

PREVENCIJA RAZVOJA DEKUBITUSA KOD DECE NA PALIJATIVNOM ZBRINJAVANJU

Informativni vodič za decu na
palijativnom zbrinjvanju i lica koja brinu o njima



Izdavač

Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije, „Dr Vukan Čupić“

Za izdavača

Doc.dr Radoje Simić

Urednik izdanja

Marina Mutavdžić, dipl. med. sest

Recezentni izdanja

Prof. dr Mila Stajević

Prim mr sc. med Dragana Lozanović

Prim mr sc. med Nina Kuburović

Predgovor

Poštovani korisnici,

Ovaj vodič predstavlja sažet pregled preporuka za prevenciju (sprečavanje) i lečenje dekubitusa. Vodič je namenjen roditeljima kojima je potrebna brza informacija o nezi dece koja zahtevaju palijativno lečenje u kućnim uslovima i skup informacija u cilju upoznavanja sa ovom temom. Korisnici se ne bi smeli oslanjati samo na tekst vodiča već ukoliko postoji nedoumica u rešavanju problema kontaktirati Tim za palijativno zbrinjavanje dece u referentnim ustanovama.

Cilj ovih smernica je davanje preporuka za prevenciju i lečenje dekubitusa kojima bi se mogli služiti roditelji dece koja zahtevaju palijativno zbrinjavanje.

Blagovremeno i pravilno preduzete mere mogu da spreče nastanak dekubitusa. Preventivnim merama, dobrom negom i lečenjem, obolela deca se štite od bolova, patnje i ozbiljnog smanjenja kvaliteta života, a lica koja brinu o njima od dodatne nege. Kvalitetnom prevencijom mogu se dugoročno uštedeti značajna finansijska sredstva koja se izdvajaju za lečenje dekubitalnih rana u sistemu zdravstvene zaštite.

Čitajući ovaj vodič delimično ili u celini suočićete se sa jednom vrlo velikom i kompleksnom temom. Iako su mnoge informacije nove za vas i možda vam zvuče vrlo komplikovano, nemojte se obeshrabriti.

Nemojte misliti da samo vi imate taj problem i da ste sami i bez pomoći. Ova tema tiče se svih nas, ali se nažalost još uvek malo govori o tome. Kako bi vam pomogli u tome da na što lakši i bezbolniji način rešite neke od svojih nedoumica vezanih za ovu temu nadalje vas ohrabujemo da preuzmete odgovornost za sebe i negu vase dece koja zahtevaju palijativno zbrinjavanje.

Ukoliko vaša deca imaju rizik za nastanak rana od ležanja ili dekubitalnih ulkusa, možete u velikoj meri da doprinesete prevenciji tako što ćete učestvovati u nezi vašeg deteta. Važno je da se pravilno informišete o nastanku dekubitusa i sprovedete potrebne mere. Što se više prevencija dekubitusa kreativno uvodi u svakodnevicu, utoliko će biti lakše za sve.

Preporuka za roditelje ili lica koja brinu o deci na palijativnom zbrinjavanju je da prilikom nege treba da vode računa o sopstvenom zdravlju i da se upoznaju sa tehnikama kojima se štite leđa i sa uređajima koji olakšavaju rad.

Sve potrebne informacije o sprovođenju nege vašeg deteta treba da dobijete od zdravstvenih radnika koji je zadužen za palijativno zbrinjavanje vašeg deteta.

Ovaj vodič će vam poslužiti kao pomagalo u opštem informisanju vezano za nastanak dekubitusa, a za sve dileme u rešavanju ovog problem treba se obratiti Timu za palijativno zbrinjavanje u vašoj zdravstvenoj ustanovi.

SADRŽAJ

1 DEKUBITUS	3
2 KLASIFIKACIJA DEKUBITUSA.....	4
2.1 I kategorija: Eritem koji ne bleedi	4
2.2 II kategorija: Delimični gubitak kožnog tkiva.....	4
2.3 III kategorija: Potpuni gubitak kožnog tkiva.....	5
2.4 IV kategorija: Potpuni gubitak tkiva.....	5
2.5 Izvan klasifikacije: dubina nepoznata.....	6
2.6 Moguća duboka oštećenja tkiva: dubina nepoznata.....	6
3 PREVENCIJA DEKUBITUSA.....	7
3.1 Faktori rizika i procena rizika.....	7
3.2 Fizička pokretljivost.....	9
3.3 Inspekcija i nega kože.....	10
3.4 Okretanje i promena položaja.....	11
3.5 Ishrana.....	13
4 LITERATURA.....	15
5 REČNIK STRUČNIH REČI.....	16

1 DEKUBITUS

Stručni izraz dekubitus označava hroničnu ranu izazvanu silom pritiska. Pored toga, postoje i drugi faktori rizika koji su od velikog značaja pri nastanku dekubitusa.

Oštećenja usled pritiska mogu biti prouzrokovana od dušeka, nabora na čaršavu, obuće itd. Ako na određenom delu telu primenjen dugotrajni pritisak, koža i potkožno tkivo trpe. Zbog toga krv u tom delu ne može dovoljno da cirkuliše, tj. postoji smanjena prokrvljenost tkiva. Tkivo se nedovoljno snabdeva kiseonikom i hranljivim materijama i dolazi do oštećenja tog dela kože.

Sile smicanja nastaju ako dete prilikom sedenja usled gravitacije klizi na dole, dok koža ostaje u prvobitnom položaju, a potkožno tkivo se pomera. Ovo stanje može dovesti do istezanja ovih slojeva i do njihovog kidanja.

Dekubitus se može razviti na bilo kom delu tela. Posebno su ugroženi delovi tela poput krsne kosti, pete, zglobova kuka, potiljka ili lopatica. Pored toga, dekubitalni ulkus* ne nastaje samo na površini kože, on može da se razvije i u dubljim slojevima tkiva.

Slika 1. Mesta na telu izložena sili pritiska



2 KLASIFIKACIJA DEKUBITUSA

Dekubitus je lokalizovana povreda kože i/ili potkožnog tkiva, u ravni iznad izbočine kosti, nastala delovanjem pritiska ili zajedničkim delovanjem sila pritiska i smicanja. Nastanku dekubitusa pomaže i/ili pogoduje niz uzročnika čije delovanje i značaj se još moraju proučiti.

2.1 I kategorija: Eritem koji ne bleđi

Cela koža s lokalizovanim crvenilom koje ne bleđi, u ravni iznad izbočine kosti.

Na tamno pigmentisanoj koži nekad ne dolazi do vidljivog bleđila; boja takve kože može se razlikovati od okolne kože.

Područje može biti bolno, čvrsto, meko, toplije ili hladnije od okolnog tkiva.



I kategorija teže se otkriva kod pojedinaca s tamnom puti. Takve osobe mogu se smatrati rizičnima (nagoveštaj rizika).

2.2 II kategorija: Delimični gubitak kožnog tkiva

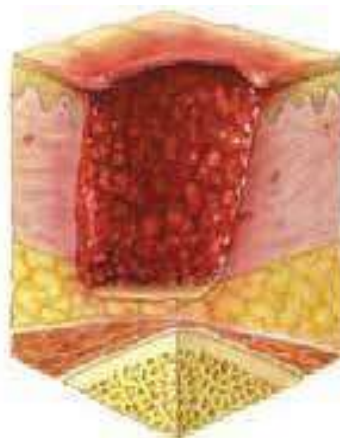
Delimičan gubitak kožnog tkiva koji se javlja u obliku plitke otvorene rane koja je crveno- ružičaste boje, bez fibrina*. Može izgledati kao zatvoren ili otvoren mehur ispunjen prozirnom seroznom tečnošću. Izgleda poput sjajne ili plitke suve rane bez fibrina i bez potkožnog krvarenja. Ova kategorija ne bi smela da se upotrebljava za opis dermabrazije (odrane kože), povreda od flastera, perinealnog dermatitis* (dermatitisa vezanog za inkontinenciju), maceracije (vlažne rane) ogrebotine (ekskorijaciju).



2.3 III kategorija: Potpuni gubitak kožnog tkiva

Potpuni gubitak kožnog tkiva. Potkožno masno tkivo može biti vidljivo, ali kost, tetive i mišići nisu izloženi. Fibrin može biti prisutan, a da pritom ne prekriva dubinu gubitka tkiva. Okolni delovi dekubita mogu biti izmenjeni ispod kože ali ne i vidljivi.

Dubina dekubitusa III kategorije zavisi od anatomske lokalizacije. Vrh nosa, ušne školjke, potiljak, koža na izbočini sa spoljne strane članaka, zglobova, nemaju potkožnog tkiva pa dekubitus III kategorije ovde može biti površinski. S druge strane, na područjima sa značajnim naslagama masnog tkiva mogu se razviti vrlo duboki dekubitusi III kategorije. Kost/tetive nisu vidljivi i ne palpiraju se direktno.



2.4 IV kategorija: Potpuni gubitak tkiva

Potpuni gubitak tkiva sa izlaganjem kostiju, tetiva i mišića spoljnjoj sredini. Mogu se pojaviti fibrinske naslage ili krasta u nekim delovima dna rane. Kao i kod prethodne kategorije može biti proširen ispod naizgled zdrave kože i neprimetan na prvi pogled. Dubina dekubitusa IV kategorije zavisi od anatomske lokalizacije. Vrh nosa, ušne

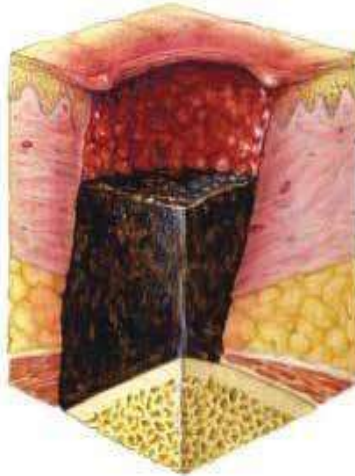
školjke, potiljak, koža na izbočini s spoljne strane potkolenice nemaju potkožnog tkiva pa ovde dekubitusi mogu biti površinski. Dekubitus IV kategorije može se proširiti na mišiće i/ili potporne strukture (npr. na ovojnici mišića, ligamente ili ovojnice zglobova) te može doći do razvoja osteomijelitisa*. Kosti/tetive su izloženi ili se direktno palpiraju.



2.5 Neklasifikovan : dubina nepoznata

Potpuni gubitak tkiva kod kojeg je dno dekubitusa potpuno prekriveno fibrinom (žutim, bež, sivim, zelenim ili smeđim) i/ili esharom (krastom bež, smeđom ili crnom) na dnu rane.

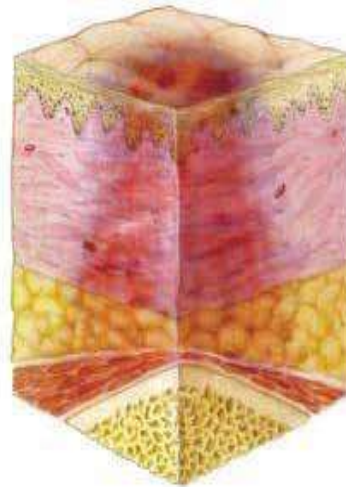
Dok se fibrin ili eshara ne uklone da bi postalo vidljivo dno rane, ne može se utvrditi stvarna dubina pa tako ni kategorija rane. Stabilna (suva, prijanjajuća, intaktna, bez crvenila ili odlepljivanja tkiva) eshara pete služi kao prirodan (biološki) omotač tela i ne treba se odvajati.



2.6 Moguća duboka oštećenja tkiva: dubina nepoznata

Ograničena zona purpurne ili smeđe-crvene boje s bledom netaknutom kožom ili mehurom krvavog sadržaja koja je posledica oštećenja pripadajućih donjih mekih tkiva usled pritiska i/ili smicanja. Tkiva u toj zoni mogu biti bolna, čvrsta, mekana, gipka, toplija ili hladnija od okolnih.

Oštećenja dubokih slojeva tkiva otežano se otkrivaju kod osoba tamnije kože. Rana se može razvijati pokrivaajući se tankim slojem nekroze. Moguć je dalji razvoj rane i nastanak tanke eshare. Dekubitus može naglo zahvatiti druge slojeve tkiva usprkos optimalnoj nezi.



3 PREVENCIJA DEKUBITUSA

3.1 Faktori rizika i procena rizika

Procena opšteg stanja bolesnog deteta je jedan od prvih koraka u početku lečenja dekubitusa. Mnoge faktore treba uzeti u obzir: fizičko i psihosocijalno stanje, prethodne medikamentozne terapije, stil života, nutricionistički status, eventualni prethodni dekubitusi, osećaj bola i eventualne komplikacije.

Pažnja je usmerena na sledeće faktore: sile trenja i smicanja, koje treba svesti na najmanju moguću meru, vlažnost kože, smanjenoj pokretljivosti i osetljivosti, problemu cirkulacije, mentalnom statusu, ishrani deteta, laboratorijskim nalazima krvi i urina, telesnoj tečnosti, inkontinenciji urina i stolice, psihološkim faktorima.

Procenu opšteg stanja deteta i upoznavanje sa njim i merama koje je neophodno sprovesti vrše zdravstveni radnici, kako u zdravstvenim ustanovama tako i na terenu. Vrše dalju edukaciju roditelja odnosno lica koja brinu o deci za sprovođenje nege u kućnim uslovima.

Na osnovu procene opšteg stanja bolesnog deteta lekar ili medicinska sestra/tehničar patronažne službe opaža, evidentira i edukuje roditelje u proceni :

- koliko dugo bolesno dete sedi ili leži,
- da li je ograničene pokretljivosti,
- da li je očuvan ili smanjen senzibilitet, gde i u kojim regijama tela,
- da li dobija lekove za sedaciju,
- da li je izražena dehidracija kod deteta,
- kolike su vrednosti krvnog pritiska,
- da li ima dijabetes ili probleme sa cirkulacijom,
- da li je inkontinentno,
- da li postoje znaci zapaljenja,
- da li se oseća neugodan miris iz dekubitalnih rana,
- podaci o napetosti, povišenoj temperaturi i crvenilu oko dekubitusa,
- da li postoje znaci psihičkih smetnji ili konfuzije.

Osobe koje neguju decu svakodnevnim pregledima kože su dužne da uoče promene na koži koje bi upućivale na početni razvoj dekubitusa- crvenilo kože koje nastaje nakon „testa pritiskom prsta“. Pozitivan test ukazuje na značajno oštećen gornji sloj kože. Test pritiskom prsta: taj (pocrveneli) deo kože nakon kratkog, čvrstog pritiska prstom ne postaje beo, već i dalje ostaje crven. Ovde postoji oštećenje odnosno dekubitus I stepena. Ukoliko koža opet dobije belu boju, onda je velika verovatnoća da još nije nastao dekubitus, ali se izričito preporučuje pažljivo posmatranje. Prvi znak već nastalog dekubitusa je postojanje crvenila kože koje ne prolazi. U ovoj kategoriji se moraju preduzeti hitne mere!

Samo jednostavnim rasterećenjem pogođenog dela kože može se sprečiti dalji razvoj dekubitusa! To znači da se dete mora postaviti u drugi sedeći ili ležeći položaj odnosno izmenjeni deo kože se mora rasteretiti. Rasterećenje, odnosno uklanjanje pritiska, znači da zahvaćeni deo kože ne naleže na podlogu (kost, dušek, tapacirung, obuću, ...). To se postiže promenom položaja ili postavljanjem antidekubitalnih pomagala u krevetu.

Edukaciju roditelja o promeni položaja tj. pozicioniranju deteta u krevetu sprovode zdravstveni radnici. Oni dele savete u pogledu promena položaja, potrebnih pomoćnih sredstava kao i ostalih mera koje roditelji mogu samostalno sprovoditi.

Faktori rizika za nastanak dekubitalnog ulkusa

Unutrašnji i spoljašnji faktori ukoliko su prisutni u dužem vremenskom periodu, pored primarnih uzroka kao što su sile pritiska i smicanja, u znatnoj meri doprinose nastanku dekubitusa.

	Unutrašnji faktori
1.	Smanjena pokretljivost
2.	Isušivanje kože i nakupljanje tečnosti u tkivima
3.	Nemogućnost kontrole mokraće i stolice (inkontinencija)
4.	Infekcije, druga teška oboljenja
5.	Vaskularna oboljenja
6.	Stanje svesti
7.	Starost

	Spoljašnji faktori
1.	Pritisak/smicanje/trenje
2.	Lekovi
3.	Vlaga
4.	Lična higijena
5.	Položaj ležanja i sedenja
6.	Pomoćna sredstva (korišćena neadekvatno ili pogrešno)
7.	Odeća, obuća

3.2 Fizička pokretljivost

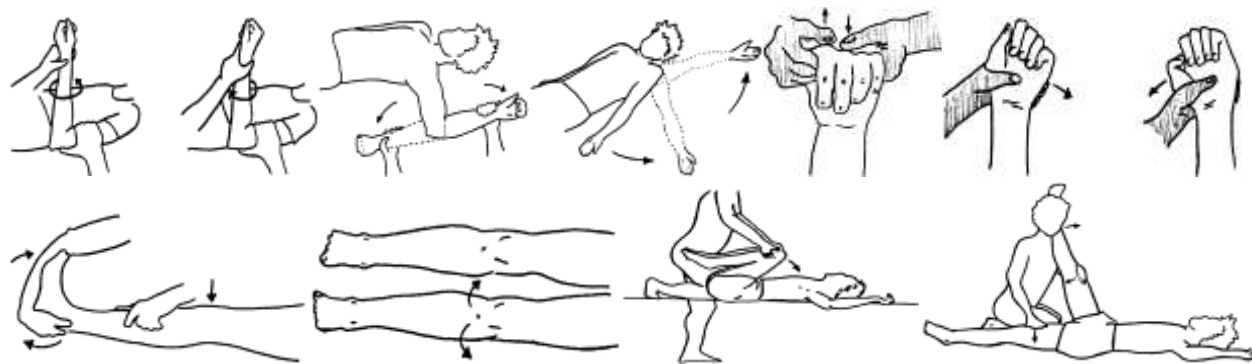
Bolesno dete koje zahteva palijativno zbrinjavanje kao propratni simptom osnovne bolesti ima ograničena samostalne pokretljivosti i zahteva nekada delimičnu, a vrlo često i potpunu pomoć osoba koje ga neguju. Očuvanje i unapređenje samostalnosti i pokretljivosti ima posebno značajnu ulogu u prevenciji dekubitalnog ulkusa.

Kod dece koja imaju ograničenu pokretljivost neophodno je da se zadrži uobičajeni redosled kretanja i da se redovno pokreću svi delovi tela i zglobovi.

Ukoliko se to ne radi, može doći do ukočenosti skočnog zgloba, takozvanog „konjskog stopala“. Ovo može biti izazvano sopstvenom težinom noge ili težinom ćebeta. Razvija se prinudni ispruženi položaj zgloba koji izgleda kao da osoba koja leži stoji na nožnim prstima. Posledica takve ukočenosti je da stopalo prilikom hodanja ne može više da se spusti kako je to slučaj kod normalnog koraka, što nepovoljno utiče na funkciju mišića nogu i otežava vensku i limfnu cirkulaciju.

Kako bi prevenirali pojavu ove komplikacije potrebno je očuvanje pokretljivosti stopala. Ukoliko to bolesno dete ne može samostalno tj. aktivno da radi, tada zglobove treba pasivno da pokreće osoba koja ga neguje. Da bi se stopala sačuvala od takvog ukočenog položaja usled ležanja, između nogu i kraja kreveta može se postaviti meki jastuk, čime se noge postavljaju u zdrav, uspravan položaj. Ova ukočenost (kontraktura) može pored stopala da zahvati svaki zglob koji se dugo ne pokreće. Za očuvanje pokretljivosti kao i za pomoć osobi koja pruža negu postoje brojna pomoćna sredstva. Za pravilno očuvanje pokretljivosti neophodno je savete i preporuke tražiti od fizioterapeuta ili radnog terapeuta.

Aktivne i pasivne vežbe održavaju tonus mišića, elastičnost zglobova kao i tonus krvnih sudova, stimulišu cirkulaciju što doprinosi oslobađanju tkiva od neishranjenosti ugroženog ili nagnječnog tkiva. Vežbama se preveniraju kontrakture zglobova i redukuje ukočenost muskulature.



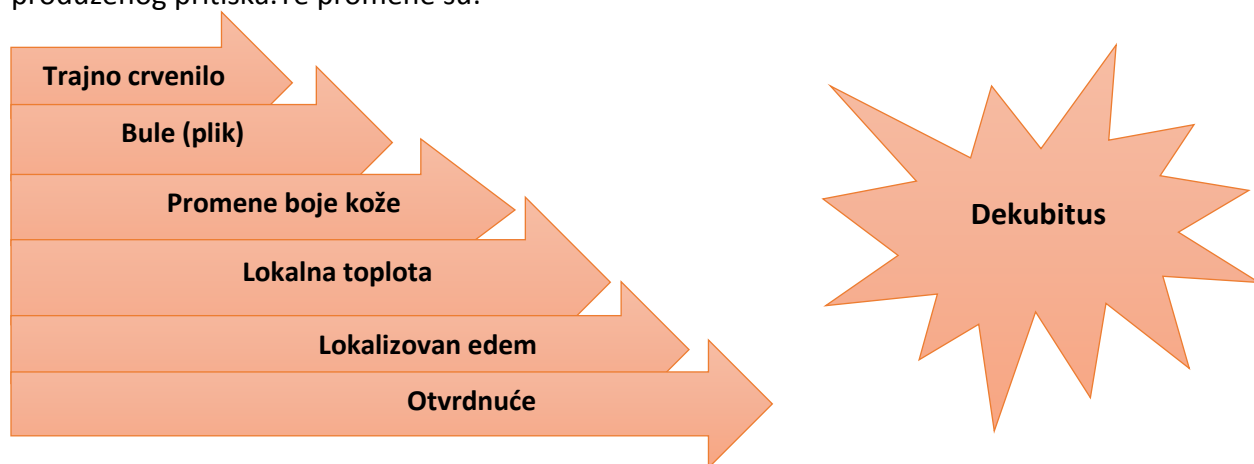
Slika 2. Aktivne i pasivne vežbe

Posebna pažnja kod dece koja su nepokretna se pridaje prevenciji i bezbednosti od padova pri nezi i pozicioniranju. Usled pada i nastalih povreda može doći do ograničavanja dotadašnje pokretljivosti, što zatim pogoduje nastanku dekubitalne rane. Ukoliko sposobnost rasuđivanja kod dece postoji potrebno ih je uputiti kako da se kreću, na pravilan način i tako sprečiti mogućnost povrede ali i smanjenja kretanja zbog straha od povrede. Osobama koje neguju nepokretnu decu savetujemo obaveznu proveru bezbednosti okoline pre pozicioniranja.

3.3 Inspekcija i nega kože

Redovnim pregledima najosetljivijih delova tela vrši se rano otkrivanje početnih oštećenja kože. Inspekciju kože treba vršiti redovno i to najmanje jednom dnevno, tako da pregled obuhvati što više predilekcionih mesta (Sl.1 Mesta izložena sili pritiska).

Pri inspekciji kože potrebno je znati sve stepene promena koje predstavljaju početne posledice produženog pritiska. Te promene su:



Nega kože treba da se rukovodi potrebama obolelog lica. Pritom je važno da se koži obezbedi vlažnost, jer suva koža važi kao faktor rizika za nastanak dekubitalne rane. Sadržaj masnoće proizvoda mora biti prilagođen koži. Treba izbegavati dezinfekciona sredstva ili utrljavanje alkohola koji doprinose isušivanju kože. Takođe se ne savetuju „masaže za cirkulaciju“, jer previše iritiraju kožu i javlja se negativan uticaj gore pomenutih sila smicanja.

Nemogućnost deteta da kontroliše mokrenje i pražnjenje creva višestruko povećavaju rizik za razvoj dekubitalnih rana. Ključni faktor je vlaženje kože mokraćom ili stolicom koje povećava rizik od maceracije i povređivanja. Preporučuje se pranje kože toplim, blagim rastvorom neutralnog sapuna, da se ne bi izazvalo preterano sušenje. Kod postojanja inkontinencije preporučuju se kreme i losioni koji imaju hranljiva svojstva i štite kožu.

Nega ruku i nogu mora se vršiti redovno, jer i previše dugi nokti i rožnata koža mogu da pritiskaju okolno tkivo i dovedu do nastanka dekubitalnih rana.

3.4 Okretanje i promena položaja

Okretanje i pozicioniranje u krevetu deteta koje zahteva palijativnu negu je jedna od najvažnijih mera prevencije nastanka dekubitusa. Okretanje ne sme biti po krutom vremenskom rasporedu, već se mora prilagoditi svakom detetu na osnovu njegovog opšteg stanja i rezultata inspekcije kože. Optimalno vreme između dva okretanja je 2 sata, ali ono može biti i kraće ili duže od tog perioda. Kako bi sprečili nastanak dekubitalnog ulkusa potrebno je da se smanji pritisak na posebno ugroženim delovima kože (npr. sedalni deo i pete) promenom ležećeg ili sedećeg položaja. Time se delovi kože delimično ili potpuno rasterećuju od pritiska.

30° bočni položaj: Bolesno dete se okreće za oko 30° na svoju desnu ili levu stranu. Potom se postavlja jedan veći jastuk u predelu leđa i sedalnog dela, a noge se dovode u mali koračni stav, pri čemu se gornja noga takođe postavlja na jastuk. Pritom treba voditi računa o tome da jastuk leži između nogu u predelu kolena i skočnog zgloba. Gornje stopalo pritom ne sme da visi nadole. Kostii se na tim mestima (koleno, skočni zglob, stopalo) nalaze ispod vrlo tankog sloja kože i stoga su posebno ugrožene. Umesto jastuka može se staviti i smotano čebe od glave naniže iza leđa i sedalnog dela između nogu. Pored toga, bolesnom detetu treba da bude udobno dok leži (Slika 3).



Slika 3. 30° bočni položaj



Slika 4. 60° bočni položaj



Slika 5. 70° sedeći položaj

60° bočni položaj: U ovom položaju bolesno dete se znatno više okreće u desnu ili levu stranu, levi ili desni bok i postavlja se na isti način kao i kod bočnog položaja od 30° (Slika 3). U ovom položaju treba voditi računa o posebno ugroženim delovima kože u predelu ramena i kukova kao i na kolena

i skočni zglob. Obavezna je kontrola stanja kože na kolenu i na skočnom zglobu koji se oslanja na dušek!

70° sedeći položaj: Bolesno dete (ako postoji medicinski krevet) stavlja se najpre u krevet visoko u smeru uzglavlja i ispod glutealnog nabora sedalnog dela, poprečno se postavlja mali jastuk ili smotano čebe. Tako se u velikoj meri izbegava klizanje nadole prilikom uspravljanja, što predupređuje pojavu sila smicanja. Zatim se postavlja naslon za leđa i uznožje kreveta. Povoljno je ako se ceo krevet postavi ukoso i ako se dovede u strmu ravan (uzglavlje gore, uznožje dole). Tako se za dete može postići udoban sedeći položaj (Slika 5). Ugrožena mesta na koži su u ovom slučaju pete koje se uz pomoć jastuka ispod listova postavljaju malo iznad dušeka („Prevenција konjskog stopala“). U ovom položaju postoji značajno povećan pritisak u sedalnom delu, jer ovde leži najveći deo težine. Zato nakon toga uvek treba proveriti kožu na sedalnom delu. Ovaj položaj se preporučuje za pojedine aktivnosti, ali ne bez kontrole kože i ne u trajanju od nekoliko sati!

Primer rasterećenja na peti (primena bočnog položaja):

Bolesno dete se okreće na stranu tako da peta leži slobodno ili se ispod lista noge stavlja jastučić i peta tada takođe leži slobodno. Voditi računa da pomoćna sredstva- dekubitalna pomagala koja se upotrebljavaju zbog pritiska ne dovedu do ugrožavanja kože na drugim mestima.

3.5 Ishrana

Prekomerna i premala telesna težina mogu da predstavljaju veliki rizik za nastanak dekubitusa, dok deca sa normalnom težinom su u znatno manjem riziku. Neophodno je poštovati preporuke lekara nutricioniste i ishranu uravnotežiti radi obezbeđivanja odgovarajućeg kalorijskog unosa da bi pokrila potrebe za kalorijama.

Kod dece koja su u mogućnosti da samostalno i na bezbedan način uzimaju obroke treba omogućiti peroralnu ishranu. Neophodno je usmeriti pažnju na poboljšanje oromotornih veština (žvakanja) i adekvatno pozicioniranje deteta tokom i posle obroka. Individualno proceniti odgovarajuću gustinu obroka i maksimalno povećati kalorijsku vrednost obroka. Obratiti pažnju na adekvatan unos vlakana. Nedovoljan i nebezbedan unos obroka, nemogućnost postizanja adekvatnog nutritivnog statusa, dugotrajno hranjenje duže od šest časova dnevno su indikacije za ishranu putem nazogastrične sonde.

Ukoliko je potreba za ishranom putem nazogastrične sonde duža od tri meseca, razmatra se izvođenje perkutane endoskopske gastrostomije (PEG). Ovaj način hranjenja omogućava i

sprovođenje ishrane tokom noći i adekvatniji unos energije ukoliko je dete u infekciji. Nema dokaza da ishrana putem gastrostome povećava mogućnost za razvoj respiratorne bolesti. Ako je prisutan gastroezofagealni refluks neophodno je hranjenje istovremeno sa izvođenjem PEGa.

Ukoliko se kod dece sprovodi enteralni unos hrane za uzrast do 6 godina iznosi 5-10 ml/kg na 2-3h, a za uzrast preko 6 godina iznosi 90-120 ml na 3-4h.

Sprovođenjem sledećih mera u ishrani mogu se postići uspešni rezultati u prevenciji kao i kod lečenja:

- Stvoriti prijatnu atmosferu za jelo, dati omiljena, lako svarljiva jela, probuditi sećanja o omiljenim jelima.
- Ponuditi češće a manje obroke, ponuditi napitke u malim čašama ili šoljama.
- Skinuti sa jelovnika nepoznata jela i jela koja se teško vare (npr. mahunarke, salatu ili voće u večernjim satima, masna jela...).
- Kombinovati povrće sa sosovima ili sirom, ponuditi voće kao kompot ili kombinovati sa jogurtom.
- Dozvoliti slatke međuobroke (npr. kolač, čokoladu, dezert), i u slučaju šećerne bolesti dozvoliti male porcije, i ove staviti u plan terapije!
- Unos belančevina u obliku mesa ili mlečnih proizvoda (npr. jogurt, sir...).
- Dezerte i supe dodatno pojačati kalorijama – koristiti krem ili šlag.

Ukoliko ovim i sličnim merama ne mogu da se dostignu potrebe za hranljivim materijama i unos tečnosti, onda treba blagovremeno razmisliti o dodacima ishrani (nutritivni suplementi) o kojima će vas informisati vaš lekar nutricionista.

4 LITERATURA

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.
2. www.apupa.at
3. APUPA - Austrian Pressure Ulcer Prevention Association; 2011
4. Stručno-metodološko uputstvo za sprovođenje nacionalog programa za palijativno zbrinjavanje dece u Republici Srbiji; Prilozi: Procena, prevencija, preventivne mere i nega dece sa dekubitusima; Beograd; 2020
5. Zdravstvena nega u hirurgiji. Negra Terzić. Finegraf; Beograd; 2013.

5 REČNIK STRUČNIH REČI

- ***Ulceracije**- zagnojavanje, izbijanje čira, obrazovanje čira, čir, oštećenje kože
- ***Fibrin**- protein nastao dejstvom trombina i fibrinogena pri zgrušavanju krvi
- ***Ekhimoza**- izliv krvi u tkivo, modrica, ukazuje na moguću povredu dubokog tkiva
- ***Dermabrazije**- izjednačavanje neravnih površina kože putem pažljivog odstranjivanja njenih površinskih slojeva
- ***Perinealni dermatitis**- promena na koži usled prevelikog vlaženja i delovanja hemikalija iz urina i stolice
- ***Maceracija**- stanje kože koje se javlja kada je tečnost ili vlaga u kontaktu sa kožom duži vremenski period, omekšava, postaje bela i mokra, i može se lakše inficirati bakterijama ili gljivama
- ***Eschar- crna krasta**-deo mrtvog tkiva, nastaje kao posledica gangrenoznih promena u koži zbog smanjenog priliva kiseonika u tkiva
- ***Nekroza**- naziv je za patološki proces koji se karakteriše preranom smrću ćelija u tkivu ili organu
- ***Nutricija**- hranjenje, ishranjivanje
- ***Inkontinencija**- nemogućnost zadržavanja neke prirodne potrebe, npr. mokraće
- ***Kontraktura**- ukočenost jednog dela tela usled skraćivanja mišića, tetiva i tkiva
- ***Ishemija**- je stanje u organizmu izazvano lokalnim prekidom krvotoka, u kojem pojedina tkiva ne primaju dovoljnu količinu kiseonika iz krvi zbog narušene cirkulacije u krvnim sudovima koji ih ishranjuju
- ***Tonus**- normalno stanje napetosti organa čovečjeg tela, naročito mišića