

Projekat Ministarstva zdravlja Republike Srbije
„ Implementacija Nacionalnog programa za palijativno zbrinjavanje dece u
Republici Srbiji“



Nacionalni seminar I kategorije

**„MULTIDISCIPLINARNI PRISTUP U
PALIJATIVNOM ZBRINJAVANJU DECE
SA NEIZLEČIVIM BOLESTIMA“**

- *Knjiga sažetaka* -

Beograd, januar 2026.

MULTIDISCIPLINARNI PRISTUP U PALIJATIVNOM ZBRINJAVANJU DECE SA NEIZLEČIVIM BOLESTIMA

Palijativno zbrinjavanje dece je multidisciplinarni i timski zadatak, čije se sprovođenje najčešće započinje, na različite načine, od trenutka postavljanja dijagnoze. Shodno tome, palijativno zbrinjavanje treba obezbediti tokom celokupnog trajanja lečenja, uz podršku porodici.

Palijativno zbrinjavanje se može sprovoditi na svim nivoima zdravstvene zaštite. Od medicinskog tima se očekuje da može pružiti odgovarajuću palijativnu negu u svim socioekonomskim i medicinskim okolnostima.

Jedna od osnovnih postavki sprovođenja palijativne nege je da se postupci odvijaju u okruženju koje je detetu blisko, pre svega u kućnim uslovima. Ipak, u nekim okolnostima, određeni terapijski postupci se mogu sprovesti samo u hospitalnim uslovima.

Veoma važan segment palijativnog zbrinjavanja iz oblasti komunikologije biće prenet učesnicima seminara kao posebna tematska celina.

Pored uobičajenih i poznatih tema (sprovođenje simptomatske terapiju i pružanje psihološke podrške) na ovogodišnjem seminaru biće iznete teme o bolestima i stanjima koja često nisu po sebi uzrok smrtnog ishoda, ali znatno narušavaju kvalitet života i ne mogu da se potpuno saniraju ili izleče (cerebralna paraliza, ahondroplzija).

Nedoumice vezane za tumačenje zakonske regulative kojima su regulisana prava bolesnika i njihovih porodica, po prvi put će na ovom seminaru biti izneta kao posebna tematska celina.

Seminar je organizovan sa ciljem da timovi za palijativno zbrinjavanje savladaju preporuke i smernice u zbrinjavanju dece u sekundarnim, primarnim zdravstvenim ustanovama kao i kućnoj nezi.

Koordinator projekta Ministarstva zdravlja Republike Srbije

„ Implementacija Nacionalnog programa za palijativno zbrinjavanje dece u Republici Srbiji“

Prof.dr Miloš Kuzmanović

Retkim bolestima se smatraju stanja sa učestalošću manjom od 1:2000 u opštoj populaciji, a približno 80% ima jasnu genetičku etiologiju. Uspešna dijagnostika zavisi od kliničkog iskustva, ali i od dostupnosti laboratorijskih, a posebno genetičkih metoda. Napredak u genomici je omogućio identifikaciju uzroka kod većine pacijenata, čime je skraćena dijagnostička odiseja. Rano prepoznavanje, odnosno postavljanje precizne dijagnoze je ključni preduslov planiranja terapije, genetičkog savetovanja i unapređenja kvaliteta života pacijenata i porodica.

1. Marwaha S, Knowles JW, Ashley EA. A guide for the diagnosis of rare and undiagnosed disease: beyond the exome. *Genome Med.* 2022 Feb 28;14(1):23.
2. Phillips C, Parkinson A, Namsrai T, Chalmers A, Dews C, Gregory D, Kelly E, Lowe C, Desborough J. Time to diagnosis for a rare disease: managing medical uncertainty. A qualitative study. *Orphanet J Rare Dis.* 2024 Aug 14;19(1):297.

CEREBRALNA PARALIZA

Cerebralna paraliza (CP) predstavlja grupu neuroloških poremećaja koji koji se javljaju u ranom uzrastu sa trajnim oštećenjem mišićne koordinacije i pokreta tela. CP je uzrokovana oštećenjem ili abnormalnošću mozga u razvoju koji onemogućava sposobnost mozga da kontroliše pokret, održavanje stava tela i ravnoteže. Kod dece sa cerebralnom paralizom postoje brojni udruženi poremećaji od strane centralnog nervnog sistema, ali i drugih kao što je respiratorni, gastrointestinalni, ortopedski, psihološki i dr. Zbog toga je u lečenju ove dece neophodan multidisciplinarni pristup.

1. Patel D, Bovid K, Rausch R, et al. Cerebral palsy in children: A clinical practice review, *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 2024; 54: 101673.
2. Srivastava S, Koh H, Smith L, Poduri A, El Achkar C, Bergin A, et al. Cerebral Palsy Phenotypes in Genetic Epilepsies. *Pediatric Neurology* 2024; 157: 79-86.
3. Thys L, Beysen D, Ceulemans B, Kenis S, Dielman C, Roelens F, et al. The Genetic Puzzle of Cerebral Palsy: Results of a Monocentric Study. *Pediatric Neurology* 2024; 161:1-8.
4. Saranti A, Dragoumi P, Papavasiliou A, et al. Current approach to cerebral palsy. *Eur J Paediatr Neurol* 2024; 51:49-57.

FIZIJATRIJSKO LEČENJE DECE SA CEREBRALNOM PARALIZOM

Prim. dr Nataša Vlahović

Cerebralna paraliza je jedna od najčešćih razvojnih invaliditeta. Obuhvata poremećaj pokreta koji pogađaju dvoje do troje od hiljadu živorođene dece. Postoji više kategorija cerebralne paralize, koje uključuju spastičnost, diskineziju, ataksiju ili mešoviti tip. Fizikalna terapija igra ključnu ulogu u lečenju cerebralna paraliza. Ciljevi fizikalne terapije kod cerebralna paraliza su sledeći: olakšavanje učešća deteta u svakodnevnim aktivnostima, dostizanje maksimalnog potencijala za fizičku samostalnost, poboljšanje fizičke kondicije deteta kao i poboljšanje kvaliteta života deteta. Fizikalna terapija za decu sa cerebralnom paralizom treba biti rano započeta, individualizovana i ciljno-orijentisana.

1. Patel D, Bovid K, Rausch R, et al. *Cerebral palsy in children: A clinical practice review, Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 2024; 54: 101673.*

ORTOPEDSKO LEČENJE DECE SA CEREBRALNOM PARALIZOM

Klin. asist. dr Zoran Paunović

Cerebralna paraliza predstavlja grupu permanentnih neurorazvojnih poremećaja koji potiču iz perioda najranijeg detinjstva, od rođenja i traju kroz ceo život. Kod ove dece postoji različiti dijapazon poremećaja od motoričkih do senzornih poremećaja gutanja, sluha, salivacije, kao i poremećaj funkcije unutrašnjih organa i sistema.

Lečenje ove dece je kompleksno i predstavlja težak zadatak za pedijatra, fizijatra i ortopeda. Ortopedsko lečenje podrazumeva neoperativno i operativno lečenje ovih pacijenata.

U neoperativno lečenje spadaju ortotisanje, pozicioniranje kao i primenu Botulinum toksina.

U operativno lečenje spadaju niz operativnih postupaka, uglavnom na ekstremitetima radi uspostavljanja što pravilnijeg hoda i držanja kao i održavanja higijene i funkcije tela.

1. *The orthopaedic aspect of spastic cerebral palsy Skoutelis VC, Kanellopoulos AD, Kontogeorgakos VA, Dinopoulos A, Papagelopoulos P.J. ORTOP.2020 Nov 2;22:553-558*

Perinatalno palijativno zbrinjavanje (PPZ) pored pre ili postnatalno dijagnostikovanih letalnih poremećaja, obuhvata i stanja granične gestacije za verovatnošću preživljavanja ("perivijabilna gestacija"), kao i terminalne stadijume različitih patoloških stanja kada su izostali efekti svih prethodnih terapijskih postupaka. Jedan od najvažnijih elemenata PZ u neonatologiji je komunikacija sa roditeljima, koju karakteriše ne samo informisanje roditelja o svim aspektima lečenja uz iskazivanje empatije, već i prihvatanje njihovog stava u donošenju odluke o daljim postupcima.

1. Germana C, Miranda F, Carvalho C. *Communication in a Neonatal Intensive Care Setting: 10-Step Approach. Acta Med Port* 2022; 35(5):316-9.

ULOGA PSIHOLOGA KADA JE U PITANJU PALIJATIVNA NEGA – RAD SA DECOM I MLADIMA I NJIHOVIM RODITELJIMA

Vukašin Čobeljić, spec. med. psiholog

U radu je prikazano koja je uloga psihologa u multidisciplinarnom timu, odnosno važnost procesa komunikacije u odnosu sa decom različitog uzrasta, kao i sa njihovim roditeljima. Kroz primere iz prakse, date su smernice na koje sve načine je moguće pristupiti oboleloj deci i članovima njihovih porodica, kada je u pitanju palijativno zbrinjavanje. Pored primera dobre prakse, navedeni su i primeri loše prakse, odnosno šta treba izbegavati u svakodnevnom radu. Takođe su date smernice kako raditi sa roditeljima nakon gubitka deteta, odnosno koje vrste podrške oni mogu da dobiju.

1. Bojanin S, Popović Deušić S. *Psihijatrija razvojnog doba. Institut za mentalno zdravlje, 2012.*

2. Jašović Gašić M, Lečić Toševski D. *Psihijatrija (udžbenik za studente medicine). Univerzitet u Beogradu Medicinski Fakultet, 2014.*

Izazovi porodica koje se nalaze u životnom trenutku kada je potrebna palijativna nega su različiti, a usmereni su prvenstveno na nedostatak informacija, veću podršku sistema i olakšavanje pristupa palijativnoj nezi. Dominira i strah traženja ove vrste pomoći zbog nerazumevanja samog koncepta što dovodi do dodatnih kriznih situacija, uz značajan finansijski teret sa kojim se suočavaju i pacijenti i porodica. Neophodan uslov za ostvarivanje palijativne zaštite je partnerstvo između pacijenta, zdravstvenih radnika, porodice i sistema.

Angažovanje socijalnog radnika u pedijatrijskoj ustanovi, zasniva se na domen socijalne zaštite, pravnih intervencija, psiho-socijalnog savetovanja i predstavlja pomoć porodici u ostvarivanju prava koja imaju, iz oblasti zdravstvene, socijalne zaštite i umrežavanja u sisteme ustanova u lokalnoj zajednici. Fokus je na porodičnim problemima i teškoćama u funkcionisanju koji su nastali kao rezultat bolesti, a utiču na pacijenta i njegovu porodicu, socijalnu mrežu i lokalnu zajednicu. Ciljevi delovanja socijalnog radnika jesu podrška u prihvatanju bolesti, reorganizaciji funkcionisanja i jačanju kapaciteta da se dete i porodica adaptiraju na brojne izazove koje ozbiljna najšestće hronična i neizlečiva bolest i lečenje nose, kao informisanje i pomoć u ostvarivanju svojih zakonskih prava. Koristi se zakonska regulativa, medicinska dokumentacija, socijalna anamneza pacijenta i porodice, protokoli rada i reference iz literature. Rezultati rada se tiču kvaliteta života deteta i porodice, primenom metoda i tehnika socijalnog rada uz podršku društvene zajednice i sistema.

Cilj edukacije je da upozna zdravstvene radnike i saradnike o ulozi i značaju socijalnog rada u pedijatrijskoj ustanovi, teškoćama i ograničenjima sa kojima se porodica susreće, ali i mogućnostima i značaju implementacije socijalne zaštite u zdravstveni sistem.

1. *Socijalni rad u obrazovanju i zdravstvu, FPN, Beograd, 2013*
2. *Socijalni rad u zajednici FPN, M. Brkić, M. Milosavljević Beograd, 2005*
3. *Zakon o socijalnoj zaštiti*
4. *Zakon o zdravstvenom osiguranju*
5. *Zakon o doprinosima za obavezno socijalno osiguranje*
6. *Zakon o finansijskoj podršci porodici sa decom*

Maligne bolesti u pedijatrijskom uzrastu čine do 2% svih pacijenata obolelih od raka. U nedostatku nacionalnog registra za maligne bolesnike, oslanjajući se na podatke centara koji se bave dijagnostikom i lečenjem pedijatrijskih malignih bolesti, procenjuje se da u Srbiji godišnje od raka oboli do 250 dece. Uvođenje precizne dijagnostike i primena savremenih modaliteta lečenja dovele su do ukupnog preživljavanja od 85% obolelih u pedijatrijskom uzrastu. Rezistentni klonovi (u inicijalnom lečenju ili recidivu bolesti), retki podtipovi maligniteta, toksične komplikacije, predisponirajuća stanja za razvoj raka i sekundarni maligniteti uzrok su smrtnosti u dečjoj populaciji. Maligne bolesti su drugi po redosledu uzrok smrti među decom starijom od godinu dana i čine oko 15% od svih letalnih ishoda u pedijatrijskoj populaciji. Procenjuje se da od sve dece kod koje se primenjuje palijativna nega, oko 5% čine pedijatrijski pacijenti u terminalnoj fazi maligne bolesti. Najveća smrtnost je u grupi dece obolele od tumora centralnog nervnog sistema (CNS-a, multiformni glioblastom i difuzni intrinzični gliom ponsa), recidiva akutne mijeloidne leukemije (AML) ili akutne limfoblastne leukemije (ALL), pogotovo nakon transplantacije matičnim ćelijama hematopoeze (TMČH), kongenitalnih leukemija ili odmaklih stadijuma solidnih tumora (neuroblastom – NB, alveolarni metastatski rhabdomyosarkom – RMS). Terminalna faza podrazumeva momenat kada je smrtni ishod izvestan, jer ne postoji način da se dete izleči, a dužina života je neizvesna (može trajati danima ili mesecima). Taj momenat je izuzetno delikatan, kako za pacijenta, porodicu, tako i za medicinsko osoblje. Prekid kurativnog lečenja ne podrazumeva prekid svakog vida terapije: brojna su stanja koja zahtevaju različite postupke, čiji je primarni cilj da reše simptome i znake bolesti koji najviše ometaju kvalitet života. Čak su i nisko dozna, najčešće peroralna, hemioterapija i palijativna radioterapija terapijski modaliteti u terminalnoj fazi lečenja. Izuzetno je važna terapija bola i smanjivanje anksioznosti kod starije dece, koja su svesna situacije. Psiho-socijalna podrška i mogućnost da se terminalna faza ostvari u kućnim uslovima, u poznatom okruženju, kada je dete okruženo najbližima, uz saradnju sa timom iz tercijarnog zdravstvenog centra je snažna preporuka, zasnovana na brojnim multicentričnim internacionalnim studijama.

1. „Just let me go“; When suicidal ideation and goals of care collide in adolescent cancer at the end of life. Lucas B, Friend B, Jarrell JA, Kentor R. *Pediatr Blood Cancer*. 2024;71(6):e30893.
2. Choice of Place of the Death of Children with Cancer during End-of-Life Care – Parent’s Perspectives in a Developing Country. Sneha L, Narasimhan S, Scott JX, Shuba S, Rajakumar PS, Rani A. *Indian J Palliat Care*. 2023;29(4):407-411.

Palijativno zbrinjavanje se može sprovoditi u svim ustanovama zdravstvene zaštite, od primarne do tercijarne zdravstvene zaštite. Od svih zdravstvenih radnika očekuje se da mogu pružiti odgovarajuću palijativnu negu, te stoga moraju biti obučeni za pružanje nege na najvišem nivou kako bi se zadovoljile sve potrebe bolesne dece njihovih porodica, bez obzira na osnovnu dijagnozu bolesti. Saradnja je važna u svim oblastima medicine i života, ali je posebno značajna u palijativnom zbrinjavanju, s obzirom na to da deca/porodice imaju različite potrebe, prolaze kroz različite faze bolesti, pa je uobičajeno uključivanje mnogo stručnjaka iz različitih oblasti.

Kako bi se osigurao kontinuitet pružanja palijativne nege između različitih bolničkih službi i mesta pružanja palijativne nege, neophodno je odrediti specifične uloge članova multidisciplinarnog tima koji u tome učestvuje kao i edukaciju drugih profesionalaca. Jedan tim za palijativno zbrinjavanje pomaže pojedinoj deci/porodicama, a dobro razvijena mreža timova/službi za palijativno zbrinjavanje pomaže celokupnoj populaciji.

Timski rad je sastavni deo filozofije palijativnog zbrinjavanja dece od samog početka. Holističko palijativno zbrinjavanje pružaju multidisciplinarni timovi, pri čemu su dete i njegova porodica ključni članovi tima. Sastav timova varira, zavisno od konkretnih potreba pacijenta u datom trenutku. Većinu timova čine lekari, medicinske sestre/tehničai, fizioterapeuti, socijalni radnik, psiholog i volonteri. Ostali stručnjaci se uključuju kada zatreba njihova ekspertiza. Na samom početku zbrinjavanja, dok je prisutan manji broj simptoma, osnovni tim je obično u stanju da ih drži pod kontrolom. Kako se bliži smrt pacijenta, javljaju se složeniji simptomi i komplikovanja psihološka, duhovna i etička pitanja.

1. *Cosimo C, Daniele M, Paola M, Francesca F and Cesare V. Needs, status and future directions in palliative care for children with cancer: an insight into the Italian situation. Front. Oncol 2025;16:15.*
2. *Benini F, Avagnina I, Giacomelli L, Papa S, Mercante A, Perilongo G. Pediatric palliative care in oncology: basic principles. Cancers (Basel). (2022) 14:1972.*

Skeletne displazije čine heterogenu grupu retkih poremećaja kostiju i hrskavice koji nose rizik od teških deformiteta, hroničnog bola, sistemskih komplikacija i smanjenog kvaliteta života. U pojedinim oblicima ishod je letalan u najranijem uzrastu, dok kod hroničnih formi dominira dugotrajna invalidnost i potreba za stalnom podrškom. Prikaz modela sveobuhvatne, palijativno orijentisane brige, zasnovan na kontinuiranom praćenju i anticipatornom delovanju, koji se prilagođava različitim fazama života deteta i odrasle osobe sa skeletnom displazijom.

Okvir nege:

- U neonatalnom i odojačkom periodu naglasak je na etičkoj podršci porodici i humanom zbrinjavanju letalnih formi.
- U detinjstvu i adolescenciji ključne su redovne procene bola, rasta, respiratorne funkcije i deformiteta, kao i uključivanje rehabilitacije i psihosocijalne podrške.
- U tranziciji ka odraslom dobu od posebnog značaja je kontinuitet nege, uključujući planiranje ortopedskih i respiratornih intervencija, genetsko savetovanje i očuvanje samostalnosti.

Palijativna nega u skeletnim displazijama nije ograničena na kraj života, već obuhvata čitav životni tok. Multidisciplinarni tim koji prepoznaje specifične potrebe i pravovremeno reaguje omogućava očuvanje funkcionalnih kapaciteta, smanjenje patnje i dostojanstven život dece i odraslih sa ovim retkim poremećajima.

1. Nijhuis WH, Verhoef M, Sackers RJB. *Life span care for patients with skeletal dysplasia: A roadmap. Morphologie.* 2023;107(359):141–9.

2. Bertaud S, Brightley G, Crowley N, Craig F, Wilkinson D. *Specialist perinatal palliative care: a retrospective review of antenatal referrals to a children's palliative care service over 14 years. BMC Palliat Care.* 2023;22(1):177.

Klinička procena bola podrazumeva: uzimanje detaljne anamneze, fizikalni pregled, uključujući i neurološki pregled radi procene funkcionalnog oštećenja i psihosocijalne evaluacije i procenu bola korišćenjem kliničkih skala, kao i dodatna ispitivanja za procenu bola. Bol se može procenjivati samoprocenom subjektivnog doživljaja, rangiranjem bola prema skali i izražavanjem bola brojčanom ili opisnom jedinicom. Procena bola kod dece je uslovljena uzrastom, razvojnom fazom, mogućnošću deteta da prepozna bol i prethodnog iskustva sa bolom.

Klinička procena bola podrazumeva:

❖ *uzimanje detaljne anamneze o:*

- lokalizaciji, širenju, kvalitetu i jačini bola,
- faktorima koji ga pojačavaju ili ublažavaju,
- ponašanju bola u vremenu, postojanju tzv. „proboja bola“,
- prethodnoj terapiji bola: lekovima, dozama, načinu primene, šemi davanja, efikasnosti i neželjenim dejstvima,
- psihosocijalnom statusu bolesnika

❖ *fizikalni pregled, uključujući i neurološki pregled:*

- procena funkcionalnog oštećenja i psihosocijalna procena.

U kliničkoj praksi je ustaljena upotreba sledećih standardizovanih metoda i skala za procenu bola:

- NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) skala se koristi za određivanje bola izazvanog intervencijama (aspiracija, vađenje krvi) u neonatalnoj intenzivnoj nezi. Posmatraju se plač, izraz lica, kako novorođenče diše, položaj ekstremiteta i stepen budnosti.
- CRIES skala za procenu postoperativnog bola kod novorođenčeta. Parametri koji se uzimaju u obzir su: plač (C-crying), saturacija hemoglobina kiseonikom (R-requiresoxygen), krvni pritisak (I-increasedparameters), izraz lica (E-expression) i stepen budnosti (S-sleepless).
- FLACC (F-face, L-legs, A-activity, C-cry, C-consolability) skala koristi se za procenu postoperativnog bola kod dece preverbalnog uzrasta (mlađe od 4 godine), kod dece sa poremećajem govora i kod dece sa poremećajem u psihomotornom razvoju. Ocenjuju se izraz lica (F), položaj nogu (L), brzina i aktivnost pokreta (A), plač (C).

- Vizualna analogna skala koja se sastoji od linije dužine 10 cm koja je na početku obeležena sa „0“ (bez bola), a na kraju sa „10“ (maksimalan bol). Koristi se kod dece starije od 3 godine kada dete može samo da opiše svoj bol, njegov intenzitet i odakle potiče.
- Wong-BakerFaces skala („Smile“ skala), sa izrazima lica koja označavaju različiti stepen bola. Dete bira sa slike izraz lica koji pokazuje koliko ga u tom trenutku boli.
- Numeričko-analogna skala gde deca i adolescenti biraju broj od 0 do 10 (10 je najintenzivniji bol koji su ikada osetili) da izraze jačinu svog bola.

Na osnovu izvršene procene, kod dece se bol rangira u tri stepena: blaži (0-3), umereni (4-6) i težak (7 i više).

Dodatna ispitivanja koja se koriste za procenu bola: laboratorijski testovi, pregled magnetskom rezonancijom, kompjuterizovanom tomografijom, kao i pregled specijaliste (ortoped, radiolog, neurolog, ...). Izvršioi su zdravstveni radnici na svim nivoima u primarnim, sekundarnim i tercijarnim zdravstvenim ustanovama, edukovani roditelji/staraoci, zdravstveni radnici u hospisima za palijativno zbrinjavanje.

Mesto rada: zdravstvene ustanove svih nivoa, kuća bolesnika, hospisi za palijativno zbrinjavanje dece.

Dokumentacija: zdravstveni karton pacijenta, protokoli zdravstvenih ustanova svih nivoa i hospisa za decu, dokumentacija u vezi sa posetama patronažne službe i/ili službe hitne pomoći.

1. *Ilman AJ, Bernstein SJ, Brown E, et al. The Michigan Appropriateness Guide for Intravenous Catheters in pediatrics: miniMAGIC. Pediatrics. 2020; Medline [PubMed]*
2. *Paterson RS, Chopra V, Brown E, et al. Selection and insertion of vascular access devices in pediatrics: a systematic review. Pediatrics. 2020; Medline [PubMed]*

TERAPIJA BOLA KOD TERMINALNIH PEDIJATRIJSKIH PACIJENATA U BOLNIČKIM I KUĆNIM USLOVIMA

Klin. asist. dr Ivana Petrov

Terapija bola predstavlja veoma važan segmenat palijativnog lečenja terminalno bolesnih pacijenata.

Brojne fiziološke i psihološke komponente (senzitivnost na bol, religija, kultura, podrška porodice, nivo obrazovanja) kao i sama težina i raširenost oboljenja utiču na osećaj bola, stoga i pristup analgeziji zahteva individualni i multidisciplinarni pristup. Dugotrajni bol dovodi do poremećaja sna, apetita, depresije, promene ličnosti, te bitno utiče na kvalitet života kod ovih pacijenata.

Prema vodiču Svetske zdravstvene organizacije, primenjuje se stepenast pristup terapije bola, zavisno od njegovog kvaliteta i intenziteta koji podrazumeva primenu neopiodnih, opioidnih analgetika, antikonvulziva i antidepresiva u terapiji neuropatskog bola kao i adjuvantne terapije (kortikosteroidi, antiemetici, alfa-2 agonisti, lokalni anestetici, NMDA antagonist i dr.) Uz farmakološke metode dostupne su i nefarmakološke u vidu fizikalne terapije, akupunktura, psihološke potpore.

Terapija bola u okviru palijativnog lečenja može se sprovoditi u bolničkim uslovima, hospisima kao i kućnim uslovima od strane mobilnog medicinskog tima.

Adekvatna organizacija palijativnog lečenja je od esencijalnog značaja za obezbojavanje i umanjenje tegoba terminalno bolesne dece.

1. Bassam B. *Pain management in palliative care: art or science. Anaesthesia and Intensive Care Medicine. 2019; 20 (10):562-566.*
2. Anekar AA, Hendrix JM, Cascella M. *WHO analgesic Ladder. 2023. In: Stat Pearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.*

ULOGA TOTALNE PARENTERALNE ISHRANE U PALIJATIVNOM ZBRINJAVANJU DECE

Klin. asist. dr Ana Mandrač

Zahvaljujući razvoju medicine poslednjih decenija, palijativni bolesnici koji su do juče smatrani kao terminalni, danas preživljavaju sve dok malnutricija ne postane glavni faktor koji dovodi do smrtnog ishoda. Parenteralna ishrana je način unošenja makro (proteini, ugljeni hidrati i masti) i mikronutijenata (vitamini i minerali) u organizam putem venskog sistema. Cilj primene ovakvog načina hranjenja je obezbeđivanje energetskeg unosa bolesnoj deci kod kojih je enteralni unos hrane iz bilo kog razloga onemogućen ili nedovoljan. Kada govorimo o pacijentima u programu palijativnog zbrinjavanja parenteralna ishrana zahteva poseban osvrt na pitanja opravdanosti terapije, izbora i proskripcije rastvora kao i komplikacija. Uspešno sprovođenje parenteralne ishrane zahteva sistematičan pristup i saradnju lekara različitih specijalnosti i medicinskih sestara. Protokoli zahtevaju individualni pristup pacijentu i kontinuirano praćenje efekata primene. Poslednjih godina, parenteralna ishrana se primenjuje i u kućnim uslovima nakon edukacije roditelja ili staratelja.

1. Sopata M, Sobczyk A, Luczak J. *To feed or not to feed in palliative medicine. Advances in Palliative Medicine 2008; 7 (1):33-39*
2. Tripodi S, Bergami E, Panigari A., Caissutti V. *The role of nutrition in children with cancer. Tumori Journal 2023;109(1):19–27*