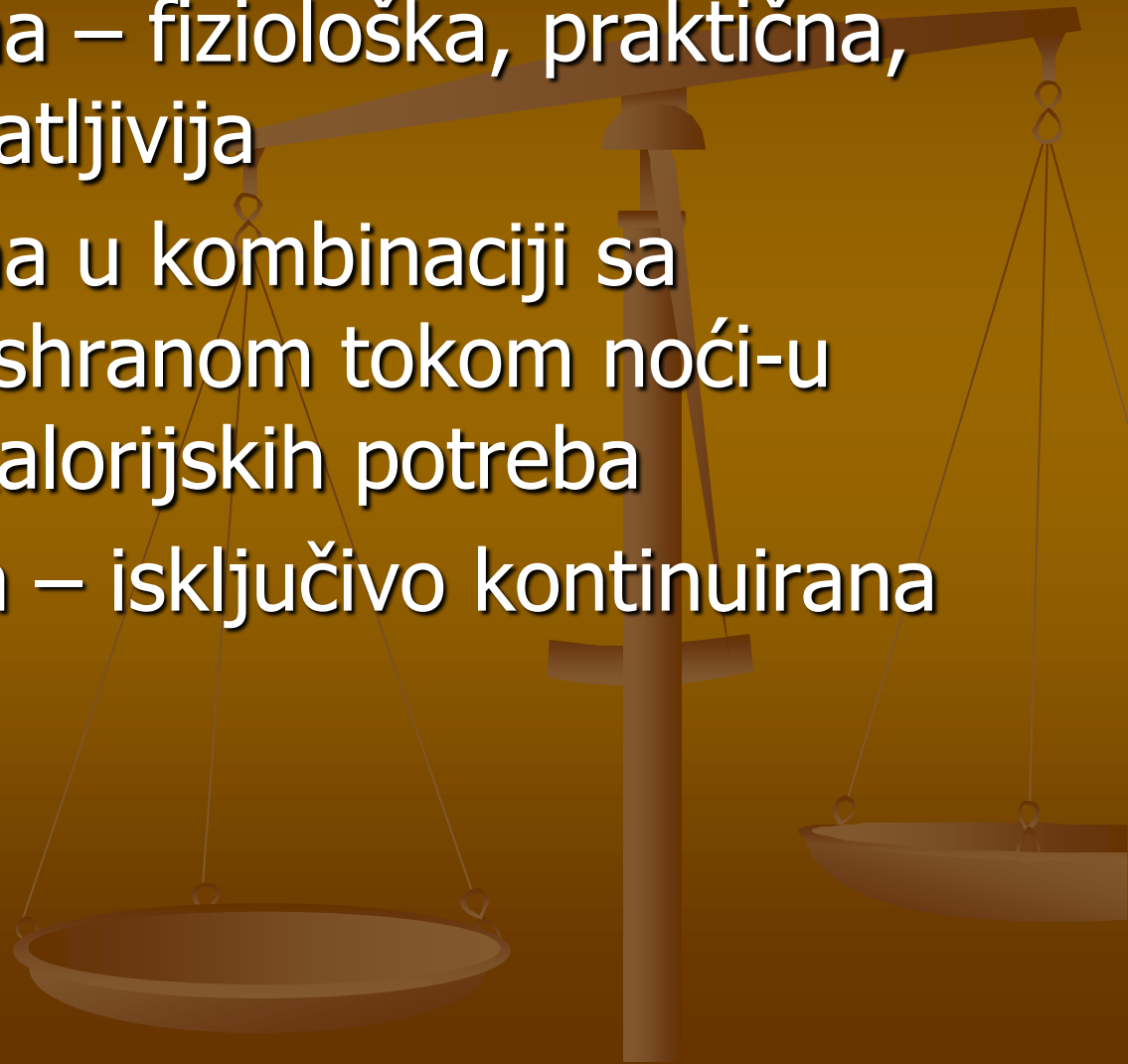


Mane PEG

- Komplikacije (volvulus, prolaps, ulceracije, opstrukcije creva, peritonitis) – 20%
 - Prolazne komplikacije (proliv i zatvor, opstrukcija tubusa, lokalna infekcija, izlivanje želudačnog sadržaja) – 95%
 - GER ?
 - Uloga orofaringealnog sekreta
- 

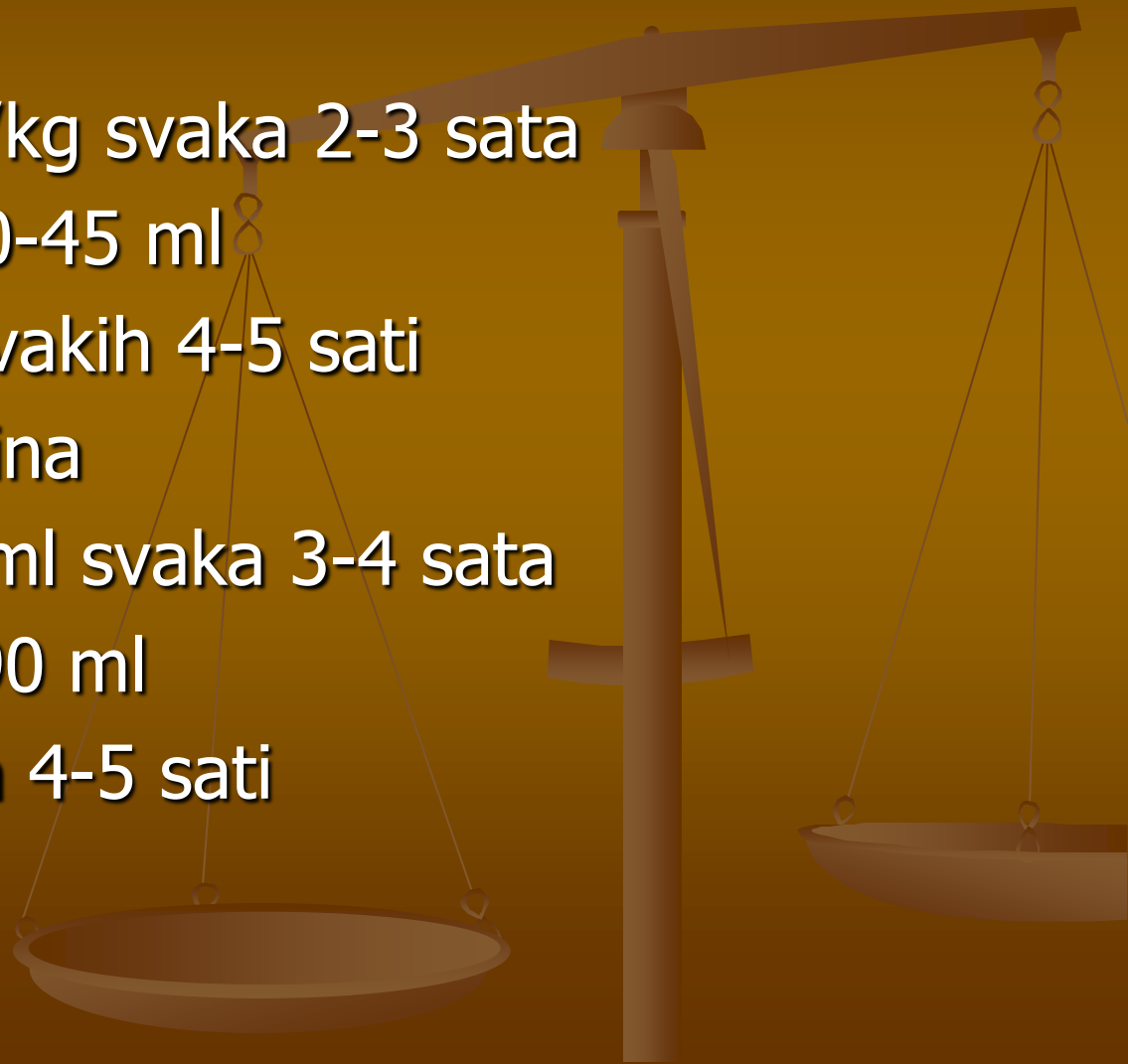
Režim enteralne ishrane

- Ishrana bolusima – fiziološka, praktična, generalno prihvatljivija
- Ishrana bolusima u kombinaciji sa kontinuiranom ishranom tokom noći-u slučaju velikih kalorijskih potreba
- Jejunalna sonda – isključivo kontinuirana ishrana



Sprovođenje enteralne ishrane bolusima

- Deca do 6 godina
 - Inicijalno 5-10 ml/kg svaka 2-3 sata
 - Povećavanje za 30-45 ml
 - Cilj 15-20 ml/kg svakih 4-5 sati
- Deca preko 6 godina
 - Inicijalno 90-120 ml svaka 3-4 sata
 - Povećanje za 60-90 ml
 - 330-480 ml svakih 4-5 sati



Preparati za enteralnu ishranu

- Standardna polimerna enteralna hrana
 - Kompletna izbalansirana hrana
 - Bez glutena i često bez laktoze
 - Izoosmolarna
 - Sa ili bez vlakana
 - Kalorijska gustina 1 kcal/ml, po potrebi 1,5-2 kcal/ml

