

ГОДИНА XXXIX

Број 6

ДЕЦЕМБАР 2010. ГОДИНЕ

ЧАСОПИС ЗА СОЦИЈАЛНУ МЕДИЦИНУ,  
ЈАВНО ЗДРАВЉЕ, ЗДРАВСТВЕНО  
ОСИГУРАЊЕ, ЕКОНОМИКУ  
И МЕНАЏМЕНТ У ЗДРАВСТВУ

# ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА



## *Уређивачки одбор:*

*Председник:*

Прим. др Илија Трипковић

*Главни и одговорни уредник:*

Доц. др Христо Анђелски

*Заменик главног и одговорног уредника:*

Проф. др Мирјана Мартинов-Цвејин

*Чланови:*

Светлана Вукајловић, дипл. правник

Раде Николић, дипл. правник

Рајко Гргоревић, дипл. економиста

Зорица Павловић, дипл. правник

Проф. др Снежана Симић

Др Вуко Антонијевић

*Секретар:*

Милка Томић-Каришић

---

## **ВЛАСНИК И ИЗДАВАЧ: Комора здравствених установа Србије – Београд**

За издавача: Рајко Гргоревић, дипл. економиста

Уредништво и администрација: 11000 Београд, Нушићева 25/1

Тел/факс: (+381 11) 3615-358, 3615-371; Жиро-рачун: 205-4707-32

---

Припрема за штампу: И.П. „Обележја“, Патријарха Јоаникија 20а/54, 11000 Београд

e-mail: obelezja@yahoo.com

*Лекција/Корекција:*

Ковиљка Дабић

*Технички уредник:*

Синиша Ђетковић

*Тираж:*

500 примерака

*Штампа:*

„Типоштампа“, Београд

---

Часопис „Здравствена заштита“ евидентиран је под бројем YU ISSN 0350-3208 у Библиографији Југославије, серијске публикације, и са овим бројем налази се у светској бази о серијским публикацијама (ISSN база) са седиштем у Паризу.

Чланци из Часописа објављени су у Библиографији Југославије, под Чланци и прилози у серијским публикацијама, Серија Б.

Резимеи чланака објављују се у СЦИ (Српски цитатни индекс) при Народној библиотеци Србије и у COBISS.SR-ID 3033858.



***Садржај*****Стручни и научни радови**

<i>С. Радовановић, С. Коцић, Д. Ђокић, М. Милосављевић, П. Поповић, С. Живановић</i> Здравствено стање школске деце и омладине у Шумадијском округу .....	1
<i>Љ. Бањанац, Д. Тенђера Милићевић, В. Крстић</i> Задовољство породиља пруженом здравственом заштитом на територији Рашког округа .....	7
<i>В. Лазаревић, Д. Банковић Лазаревић, Д. Радовановић</i> Пушење – болест зависности и могућност одвикавања .....	15
<i>С. Коцић, Д. Ђокић, С. Радовановић, П. Поповић, С. Радевић</i> Повреде у друмском саобраћају на територији Града Крагујевца .....	25
<i>М. Самарџић, В. Бајчаревић, И. Цвркома</i> Терапијски поступак код повреда нерава – када, како и зашто? .....	29
<i>Ј. Радојловић</i> Породична средина и школски успех ученика са моторичким поремећајима .....	43
<i>Л. Тодоровић, Ж. Кривокапић</i> Плућна патологија код болесника са реуматоидним артритисом .....	49
<i>Д. Савић, В. Глишовић</i> Менаџмент у сестринству и развој здравствене неге – приказ програма радионице .....	57
<i>Д. Динић, С. Јанкељић, М. Тасић</i> Часопис „Геронтологија“ – приказ броја 1. и 2. за 2010. годину .....	59
<b>Прилог 1.</b> .....	<b>73</b>
<b>Прилог 2.</b> .....	<b>74</b>
<b>Упутство ауторима</b> .....	<b>75</b>



---

## Стручни и научни радови

### Здравствено стање школске деце и омладине у Шумадијском округу

С. Радовановић<sup>1</sup>, С. Коцић<sup>2</sup>, Д. Ђокић<sup>3</sup>, М. Милосављевић<sup>4</sup>, П. Поповић<sup>5</sup>, С. Живановић<sup>6</sup>

---

## The Characteristics of the Health State of the School Children and young Population in Shumadia District

Snežana Radovanović, Sanja Kocić, Dragoljub Đokić, Mirjana Milosavljević, Predrag Popović,  
Sandra Živanović

---

**Сажетак:** Циљ рада је анализа здравственог стања школске деце и омладине Шумадијског округа ради идентификације приоритетних здравствених проблема.

Као извор података коришћени су Извештаји о оболењима, стањима и повредама служби за здравствену заштиту школске деце домаћа здравља Шумадијског округа, за период 1999–2008. година.

У популацији школске деце и омладине Шумадијског округа стопа оболевања расте у посматраном периоду од 2832 на 1000 деце узрасла 7 до 19 година у 1999. години, до 3.048 на 1000 деце 7 до 19 година у 2008. години. У структури морбидитета доминирају болести система за дисање са заступљеношћу 52,6% у 2008. години. У Шумадијском округу, у 1999. години, стопа морталитета школске деце узрасла од 7 до 14 година износила је 12,7 на 100 000, док је у 2008. години била значајно мања 4,2 на 100 000. Стопа морталитетаadolесцената узрасла од 15 до 19 година такође показује тренд пада са 82,4 на 100 000 у 1999. години, на 33 на 100 000 у 2008. години.

**Кључне речи:** школска деца и омладина, морбидитет, морталитет, Шумадијски округ.

---

**Summary:** The aim of this paper is to analyse the health state of the school children and young population in Shumadia district for identification of the priority health problems.

The data source were the Reports of deseases, states and injuries from the primary health centers, departments for health protection of school children, in Shumadia district for the period from 1999. to 2008.

In the population of the school children and young population (children of age between 7 and 19) in Shumadia district, the rate of deseases increases, for the period we observed, from 2.832/1.000 in 1999. to 3.048/1.000 in 2008. In the morbidity structure, the pulmonal deseases are dominating with 52,6% in 2008. The rate of mortality of all causes of death among the children of age between 10 and 14, significantly decreases in the period we observed, from 12,7/100.000 in 1999. to 4,2/100.000 in 2008. The rate of mortality of all causes of death among the children of age between 15 and 19, also significantly decreases in the period we observed, from 82,4/100.000 in 1999. to 33/100.000 in 2008.

**Key words:** school children and young population, morbidity, mortality, Shumadia district.

---

1 Снежана Радовановић, Институт за јавно здравље Крагујевац, Медицински факултет Крагујевац.

2 Санја Коцић, Институт за јавно здравље Крагујевац, Медицински факултет Крагујевац.

3 Драгољуб Ђокић, Институт за јавно здравље Крагујевац, Медицински факултет Крагујевац.

4 Мирјана Милосављевић, Институт за јавно здравље Крагујевац, Медицински факултет Крагујевац.

5 Предраг Поповић, Институт за јавно здравље Крагујевац.

6 Сандра Живановић, Дом здравља Крагујевац.

## Увод

**К**атегорија школске деце обухвата узраст од 7 до 14 година, а категорија школске омладине (адолесценти) обухвата младе од 15 до 19 година. Период школовања карактеристичан је по психофизичком расту и сазревању, васпитању и социјализацији. Здравствено стање и квалитет живота у овом периоду условљени су факторима породичне средине, непосредног окружења и чиниоцима везаним за процес школовања. Школска деца и омладина се према показатељима здравља сматрају најздравијом од свих осталих старосних категорија. Међутим, овај животни период је карактеристичан по убрзаном сексуалном и психосоцијалном развоју и опасностима за формирање различитих ризичних понашања која могу да угрозе здравље<sup>1</sup>.

Здравствену заштиту школске деце и омладине на примарном нивоу обезбеђују службе за здравствену заштиту школске деце при домовима здравља, спровођењем мера надзора над здрављем кроз систематске и контролне прегледе као и дијагностиком, лечењем и рехабилитацијом оболелих<sup>1</sup>.

Основни циљ здравствене заштите школске деце и омладине јесте очување и унапређење здравља деце, што се постиже праћењем њиховог раста и развоја, раним откривањем фактора ризика и спречавањем фактора ризика по њихово здравље<sup>2</sup>.

У циљу превенирања настанка најчешћих узрока оболевања и умирања школске деце и омладине неопходно је да се у току школовања предузимају адекватне здравствено-васпитне интервенције и промовише здраво понашање и стилови живота<sup>1</sup>.

## Циљ рада

Циљ рада јесте анализа здравственог стања школске деце и омладине Шумадијског округа ради идентификације приоритетних здравствених проблема како би се планирале одговарајуће мере за њихово решавање.

## Метод рада

Као извор података коришћени су Извештаји о оболењима, стањима и повредама служби за здравствену заштиту школске деце домаћа здравља Шумадијског округа. Урађена је анализа здравственог стања школске деце и омладине са територије Шумадијског округа за период 1999–2008. година. За анализу су коришћени показатељи морбидитета и морталитета. Резултати су приказани табеларно и графички.

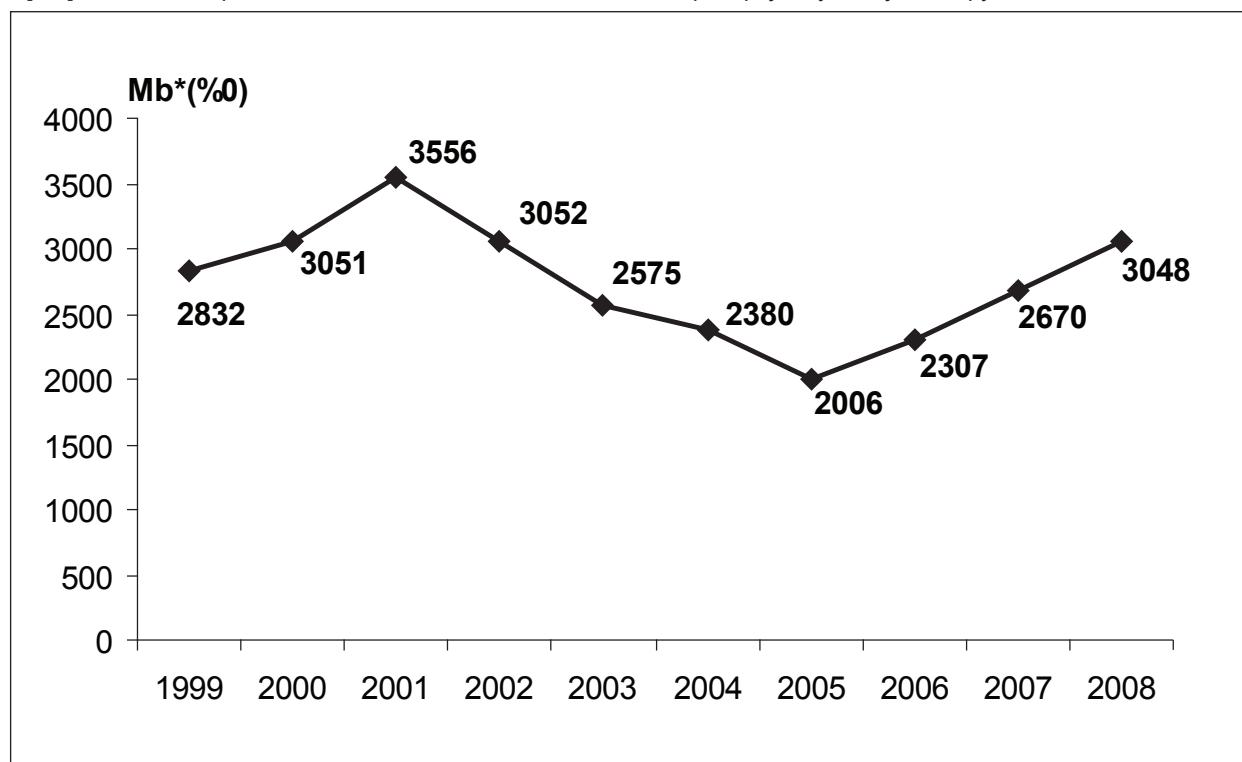
## Резултати рада

У Шумадијском округу у 2008. години школска деца и омладина су били заступљени са 14%.

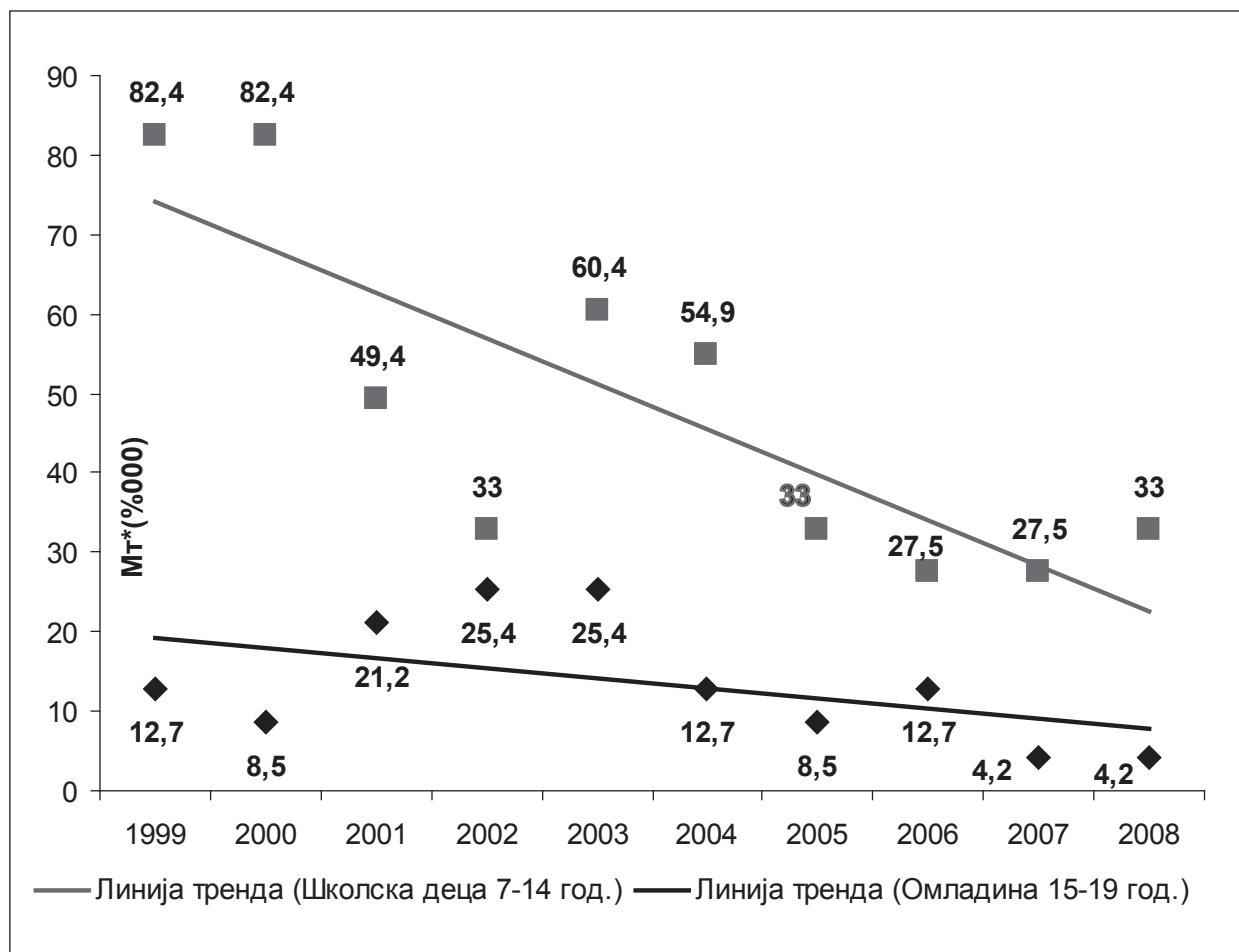
Стопа оболевања код школске деце и омладине кретала се од 2.832 на 1000 деце узраста 7 до 19 година у 1999. години до 3.048 на 1000 деце 7 до 19 година у 2008. години. Најнижа стопа оболевања забележена је у 2005. години када је износила 2.006 на 1000 деце 7 до 19 година (**графикон 1**).

У Шумадијском округу укупан број евидентираних оболења и стања школске деце и омладине у 2008. години износио је 127.360. У структури морбидитета доминирају болести система за дисање са заступљеношћу 71,9% у укупном морбидитету у 1999. години. Учесталост болести система за дисање опада у посматраном десетогодишњем периоду, да би на крају посматраног периода у 2008. години ове болести биле заступљене са 52,6%. На другом месту се налазе фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом (група XXI МКБ-10) са 14,2% у 2008. години, затим следе болести коже и поткожног ткива (група XII МКБ-10), повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (група XIX МКБ-10) и заразне и паразитарне болести (група I МКБ-10). Побројаних пет група болести чине 82% свих оболења и стања у морбидитету школске деце у 2008. години (**табела 1**).

У Шумадијском округу, у 1999. години, стопа морталитета школске деце узраста од 10 до 14 година износила је 12,7 на 100 000, док је у 2008. години била значајно мања 4,2 на

**Графикон 1.** Морбидитет школске деце и омладине, на територији Шумадијског округа, 1999–2008.**Табела 1.** Оболења регистрована у примарној здравственој заштити школске деце, на територији Шумадијског округа, 1999–2008.

Године	Укупан број оболења	Процентуално учешће најчешће регистрованих оболења у укупном броју оболења				
		Болести система за дисање	Фактори који утичу на здравствено стање и контакт здравствене службе	Заразне и паразитарне болести	Болести коже и поткојног ткива	Повреде, тројања и последице деловања спољних фактора
1999.	118337	71,9	4,1	1,8	4,2	3,2
2000.	127512	67,8	3,7	1,4	5,0	2,7
2001.	148600	68,8	3,9	1,2	4,8	2,3
2002.	127531	65,5	5,0	1,6	5,3	3,4
2003.	107578	66,6	5,7	1,9	5,2	3,8
2004.	99464	61,4	7,2	2,7	6,0	4,1
2005.	83828	61,6	7,6	2,5	6,0	4,1
2006.	96402	55,5	11,6	2,7	5,8	4,5
2007.	111536	54,3	10,8	2,7	6,2	4,6
2008.	127360	52,6	14,2	2,5	5,9	4,8

**Графикон 2.** Морталитет школске деце и омладине, на територији Шумадијског округа, 1999–2008.

100 000. Стопа морталитетаadolесцената узраста од 15 до 19 година износила је у 1999. години 82,4 на 100 000, док је у 2008. години пала на 33 на 100 000 (**графикон 2**).

Доминантно место у структури узрока смрти припадало је повредама и тровањима (XIX група МКБ-10). Остали водећи узроци смрти школске деце иadolесцената у посматраном периоду били су тумори (II група МКБ-10) и болести система крвотока (IX група МКБ-10). У првој години посматраног периода, стопа специфичног морталитета од оболења и стања из XIX група МКБ-10 износила је 14,4 на 100 000 школске деце и омладине. У 2008. години дошло је до смањења специфичне стопе смртности у категорији школске деце и омладине и она је износила 9,6 на 100 000 деце од 7 до 19 година старости.

### Дискусија

У Републици Србији у 2007. години стопа оболевања код школске деце и омладине износила је 2.308 на 1000 деце узраста 7 до 19 година, што представља повећање у односу на 1997. годину када је стопа морбидитета износила 1.829 на 1000 деце узраста 7 до 19 година. Укупан број евидентираних оболења и стања школске деце у Републици Србији износи 2,3 оболења по једном школском детету<sup>1</sup>, а на територији Шумадијског округа за трећину више.

И у Шумадијском округу у популацији школске деце и омладине у периоду 1999–2008. година, стопа оболевања показује тренд раста са 2.832 на 1000 деце узраста 7 до 19 година у 1999. години до 3.048 на 1000 деце 7 до 19 година у 2008. години.

У Републици Србији доминирају болести система за дисање, фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом, заразне и паразитарне болести, повреде, тровања и последице деловања спољних фактора и болести коже и поткојног ткива<sup>1</sup>.

У структури морбидитета школске деце и омладине Шумадијског округа доминирају исте болести као и у Републици Србији. Болести система за дисање чине више од половине (52,6%) укупног морбидитета школске деце и омладине на територији Шумадијског округа.

У службама за здравствену заштиту школске деце и омладине Поморавског округа регистровано је 85.651 оболење. Групи болести система за дисање припада 71,3%, болестима система за варење 6,0%, болестима коже и поткојног ткива 4,2%, групи повреда, тровања и последице деловања спољних фактора 3,9% и болестима мокраћно-полног система, 2,6%<sup>3</sup>.

У морбидитету школске деце и омладине у Војводини, у 2005. години, најчешће дијагнозе су из групе болести система за дисање и чине 44,4% укупног морбидитета. Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом 20,7% налазе се на другом месту, док се на трећем месту налази група заразних и паразитарних болести са 9,9%<sup>4</sup>.

Резултати слични нашим забележени су и у земљама у окружењу. У ванболничком морбидитету Републике Хрватске, за 2006. годину, код школске деце су најзаступљеније болести система за дисање 51,9%, следе заразне и паразитарне болести са 9,3% укупног морбидитета ове добне групе<sup>5</sup>.

У Шумадијском округу стопа морталитета школске деце узраста 10 до 14 година, као и

стопа морталитета омладине узраста 15 до 19 година, показује тренд пада.

У Републици Србији је у 1997. години стопа морталитета школске деце узраста од 10 до 14 година износила 26,5 на 100 000, док је у 2007. години била значајно мања 16,3 на 100 000 деце узраста од 10 до 14 година. У 1997. години стопа морталитета адолосцената узраста од 15 до 19 година износила је 64,8 на 100 000, док је у 2007. години пала на 43,7 на 100 000 адолосцената узраста од 15 до 19 година. Доминантно место у структури узрока смрти припадало је повредама и тровањима (XIX група МКБ-10), туморима (II група МКБ-10) и болестима система крвотока (IX група МКБ-10)<sup>1</sup>.

## Закључак

У Шумадијском округу у популацији школске деце и омладине у периоду 1999–2008. година стопе морбидитета показују тренд раста, а стопе морталитета тренд пада. У структури морбидитета доминирају болести система за дисање. Следе фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом, болести коже и поткојног ткива, повреде, тровања и последице деловања спољних фактора и заразне и паразитарне болести. У структури узрока смрти доминантно место заузимају повреде и тровања (XIX група МКБ-10), тумори (II група МКБ-10) и болести система крвотока (IX група МКБ-10). Предузимање адекватних здравствено-васпитних интервенција и промовисање здравог понашања и стилова живота у току школовања представља основ превенције најчешћих узрока оболевања и умирања школске деце и омладине.

## Литература

1. Здравље становника Србије – аналитичка студија 1997–2007. Институт за јавно здравље Србије, Београд, 2008.
2. Џуцић В., Симић С., Бјеговић В., Живковић М., Стефановић Д., Вуковић Д.: Социјална медицина. Савремена администрација, Београд, 2000.
3. Анализа здравственог стања становништва Поморавског округа у 2008. Доступно на: <http://www.zzzjzcuprija.com/wp-content/uploads>
4. Мартинов-Цвејин М и сар.: Здравље становништва Војводине. Медицински Преглед, Нови Сад: новембар–децембар, 2007; 60(11–12): 559–563.
5. Хрватски здравствено-статистички лјетопис за 2006. годину. Доступно на: [http://www.hzjz.hr/publikacije/hzs\\_ljetopis/index.htm](http://www.hzjz.hr/publikacije/hzs_ljetopis/index.htm)



---

## Стручни и научни радови

# Задовољство породиља пруженом здравственом заштитом на територији Рашког округа

Љ. Бањанац<sup>1</sup>, Д. Тендјера Милићевић<sup>2</sup>, В. Крстић<sup>3</sup>

---

## Women`S Satisfaction after Delivery with Provided Health Care in Raska District

Ljiljana Banjanac D. Tendjera Milićević, V. Krstić

---

**Сажетак:** Увод: Завод за јавно здравље Краљево, у децембру 2008. године, добио је задатак од Министарства здравља Републике Србије да спроведе истраживање о задовољству породиља пруженим услугама током трудноће, порођаја и у периоду бабиња.

Циљ рада јесте да се сагледа степен задовољства породиља и фактори који утичу на њихово нездадовољство.

Метод: У раду је примењен дескриптиво-аналитички метод рада, као извор података коришћене су анкете добијене од службе поливалентне патронаже домаћа здравља.

Резултати: Просечна старост анкетираних породиља је 27 година, половина анкетираних има средњу стручну спрему и свака пета се породила царским резом. Половина анкетираних породиља је упозната са својим правима из обавезног осигурања, а кад је у питању податак о постојању корупције у породилиштима, мање од 2% породиља је позитивно одговорило на ово питање. Средња оцена општег задовољства боравком у породилишту у 2009. години за Рашки округ износи 3,89.

Закључак: Континуирано спровођење анкете и месечно извештавање нису показали оправданост оваквог начина истраживања, већ би могло убудуће да се спроводи као саставни део редовне провере задовољства корисника здравственом заштитом.

**Кључне речи:** породиље, задовољство.

---

**Summary:** Introduction: Department of Public Health, Kraljevo, was in December of 2008. tasked by the Ministry of Health of Serbia, to conduct a survey on satisfaction with maternal services provided during pregnancy, childbirth and lying-in period.

The aim of this study was to assess the degree of satisfaction with childbirth and factors that influence their discontent.

Method: The paper is applied to descriptive analytical method, as well as survey data used by the services provided by health centers polyvalent patronage.

Results: The average age of mothers anketirnih 27 years, half of the respondents have secondary education and one in five a Caesarean birth. Half of the mothers interviewed was aware of their rights from the compulsory insurance, but when it comes to information about the existence of corruption in the maternity less than 2% of mothers responded positively to this question. Mean score of general satisfaction with being in the hospital in 2009 for the Raska district is 3.89.

Conclusion: Continuing the implementation of surveys and monthly reports have not shown justification for this kind of research, but could in future be carried out as part of regular health check customer satisfaction protection.

**Key words:** birth, pleasure.

---

1 Др Љиљана Бањанац, специјалиста социјалне медицине, Завод за јавно здравље Краљево.

2 Др Драгана Тендјера Милићевић, специјалиста социјалне медицине, Завод за јавно здравље Краљево.

3 Др Весна Крстић, специјалиста социјалне медицине, Дом здравља "Др Сава Станојевић" Трстеник.

## Увод

**З**авод за јавно здравље Краљево, у складу са својом координативном улогом у оквиру унапређења квалитета рада здравствених установа, у децембру месецу 2008. године, добио је задатак да спроведе истраживање о задовољству породиља пруженим услугама током трудноће, порођаја и у периоду бабиња. Иницијативу о спровођењу овог истраживања покренуло је Министарство здравља Републике Србије, које је упознато са бројним реакцијама породиља путем медија на третман у породилиштима широм Републике Србије (веб сајт „Мајка храброст”, дневна штампа, блогови). Такође су упутиле петицију Министарству здравља са захтевом да се оформи Радна група која ће се бавити решавањем највећих проблема у српским породилиштима:

1. Понашање запослених у породилиштима,
2. Застарели и нехумани болнички протоколи,
3. Корупција.

У току новембра прошле године одржано је више састанака представника Министарства здравља, корисница и Института за јавно здравље Србије на којима је дефинисана методологија истраживања и садржај анкетног упитника за породиље. Такође је 27. новембра одржан Округли сто „Здравствене службе на克лоњене породиљама”, на коме су присуствовали начелници и главне сестре свих породилишта у земљи и при томе су упознати са садржајем петиције породиља, идентификованим проблемима и предлозима за побољшање услова у породилиштима Србије. Такође им је представљен и упитник, метод истраживања и одлучено је да се исто спроводи шест месеци са месечним извештавањем резултата, а да се мере корекције предузимају према резултатима анализе упитника.

У току месеца децембра 2008. године, сва породилишта су добила упутство да здравствени радници у породилиштима носе идентификационе бечеве са именом и функцијом коју обављају у породилишту.

Накнадном одлуком Министарства здравља анкетирање о задовољству породиља пруженим

услугама током трудноће, порођаја и у периоду бабиња реализоваће се до децембра месеца 2009. године, и од марта месеца дистрибуција и прикупљање анкета се врши искључиво преко службе поливалентне патронаже.

## Циљ рада

Циљ рада јесте да се сагледа степен задовољства породиља као и фактори који утичу на њихово нездовољство.

## Метод рада

У раду је примењен дескриптиво-аналитички метод рада, а као извор података коришћене су анкете добијене од службе поливалентне патронаже домова здравља са Рашког округа.

База података је креирана у компјутерском програму Excel, а за статистичку обраду података коришћен је SPSS програм, верзија 10.0.

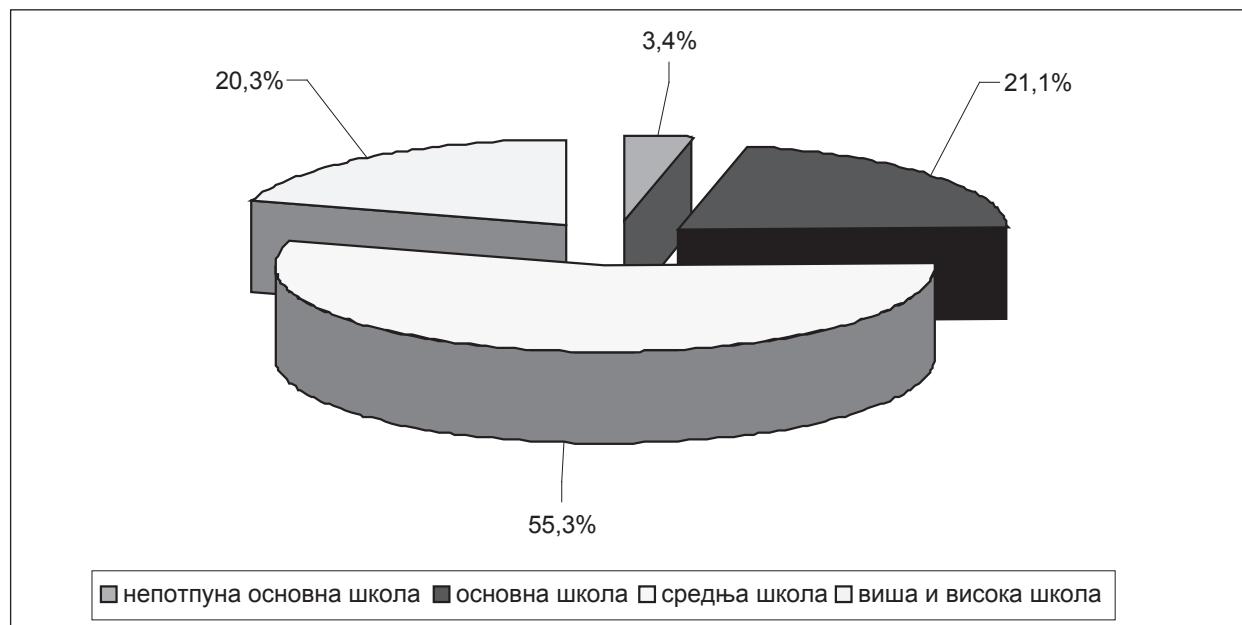
## Резултати

У 2009. години је из три породилишта са округа пристигло 1.616 анкета, што чини процењену стопу одговора од око 42,3%, што је боља стопа одговора него за ниво Републике (36%).

**Демографске карактеристике породиља:** Просечна старост породиља је слична у оба месеца истраживања и износи  $27,34 \pm 5,27$  године, најмађа породиља је старости 15 година, а најстарија 47 година. Слични резултати су и на нивоу Републике, где је просечна старост породиља  $27,9^1$  (мин. 15, макс. 51, СД 5,3).

Највећи проценат анкетираних породиља има средњу стручну спрему 55,3%, а најмање је са непотпуном основном школом 3,4% (**графикон 1**).

**Карактеристике порођаја:** У просеку у прошлој години број порођаја по реду је 1,86 (SD=0,92, min=1, max=6). Први порођај по реду је имало у 41,8% анкетираних породиља,

**Графикон 1:** Структура анкетираних породиља према степену стручне спреме**Табела 1:** Начин порођаја анкетираних породиља, 2009. година

Ред. број	Начин порођаја	Територија	
		Рашки округ	Република Србија
0	1	2	3
1.	Природним путем	78,5%	69,2%
2.	Природним путем са епидуралном анестезијом	1,3%	5,7%
3.	Природним путем са вакумом	0,5%	1,3%
4.	Природним путем са форцепсом	0,3%	0,5%
5.	Царским резом	19,3%	23,3%

**Табела 2:** Средња оцена о условима смештаја, 2009. година

Ред. број	Услови смештаја	Територија	
		Рашки округ	Република Србија
0	1	2	3
1.	Задовољство хигијеном просторија, учесталошћу замене спаваћица и постељина	3,74	3,51
2.	Задовољство хигијеном и опремљеношћу тоалета	3,20	3,27
3.	Задовољство удобношћу собе	3,72	3,75
4.	Задовољство исхраном у болници	3,55	3,24

**Табела 3:** Средње оцене пруженим услугама, 2009.

Ред. број	Пружене услуге	Територија	
		Рашки округ	Република Србија
0	1	2	3
1.	Задовољна сам третманом у току припрема за порођај	4,18	4,29
2.	Акушер/гинеколог је при пријему, за време порођаја и боравка у болници био љубазан и остварен је однос поверења и разумевања	4,48	4,34
3.	Акушер/гинеколог ме је упознао са планом порођаја, предстојећим процедурама и интервенцијама и дала сам сагласност на исте	4,36	4,04
4.	Акушер/гинеколог ми је посветио довољно времена, пружио ми је довољно информација и дао одговор на моја питања	4,36	4,06
5.	Бабица при пријему, за време порођаја и боравка у болници била љубазна и остварен је однос поверења и разумевања	4,40	4,32
6.	Задовољна сам учешћем бабице током целог порођаја	4,49	4,43
7.	Бабица ми је посветила довољно времена, пружила ми је довољно информација и дала одговоре на моја питања	4,31	4,24
8.	Педијатар/неонатолог је за време порођаја и боравка у болници био љубазан и остварен је однос поверења и разумевања	4,47	4,19
9.	Педијатар/неонатолог ми је посветио довољно времена, пружио ми је довољно информација и дао одговор на моја питања	4,37	4,11
10.	Педијатријска сестра је за време порођаја и боравка у болници била љубазна и остварен је однос поверења и разумевања	4,22	4,11
11.	Педијатријска сестра ми је посветила довољно времена, пружила ми је довољно информација и дала одговоре на моја питања	4,20	4,06
12.	Задовољна сам третманом, непосредно након порођаја (одмах сам добила информације о стању бебе и о свом стању, омогућено ми је да одмах видим бебу)	4,43	4,34
13.	Задовољна сам могућношћу да мој супруг присуствује порођају и да активно учествује у току порођаја	3,30	3,02
14.	Задовољна сам саветима и помоћи коју сам добила у вези дојења и неге бебе у првим данима (негом дојке, измазање, преповијање)	4,00	3,80
15.	Задовољна сам „бабу фриендлу“ програмом (беба уз мајку све време) уколико се исти практикује у здравственој установи и помоћи коју сам добила од особља	4,16	3,89
16.	Задовољна сам процедуром приликом пријема и отпушта из болнице (дужина чекања на пријем и отпуст, администрација)	4,30	4,06

други 36,6%, трећи 16,6%, четврти 3,7%, пети 1,0% и шести 0,3% породиља.

Природни порођај је најзаступљенији начин порођаја код анкетираних породиља – 78,5% а потом царски рез – 19,3%, док је порођај природним путем са епидуралном анестезијом примењен у свега 1,3% порођаја (**табела 1**).

**Права пацијената:** Са својим правима из Закона о здравственој заштити упознато је око половине анкетираних породиља (51,4%), делимично је упозната свака трећа породиља, а свака десета породиља није упозната са својим правима. Кад је у питању познавање начина жалбе/приговора, резултати анализе анкета говоре да је 54,8% породиља упознато са начином жалбе/приговора на округу.

**Припрема породиље од изабраног гинеколога:** Преко половине породиља је задовољно добијеним информацијама у току трудноће у домовима здравља о нези и исхрани у трудноћи, порођају и нези и исхрани бебе, а нешто више од петине корисница није задовољно количином добијених информација 21,6%, док

свака четврта испитаница располаже са делимичним информацијама о овим питањима.

### **Услови смештаја у породилишту.**

Посматрајући средње оцене о условима смештаја примећује се да су оцене веома сличне као и на нивоу Републике (**табела 2**).

### **Задовољство пруженим услугама**

**Корупција и ванстандардне услуге:** На питање да ли је неки здравствени радник тражио мито (новац, поклон, услугу и сл.) у току читаве године, свега 29 породиља, што чини 1,9% од укупно анкетираних, позитивно је одговорило на ово питање. Ванстандардну услугу у 2009. години тражило је 15 пациенткиња – 1,0%, док је на нивоу Републике тај проценат већи и износи 3,5%.

**Поливалентна патронажна служба:** 96,6% породиља је патронажна сестра обишла

**Табела 4:** Опште задовољство боравком у породилишту

Редни број	Месец истраживања	ДЗ Тутин	ОБ Нови Пазар	ОБ Краљево	Укупно Рашки округ	Србија - укупно
0	1	2	3	4	5	6
1	01/2009	4.67	4.32	3.64	4.14	3.92
2	02/2009	4.45	3.31	4.00	4.07	3.89
3	03/2009	Није било упитника из овог овог породилишта	3.54	3.83	3.66	3.81
4	04/2009	4.39	4.0	4.0	4.11	3.84
5	05/2009	5.0	3.51	4.29	3.74	3.85
6	06/2009	4.50	3.58	3.90	3.77	3.72
7	08/2009	4.53	3.89	3.83	3.93	3.82
8	08/2009	4.08	3.71	3.74	3.76	3.78
9	09/2009	4.67	3.66	3.90	3.98	3.81
10	10/2009	4.75	3.69	3.67	3.79	3.80
11	11/2009	4.87	3.69	4.33	3.93	3.79
12	12/2009	4.96	3.75	3.63	3.86	3.84
	2009.	4.59	3.75	3.79	3.89	3.82

дан након изласка из породилишта, а што се тиче пружања обавештења у вези са здрављем породиље, неге и исхране бебе, 98,8% породиља је изјавило да су добиле сва обавештења, и сви су резултати готово исти као на нивоу државе (**табела 3**).

### **Опште задовољство боравком у породилишту**

Средња оцена општег задовољства боравком у породилишту у 2009. години за Рашки округ износи  $3,89 \pm 1,03$  (**табела 4**).

Применом непараметријских статистичких тестова уочено је да има статистички значајне разлике у општем задовољству породиља према начину порођаја: задовољније су пациенткиње које су се породиле природним путем ( $\chi^2=45.382$ ,  $df=16$ ,  $p<0.005$ ); према нивоу образовања породиље задовољније су породиље које имају непотпуну основну и завршену основну школу ( $\chi^2=62.190$ ,  $df = 12$ ,  $p<0.005$ ), као и према броју порођаја по реду задовољније су пациенткиње које су имале већи број порођаја од три ( $\chi^2=36.350$ ,  $df = 20$ ,  $p<0.005$ ).

### **Дискусија**

Од укупног броја породиља које су у прошлој години користиле услуге здравствених установа Рашког округа готово половина је учествовала у анкетирању, при чему 1,23% није навела назив породилишта, а 1,73% од анкетираних жена се породило у породилиштима ван округа. Подаци који су добијени из анкета породиља са Рашког округа не показују значајне разлике у односу на податке са нивоа Републике. Просечна старост породиља је 27 година, половина анкетираних има средњу стручну спрему и свака пета се породила царским резом, што је нешто нижи проценат него на нивоу државе где је 23,3% порођаја извршено царским резом. Половина анкетираних породиља је упозната са својим правима из обавезног осигурања, а кад је у питању податак о постојању корупције у породилиштима, мање од 2% породиља је позитивно од-

говорило на ово питање. Добијеним услугама су, према подацима из анкете Министарства здравља, задовољније породиље нижег нивоа образовања, што и показује да је задовољство субјективна мера става пацијента према здравственој заштити и зависи од његових очекивања, његове склоности да критикује или похваљује.

Истовремено са анкетирањем породиља преко анкете Министарства здравља обављано је анкетирање и преко вебсајта „Мајка храброст” и уочене су неке разлике<sup>2</sup>. У узорку Министарства здравља учешће великих градова Београд, Нови Сад и Ниш је 15,3%, а у узорку анкете вебсајта „Мајка храброст” чак три четвртине – 75,3%. Такође, у узорку Министарства здравља је мањи удео високо образованих – 22,5% и првог ротки – 48,4%, а у узорку вебсајта „Мајка храброст” 68,0% високо образованих и 76,3% првог ротки. Из овога се може закључити да анкете вебсајта „Мајка храброст” дају резултате задовољства породиља из урбаних средина од високообразованих првог ротки које имају приступ интернету. Оцене које су здравствени радници добили кроз анкету вебсајта „Мајка храброст” су ниже него оне које се добијају у анкети Министарства здравља, што није изненађујуће јер високообразоване породиље имају много већа очекивања од запослених у здравственим установама. У оба узорка најнижу оцену има питање присуства оца на порођају, а највише оцене добијају бабице и лекари и то пре када је реч о стручној помоћи него кад је реч о спремности да породиљи поклоне довољно времена и одговоре на сва питања. Када је у питању корупција, резултати анкете вебсајта „Мајка храброст” показују десет пута већи проценат – 14,4% него у анкетама Министарства здравља – 1,4%. Што се тиче рада патронажне службе, дан по порођају у анкети вебсајта „Мајка храброст” обиђено је 80% породиља, а у анкети Министарства здравља 92,5%.

### **Закључак**

Резултати анкетирања породиља са територије Рашког округа у прошлој години показују

да постоји позитивних промена у породилиштима али је још увек тај помак недовољан да би дошло до повећања задовољства породиља. Примећује се да је дошло и до пада просечне оцене боравком у породилиштима Рашког округа у односу на први месец истраживања (4,24), а највероватније због начина анкетирања на почетку испитивања задовољства породиља. Упитник су породиље добијале при отпусту, а потом попуњен давале патронажној сестри приликом прве посете што је стварало дозу неповерења код породиља у анонимност анкете. Анкетиране породиље су најнезадовољније условима смештаја у породилишту, и даље је мали број породиља које су пријавиле да им је неко од здравственог особља тра-

жио неки вид мита, а такође је мали број пациенткиња које су тражиле било коју од ванстандардних услуга. Што се тиче поливалентне патронаже, проценат породиља које су већ првог дана обишле патронажне сестре је током целе године висок, а такође је велики проценат породиља које су добиле обавештења у вези са здрављем породиље, неге и исхране бебе, и по први пут су боље од републичког просека.

Континуирано спровођење анкете и месечно извештавање нису показали оправданост оваквог начина истраживања, већ би могло убудуће да се спроводи као саставни део редовне провере задовољства корисника здравственом заштитом.

### **Литература**

1. Мирјана Живковић Шуловић: Преглед најважнијих резултата испитивања задовољства корисника у државним здравственим установама Републике Србије 2009. године. Институт за јавно здравље Републике Србије „Др Милан Јовановић Батут”, Београд, фебруар, 2009.
2. <http://www.majkahrabrost.com>



## **Пушење – болест зависности и могућност одвикавања**

*В. Лазаревић<sup>1</sup>, Д. Банковић Лазаревић<sup>2</sup>, Д. Радовановић<sup>3</sup>*

---

## **Smoking Addiction and Smoking Cessation**

*Vladan Lazarević, Dušica Banković Lazarević, Dragana Radovanović*

---

**Сажетак:** Пушење је најзначајнији појединачни фактор ризика који доприноси прераној смртности и настанку великог броја оболења. Пушење има епидемијски карактер у свим групацијама становништва.

Циљ рада је био да се укаже на значај престанка пушења и превенцију настанка многих болести, да се изнесу чињенице које доприносе разумевању комплексности никотинске зависности, фармакологије никотина, да се истакне императив да здравствени радници побољшају своју едукацију из ове области, и да у свакодневном раду са сваким пациентом, не пропуштајући ни једну посету пацијента, врше понављано саветовање о престанку пушења које ће имати здравствено-васпитни ефекат.

**Кључне речи:** пушење, престанак пушења.

---

### **Увод**

Пушење је најзначајнији појединачни фактор ризика који доприноси прераној смртности свих људи, како у свету тако и код нас, као и настанку великог броја болести. Према подацима које износи Удружење за јавно здравље Србије, у свету пуши око милијарду и двестотине педесет милиона људи, око 35% одраслих мушкараца и 22% жена у развијеним земљама и 50% мушкараца и 9% жена у неразвијеним земљама света<sup>1</sup>. Стога је узимање учешћа у превенцији и престанку пушења свакако највреднији допринос

**Summary:** Cigarette smoking is the single most important risk factor contributing to premature mortality and to development of many diseases.

Smoking has an epidemic character in all population groups.

The aim of this paper was to point out the importance of quitting smoking and the prevention of many diseases and to bring out the fact which contribute to the understanding of nicotine addiction, nicotine pharmacology, and to emphasize the imperative that health care workers improve own education in this field in their everyday work with every patient, without missing any single appointment of the patient, to get repetitive counseling about quitting smoking with final health educational effect.

**Key words:** smoking, smoking cessation.

који здравствени радници могу да дају за здравље нације<sup>2</sup>.

Подаци из САД-а показују да је учешће пушења у смртности 16% или 417.000 смртних случајева, а представља и 68 милијарди долара трошкова у здравственој заштити које узрокује ова лоша навика.

Помажући пушачима да престану да пуше, лекари могу побољшати опште стање здравља и могу да смање терет трошкова лечења у друштву.

Већина здравствених радника, лекара и медицинских сестара, који се свакодневно срећу са пушачима, нема одговарајућу обуку за

---

<sup>1</sup> Др Владан Лазаревић, максилофацијални хирург, Општа болница Ђуприја.

<sup>2</sup> Др сц. мед. Душица Банковић Лазаревић, специјалиста социјалне медицине, Општа болница Ђуприја.

<sup>3</sup> Др Драгана Радовановић, специјалиста социјалне медицине, Завод за јавно здравље Поморавље, Ђуприја

одвикавање пацијената од пушења која је значајна за решавање ове болести зависности.

## **Циљ рада**

Циљ рада је био да се укаже на значај престанка пушења и превенцију настанка многих болести, да се изнесу чињенице које доприносе разумевању комплексности никотинске зависности, фармакологије никотина, да се истакне императив да здравствени радници побољшају своју едукацију из ове области, и у свакодневном раду са сваким пациентом, не пропуштајући ни једну посету пациенту, врше понављање саветовање о престанку пушења које ће имати васпитно-здравствени ефекат.

## **Фармакологија никотина**

Да би се терапеут бавио лечењем никотинске зависности потребно је да се упозна и са фармакологијом и метаболизмом никотина, како би схватио снажно дејство ове адиктивне супстанце, а такође да се упозна и са правилном употребом супституционе терапије. Адикција на никотин је бар једнака као и зависност од хероина или кокаина, а вишеструки зависници од дрога често наглашавају да би најмање желели да се одрекну пушења цигарета<sup>3</sup>.

Никотин је психоактивна супстанца која се брзо апсорбује са коже, респираторног тракта и слузокоже образа. Кап чистог течног никотина у неколико минута доводи до смрти ако се стави на кожу или слузокожу. Никотин који се апсорбује из гастроинтестиналног тракта и хепатичним крвотоком усмири кроз јетру, бива инактивисан јетриним микрозомалним ензимима, те је овакав начин уноса неефикасан у терапији никотинске зависности.

Никотин је ацетил холин аналог (АЦХ), са јачим афинитетом за (АЦХ) рецепторе. Никотин се везује за (АЦХ) рецепторе аутономних ганглија, адреналне медуле, неуромускуларних веза и мозга. Ови никотински рецептори могу бити повезани или са калцијумским каналима (узрокујући стимулативни ефекат) или са хлоридним каналима (узрокујући умирујући ефе-

кат). У зависности колико је рецептора ендогено заузето природним производима, бифазни одговор може да се појави, тако да никотин може да буде стимуланс или депресор, што зависи од унутрашње средине, и пушачи могу да иститурују своје физичко и ментално стање у зависности од дозе никотина која изазива жељени ефекат. Ако су летаргични, пушење их стимулише, а ако су напети, пушење их опушта. За само седам секунди, повлачењем једног дима цигарете, маждани путеви уживања су стимулисани и јавља се опиоидна реакција<sup>3</sup>.

Код пушења никотинемија је нестабилна – скоковита, па је и жеља за цигаретама узрокована никотинемијом. Насупрот томе код трансдермалног уноса никотинемија је стабилна. Полуживот никотина је у просеку два сата. Код 70 до 80% пушача симптоми неуноса никотина почињу за пола сата или за сат времена. Пушачи могу да толеришу два до четири сата између цигарета са тешкоћом, што објашњава тежину адикције. Код смањења броја цигарета адикција само расте и учвршћује се, а свака цигарета постаје све важнија, а удаси су дубљи – интензивнији, те се количина никотина компензује препуштањем.

Апстиненцијални симптоми су присутни без обзира на постепени престанак или престанак намах и имају највећи интензитет после једне недеље до месец дана после прекида пушења. Успех или неуспех престанка пушења за време прве две недеље апстиненције предвиђа исход успешности покушаја прекида пушења.

## **Дискусија**

Коришћење дувана у било којој форми је адиктивно<sup>4</sup>. Како је никотинска зависност мултифакторијална, она захтева мултикомпонентни третман<sup>5, 6</sup>.

Психолошка зависност се односи на терапију бихевиоралне модификације са циљем да се пушач научи да се избори са стресом и да развије стратегије превазилажења кризних ситуација и самим тим смањи могућност наставка адикције.

Физички аспекти зависности упућени су на терапију лековима<sup>7</sup>.

Симптоми никотинске апстиненције су сложени и поред физичких представљају и психолошке симптоме: жеља за дуваном (обично траје три до пет минута), нервоза, недостатак тенацитета, иритабилност, несталност расположења, анксиозност, депресија, смањена могућност концентрације, поремећај сна, осећај глади, увећање телесне тежине, главобоља, опстипација и други.

Престанак пушења и прекидање адикције могућ је применом здравственог васпитања, уз фармакотерапију која је саставни део третмана код многих пушача.

Увођење трансдермалног никотина ТН крајем двадесетог века било је праћено великом кампањом од стране фармацеутских компанија. Ова кампања је у свету међу лекарима изазвала пометњу – јер многи лекари који нису били довољно обучени у превентивној медицини, третману болести зависности и третманима поремећаја понашања као резултату апстиненцијалног синдрома. Такође био је видан проблем у недостатку вештине комуникације и саветодавним техникама које су често недостајале здравственим радницима. Нарочито је постојао проблем како користити нове трансдермалне лекове а да се не изазову не жељена дејства<sup>3</sup>.

Свакако, ван сваке сумње је да је надзор лекара у престанку пушења када се примењују лекови и те како потребан.

## **Историјат**

Развој стратегија за престанак пушења започиње 1960-их година са фокусом на бихевиорални приступ, потом током 1970-их фокус је пребачен на мултикомпонентни конгитивни са-мотретман, да би већ почетком 1980-их започео рад на превенцији рецидива пушења применим медикаментозне супституције никотина.

Према Shiffman-у, даљи помаци у иновацији бихевиоралних метода су у великој мери ис-црпљени.

Садашњи фармаколошки третмани развијени су на основу истраживања 1960-их и 1970-их.

Када је 1964. године први Извештај Surgeons General Report повезао пушење дувана са карциномом плућа и доказао његову снажну повезаност, половина пушача у САД-у је оставила дуван, и то без икакве помоћи са стране<sup>9</sup>.

Но у садашњости 6,5 до 7,5% пушача је способно да самостално прекине пушење, што представља основу за планирање стратегија престанка пушења.

Како се стопа процента престанка пушења смањује с протеком времена од момента престанка, оцена успешности се најбоље процењује после 6 до 12 месеци праћења.

## **Здравствено васпитање**

Сви покушаји престанка пушења захтевају, како од терапеута тако и од пушача, озбиљан приступ, мотивацију, посвећеност, планирање, напор и истрајност. Иако нема једноставног и потпуно успешног начина на располагању, описују се као могући: хипноза, акупунктура и фластери као и програми здравственог васпитања за престанак пушења.

Престанак пушења у здравственом васпитању (процесу промена навика и понашања) укључује следећа стања:

1. преконтемпляцију (није заинтересован/а за престанак пушења),
2. контемпляцију (размишља о престанку пушења),
3. акција – престанак пушења,
4. одржавање престанка пушења,
5. рецидив (уколико се пушење понови).

Модел стадијума и промена понашања током ових фаза укључује подтипове са главним карактеристикама које су приказани на **табели 1. и 2.** Инструкциони примери престанка пушења.

Кад се заврши са проценом стања пацијента – анамнестички, одговарајући стратешки приступ може уследити:

1. пушачи који не размишљају о престанку пушења – мотивациони приступ – информацио-ни памфлети;
2. пушачи који помишљају на престанак пушења – информација о врстама третмана;

**Табела 1.** Инструкциони примери престанка пушења

## Инструкциони пример 1

Примећујем да пушите. Пушење је штетно по Ваше здравље. У много случајева штетни ефекти могу ишчезнути. Као Ваш доктор, ја Вас морам посаветовати да престанете да пушите (прилагодите се пацијенту)



3. пушачи који су спремни на престанак пушења – потребно је одредити датум престанка пушења;
4. формална терапија престанка пушења је индикована код рецидивиста;
5. фармакотерапијски приступ код оних пушача који од кад се пробуде започинују дан цигаре-

- том, користе кутију или више кутија цигарета дневно;
6. трансдермални никотин са или без жвакаћих гума са никотином први је корак код фармакотерапије код пушача са изразитим апстиненцијалним симптомима. Групне бихевиоралне сеансе треба подстицати комплементарно;

**Табела 2.** Инструкциони примери престанка пушења**Инструкциони пример 2**

10-минутна сеанса:

1. Да ли пушите?
2. Шта Вас код пушења највише брине?
3. Шта Вас највише брине код престанка пушења?
4. Желим да престанете да пушите господине (госпођо), можете ли да се обавежете? – датум!?
5. Да ли Вам је потребна помоћ око престанка пушења?
6. Молим Вас зовите једну недељу после престанка пушења и кажите ми како Вам иде, или ћу Вас ја звати!

Како да победите страх око престанка пушења дувана: уопштени одговори:

1. Симптоми престанка пушења су пролазни, смањују се временом, обично за једну до две недеље!
2. Пушачи су победили или стекли горе проблеме и пре. Запамтите и повећајте самопоуздање!
3. Престанак пушења захтева поновно учење око стрес манагемента. Најефективније вештине које пациент може користити су:

- причај и шетај
- буди заузет
- избегни стресне ситуације док се не осетиш способним за њих
- сети се разлога престанка пушења!

Како да победите страх око престанка пушења: специфични одговори:

Пацијентов страх	Терапеутова интервенција
1. Већ нисам успео и никад нећу моћи	а) мање од 25% пушача може да из прве престане са пушењем б) учење о престанку пушења је као и свако друго и треба по неколико покушаја
2. Симптоми ће бити неиздрживи	а) многи симптоми престанка пушења трају и по 20 минута б) користи као аналогију бол глади
3. Моји пријатељи пуше	а) избегавај контакте са пушачима, све док не стекнете самопоуздање
4. Бићу нервозан и фрустриран, имаћу проблема са концентрацијом	а) шетајте или нађите неки други вид дистракције б) повећајте активности и вежбајте
5. Бићу немирањ	а) порадите на бољем сну
6. Требаће ми неки стимуланс	
7. Угођићу се	а) 1/3 ех пушача се угоји, 1/3 смрша, а 1/3 остане иста б) неки се угоје јер једу слаткише – обратите пажњу ц) део оних који се угоје – угоје се због смањеног метаболизма – стога вежбајте д) део оних који се угоје – угоје се због коришћења грицкалица – обратите пажњу е) користите кревет само за спавање, идите у кревет само кад је време спавању, нема дневног спавања.
8. Нећу моћи да спавам	а) не пијите кафу ноћу, ако не заспете за 30 минута устаните; вежбајте током дана

**Табела 3.** Комуникациони приступ престанку пушења

Теме које покреће лекар	Приступ са становишта терапеута		Приступ са становишта пацијента	
	Информација	Уверавање, мотивација	Питања отвореног типа	Питања затвореног типа
Обезбеђивање савета	Пушење је штетно по Ваше здравље и ја вас саветујем да престанете да пушите	Мислим да можете престати да пушите	Да ли мислите да Вам пушење штети здрављу?	Шта мислите како пушење утиче на Ваше здравље?
Процењивање мотивације	Да би успео престанак пушења валь да се бавежете и да направите озбиљан план	Изгледа да заиста желите престати да пушите	Да ли сте у скорије време размишљали о престанку пушења?	Шта мислите-осећате о покушају престанка пушења?
Процењивање претходног искуства	Можете научити много из претходног покушаја престанка пушења	Ако престанете седам дана то је заиста достигнуће за похвалу и то је најтежи период	Да ли сте икада покушали престанак пушења?	Како је било када сте покушали престанак пушења?
Разговор о проблемима	Одређене ситуације, мисли или осећања доприносе пушењу	Мислим да заједно можемо да сmislimo начин да се изборите са проблематичним ситуацијама	Да ли Вас је страх од престанка пушења спречава да покушате?	Какве проблеме очекујете ако сада престанете да пушите?
Разговор о ресурсима	Бирајући другачије понашање уместо пушења је лакше ако планирате	Звучи као да очекујете да Ваш супружник буде подршка	Шта друго можете да радите осим пушења после кафе, јела?	Шта би Вам омогућило да престанете да пушите успешно, да ли мислите да би успешно престали да пушите?
План преговора	Кад мислите о престанку пушења морате да одредите датум	Мислим да Вам је план реалан	Кад ћете престати? Да ли можете до следеће сеансе смањити пушење на 50%?	Какав би начин увида у престанак пушења и помоћи са моје стране било од помоћи?
Организовање праћења резултата престанка пушења	Закажите сеансу кроз једну до две недеље за праћење престанка пушења	Моје особље и ја на располагању смо Вам у случају потребе	Да ли се слажете да моја сестра позове за једну до две недеље и провери како је са престанком пушења?	

7. пушачи који не захтевају фармакотерапију, али им је потребна подршка, треба да учествују у бихевиоралним сеансама и по потреби психолошкој терапији;
8. сви који не престану са пушењем уз супституциону никотинску терапију или уз групну бихевиоралну терапију, треба да буду подвргнути скринингу због психијатријских проблема, проблема са алкохолом или других проблема са адикцијом и упућују се на индивидуалне видове терапије<sup>10</sup>.

Премда постоји уврежено мишљење да сви пушачи могу одједном да престану са пушењем, постоје студије које су то опровергле<sup>11</sup>.

У једној од њих од 630 пушача који су на своју руку престали са пушењем само 33% је издржало више од два дана, а после шест месеци тај проценат је пао на свега 3%.

Такозвани SLIPPING – повремено пушење после престанка пушења, сигуран је знак рецидива, особито ако се догађа у прве две недеље престанка пушења – 62% је пропушило током прве две недеље у таквим случајевима. Од оних који повремено пуше по такозваном престанку пушења, 95% поново пропуште.

Највећи број пушача жели да престане са пушењем, а потребна су најмање три покушаја пре постицања успеха.

Евалуација разних приступа даје следеће стање:

1. на савет лекара два одсто пушача прекида пушење до једне године;
2. овај проценат се повећава уколико се улога лекара повећа у праћењу оних који су престали;
3. нарочито је успех повећан када се ради о осетљивим групама пацијената (труднице, болесници са исхемијском болешћу срца);
4. терапија психолога, групно или појединачно, у потпуности је изједначена са саветом лекара;
5. хипноза и акупунктура су се показале неефикасним;
6. никотинска супституциона терапија успешна је код 13% пушача<sup>12</sup>.

Студије које су учињене на око 72.000 субјекта показале су да 6,5% може престати без икаквих интервенција.

Многе студије су показале да већина пушача највише воли опцију минималног контакта са терапеутима, само мањи проценат пушача се уписује на различите програме који укључују ангажовање терапеута, чак и ако су бесплатни.

### **Здравствено-васпитни ефекти**

Неколико принципа промена понашања од великог су значаја. Познато је да су људи склонији да буду убеђени у сопствене мишљење него у мишљење које им се на међе.

Промена понашања се најбоље контролише истицањем ефеката који се јављају у кратком временском периоду као што су: олакшано дисање, боља физичка кондиција; него код инсистирања на дугорочнијим ефектима и негативним последицама које ће се јавити на пример за двадесет година: карцином плућа, исхемијска болест срца и слично.

Тактике застрашивања пацијента у циљу модификовања пацијентовог понашања су безуспешне јер индикују кривицу, страх и безнађе, али, с друге стране, индикација промене понашања може да буде најјача код персонализоване претње здрављу.

Имајући напред наведено у виду, као и чињеницу да 70% пушача посети лекара бар једном годишње, неопходно је посветити два до четири минута сваком пушачу по основу престанка пушења, што није много, а што би имало значајног утицаја на здравље људи у целини.

Овај приступ обавезног краткотрајног саветовања треба применити на све пушаче, а посебно на „здраве пушаче”.

За терапеута – лекара или сестру не треба да буде обесхрабрујуће ако пацијент не успе са престанком пушења првих неколико пута.

Фокус ваља усмерити на одржавање престанка пушења, упознајући пацијента са симптомима адикционе кризе (табела 3. Комуникациони приступ).

Ситуације ризика су после оброка, током стресних ситуација, током пијења кафе и током одређених социјалних догађања (скупови,

концерти, изласци). Једном кад пушач осети долазак кризе, он је упућен да мисли или учини повратни конгитивни или бихевиорални процес и да то развије у механизам.

Ако ипак дође до поновног пушења, не треба кривити пушача, већ им одати признање за дотадашњу апстиненцију и охрабрити их за наставак апстиненције.

Пушачу који је престао са пушењем ваља напоменути да престанак пушења смањује стрес, што је у супротности са увреженим схватањима и такозвани периоди изузетне жеље за дуваном обично трају по око три до пет минута.

## **Физички аспекти апстиненције и фармакотерапија**

Фармаколошка помоћ је усмерена на при времену смањивање неких ефекта престанка пушења, док апстинент не научи да се сам избори са њима.

Не постоји магични лек за престанак пушења и изгледа да га и убудуће неће бити.

Пушење је састављено из две повезане адикције које се морају третирати удруженом:

1. Физиолошки аспекти адикције, што укључује потребу да се одржи никотинемија, а у циљу избегавања апстиненцијалних симптома;
2. Бихевиорални аспекти адикције, што укључује психолошке и социолошке факторе.

Супституциона терапија је на располагању у виду: жвакаћих гума (Nicorette), трансдермалних фластерса, назалних никотинских спрејева, оралних инхалера.

Фластери су фиксне дозе, док су друге форме наведене без фиксних доза. Стога постоје предности комбиновања фиксне дозе са самодозирајућим препаратима. Разни видови супституцијоне терапије су различити по брзини апсорпције, при чему је трансдермални пут најспорији (потребно је шест до осам сати за стабилну никотинемију), потом следи жвакаћа гума, а најбржи начин уноса су спрејеви и инхалатори.

Унос супституционог никотина у односу на исти пушењем јесте да карциногени ефекти

нису удруженi са уносом никотина на овај начин (овде нема ефекта који је изражен код пушења – топлота, угљен-моноксид, смоле, хемикалије додате за кондиционирање дувана и сл), а представљају значајан допринос престанку пушења.

План започињања супституцијоне терапије подразумева два до шест месеци, за које време се симптоми престанка пушења превазилаže и пациент се бихевиоралним методама учи да живи без цигарета. Такође се савладавају психолошки аспекти зависности, који су окидачи адикције и жеље за пушењем.

Никотинска супституциона терапија не мења једну адикцију другом, већ је унесена количина никотина на тај начин мања за 50% у односу на унесену ужицањем дувана, а пациенти се упозоравају да супституциона терапија побољшава или не елиминише симптоме престанка пушења<sup>7</sup>.

Овакав вид терапије не уклања психолошку компоненту зависности.

У сваком случају престанак пушења на дуже стазе још је тежак циљ у стварном животу, и много тежи него у контролисаним студијама. Ово је стога што су у контролисаним студијама регрутовани високо мотивисани појединци, што даје значајно другачију слику у односу на епидемиолошке студије.

## **Закључак**

Саветодавна улога лекара је примарна и треба да буде пре свега превентивна; ваља саветовати сваког пушача сваки пут кад је у ординацији. Са јавно здравственог аспекта најзначајнији је престанак пушења код младих и здравих особа код којих се нису појавили системски ефекти пушења који се појављују код дуготрајних пушача.

Најважнији период код покушаја престанка пушења јесте период од прве две недеље: са најинтензивнијим методама здравствено-васпитног саветовања, у комбинацији са адекватном медикацијом, које чине покушаје престанка пушења изводљивим и потпуно могућим код мотивисаних пацијената<sup>13</sup>.

Искуство са различитим стратегијама за

престанак пушења које су до сада коришћене показале су да ниједан метод није применљив на све пушаче, као и да ниједан програм престанка пушења није показао преимућство над другим. Успешни програми морају бити прилагођени сваком пушачу индивидуално, и укључују многе компоненте, повећавајући потребу броја контаката пацијента са здравственим васпитачима и осталим учесницима у групним програмима подршке, пружајући пушачима поверење да ће бити у могућности да престану са пушењем, уз нарочито обраћање пажње на фазу одржавања апстиненције<sup>14</sup>. Потребно је охрабривати све лекаре и медицин-

ске сестре да учествују у одвикавању од пушења својих пацијената.

Успешно одвикавање од пушења захтева обраћање пажње на психолошке и на физичке аспекте адикције. Давање лекова без обраћања пажње на промене понашања није успешније него плацебо.

Будућност у програмима престанка пушења јесте у препознавању индивидуалних потреба сваког пушача. То подразумева евалуацију подтипа пушача и све његове карактеристике као и развој стратегије према индивидуалним потребама.

### **Литература**

1. Удружење за јавно здравље Србије: Политика и пракса без дувансог дима у здравственим установама у Србији. Београд, 2010.
2. Wong JG: How to help your patients quit smoking. Strategies that work. Postgrad med 1993; 94: 197.
3. Benowitz NL: Pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction. N Engl J Med 1988; 319: 1318–1330.
4. The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, DHHS publication (LDC) 1988; 88–8406.
5. Fisher EB Jr, Rost K: Smoking cessation: A Practical guide for the physician. Clin Chest Med 1986; 7: 551–565.
6. Hurt RD, Dale LC, McClain FL, et al: A comprehensive model for the treatment of nicotine dependence in a medical setting. Med Clin North Am 1992; 76: 495–514.
7. Fiore MC, Jorenby DE, Baker TB, Kenford SL: Tobacco dependence and the nicotine patch: Clinical guidelines for effective use. JAMA 1992; 268: 2687–2694.
8. King M, Novik L, Citrenbaum C: Irresistible Communication: Creative Skills for the Health Professional. Philadelphia: WB Saunders, 1983.
9. Schiffman S: Smoking cessation treatment: Any progress? J Consult Clin Psychol 1993; 61: 718.
10. Hughes JR, Higgins ST, Bickell WK: Nicotine withdrawal versus other drug withdrawal syndromes: Similarities and dissimilarities. Addiction 1994; 89: 1461.
11. Baillie AJ, Mattick RP, Hall W: Quitting smoking: Estimation by meta-analysis of the rate of unaided smoking cessation. Aust J Public Health 1995; 19: 129.
12. Law M, Tang JL: An Analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. Arch Intern Med 1995; 155: 1933.
13. Glynn TJ, Boyd GM, Gruman JC: Essential elements of self-help/minimal intervention strategies for smoking cessation. Health Educ Q 1990; 17: 329–345.
14. Seim Hc, Verhoye JR: Comparison of training techniques using a patient-centered approach to smoking cessation. Med Educ 1995; 29: 139.



## **Повреде у друмском саобраћају на територији Града Крагујевца**

*C. Коцић<sup>1</sup>, Д. Ђокић<sup>2</sup>, С. Радовановић<sup>3</sup>, П. Поповић<sup>4</sup>, С. Радевић<sup>5</sup>*

## **Injuries in Road Traffic on Territory of City of Kragujevac**

*Sanja Kocić, Dragoljub Đokić, Snežana Radovanović, Predrag Popović, Svetlana Radević*

**Сажетак:** Циљ рада јесте да се прикажу епидемиолошке карактеристике саобраћајног трауматизма на територији Града Крагујевца.

Као извор података коришћени су подаци Министарства унутрашњих послова – Полицијска управа Крагујевац. Урађена је анализа повреда у друмском саобраћају на територији Града Крагујевца за период 1998–2008. године.

Стопе инциденције повређивања у друмском саобраћају имале су највише вредности 2001. године (529,37%000), 2007. (472,44%000) и 2008. године (486,28%000). Највише вредности морталитета у друмском саобраћају су забележене у 1999. години (31,37%000) и у 2000. години (28,68%000).

Структура саобраћајних удеса није се битно мењала у анализираном периоду. Доминирају судари моторних возила, затим следе превртавање или слетање возила, обарање или гађење пешака.

**Кључне речи:** саобраћајни трауматизам, морбидитет, морталитет.

### **Увод**

Повреде су поремећаји здравља који настају као последица акутне изложености некој од различитих облика енергије: механичкој, топлотној, електричној, хемијској или радиационој, која својим интензи-

**Summary:** The aim of this paper was to analyse the injuries in road traffic on territory of City of Kragujevac.

The data sources were from the Ministry of Home Affairs – Police Department Kragujevac. The analysis of the injuries in road traffic on territory of City of Kragujevac was done for the period 1998. – 2008.

The rates of incidence of injuries in road traffic had the highest values in 2001. (529,37%000), 2007. (472,44%000) and in 2008. (486,28%000). The highest values of mortality in road traffic were recorded in 1999. (31,37%000) and in 2000. (28,68%000).

The structure of traffic accidents wasn't significantly changed for the period we observed. The motor-car crashes are dominating, than turnovers and outages of vehicles and than hittings of the pedestrians.

**Key words:** traffic accidents, morbidity, mortality

тетом превазилази праг физиолошке толеранције. Повреде могу бити ненамерне (повреде настале у саобраћају, излагању топлоти, хемијским агенсima, паду итд.), и намерне повреде, које су резултат насиља против себе или других<sup>1, 2</sup>.

Према проценама Светске здравствене организације, сваке године се око 26 милиона

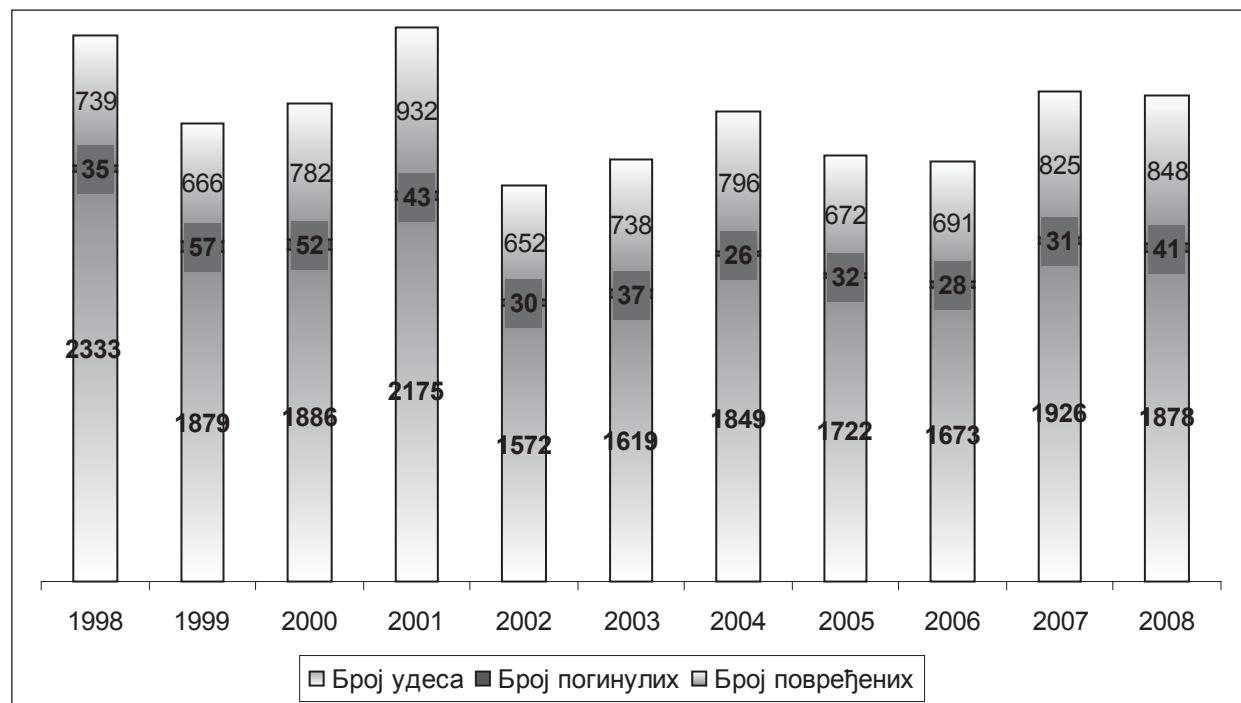
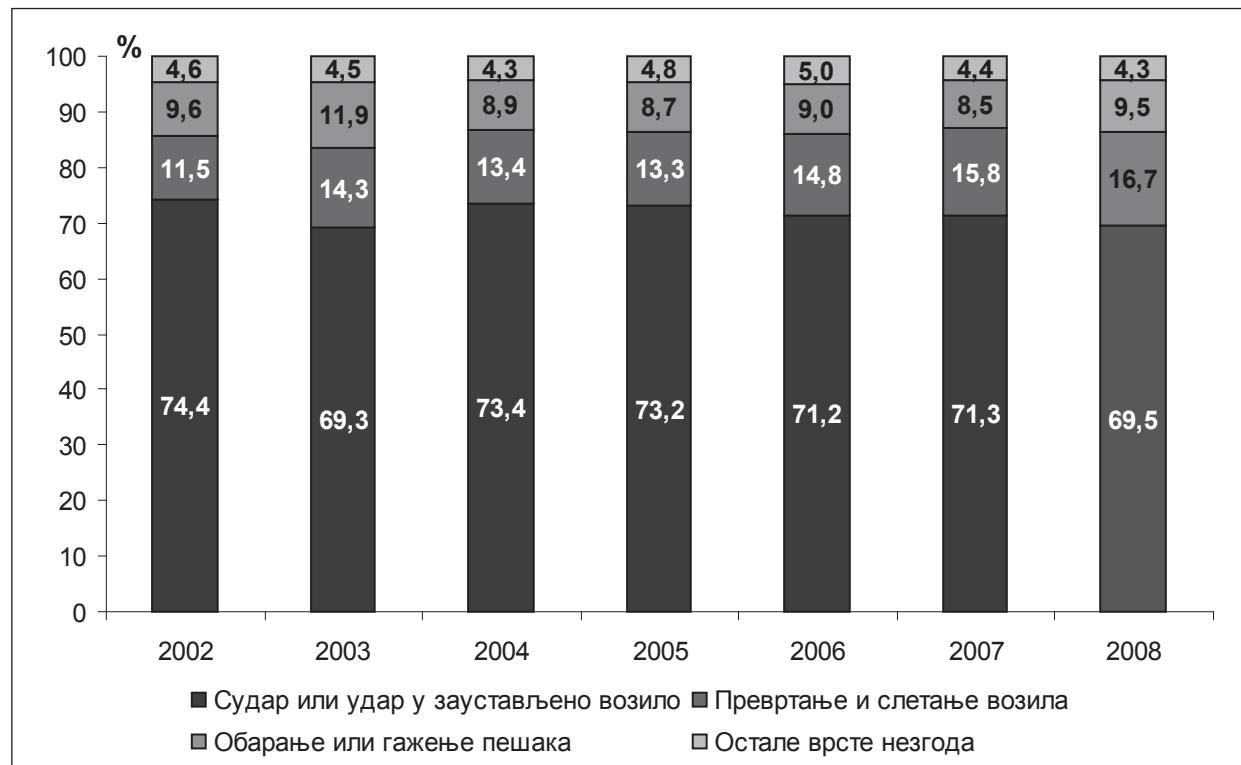
1 Санја Коцић, Институт за јавно здравље Крагујевац, Медицински факултет Крагујевац.

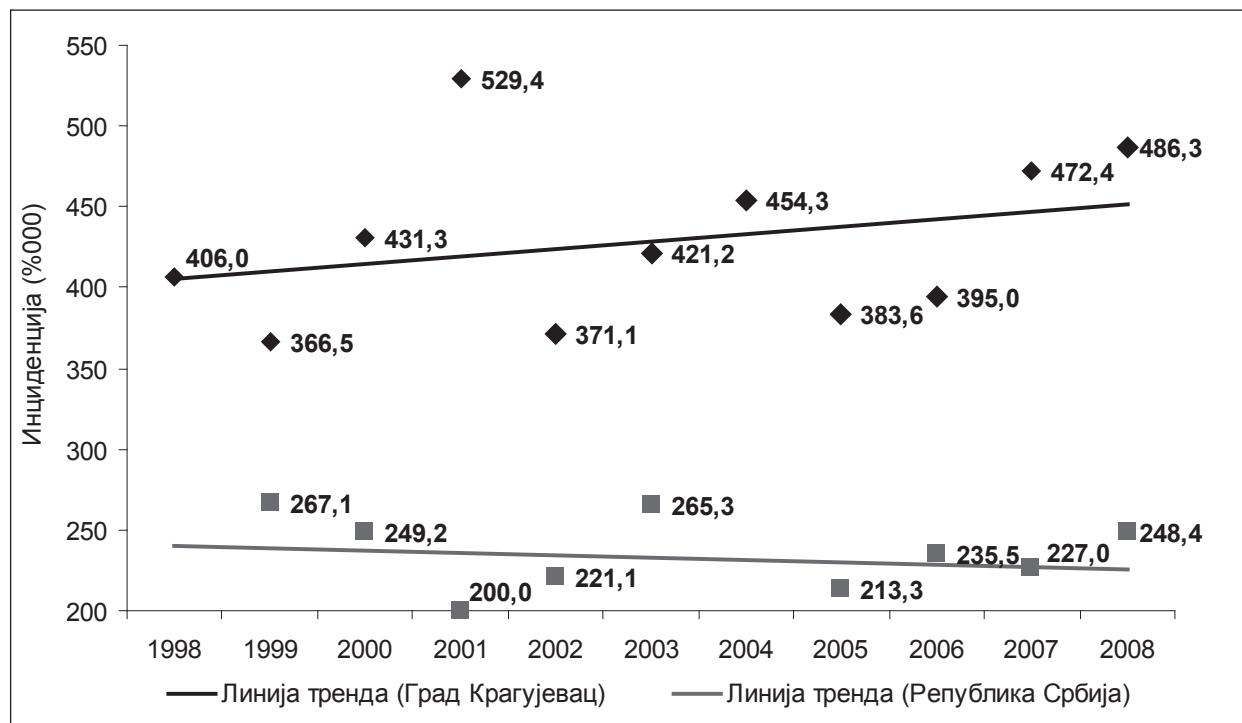
2 Драгољуб Ђокић, Институт за јавно здравље Крагујевац, Медицински факултет Крагујевац.

3 Снежана Радовановић, Институт за јавно здравље Крагујевац, Медицински факултет Крагујевац.

4 Предраг Поповић, Институт за јавно здравље Крагујевац.

5 Светлана Радевић, Институт за јавно здравље Крагујевац.

**Графикон 1.** Број удеса, повређених и погинулих у друмском саобраћају, Крагујевац, 1998-2008.**Графикон 2.** Стопа инциденције повређивања у друмском саобраћају, Крагујевац и Република Србија, 1998–2008.

**Графикон 3.** Структура саобраћајних удеса, Крагујевац, 2002–2008.

особа повреди у друмском саобраћају, а за приближно 1.300.000 људи исход тих повреда је фаталан. Иако је број моторних возила по глави становника знатно већи у економски развијеним земљама, фатални исходи су неупоредиво чешћи у сиромашним и средње развијеним деловима света<sup>3</sup>.

Анализа структуре појединачних узрока смрти указала је данас да повреде у друмском саобраћају у свету заузимају 9. место, у Европи се налазе на 15. месту, а у Србији на 17. месту<sup>4</sup>.

Смртност као последица повреда насталих у друмском саобраћају углавном погађа млађу популацију. Приближно 50% погинулих особа је у узрасту од 15 до 44 године старости, при чему је ризик за мушкарце троструко већи у односу на жене<sup>5, 6</sup>.

## Циљ рада

Циљ рада јесте да се прикажу епидемиолошке карактеристике саобраћајног трауматизма на територији Града Крагујевца.

## Метод рада

Подаци су добијени од Министарства унутрашњих послова – Полицијска управа Крагујевац, анализом записника са увиђаја саобраћајних незгода на територији Града Крагујевца за период 1998–2008. година. За анализу су коришћени показатељи морбидитета и морталитета. Резултати су приказани графички.

## Резултати и дискусија

На територији Града Крагујевца, у периоду од 1998. до 2008. године, број саобраћајних удеса варира. Најмањи број саобраћајних удеса забележен је 2003. године (1.619), а највећи 1998. године (2.333). Најмањи број повређених у друмском саобраћају регистрован је 2002. године (652), а највећи 2001. године (932). Број погинулих у саобраћајним несрећама најмањи је 2004. године (26), а највећи 1999. године (57), (графикон 1).

И поред значајних осцилација, произлази да су у последње две године саобраћајни уде-

си, повређивања и морталитет у саобраћајним несрећама у порасту.

У земљама у развоју најчешће жртве саобраћајног трауматизма били су пешаци, бициклисти, деца и путници у јавном превозу, док се, с друге стране, у економски развијеним деловима света највише смртних исхода бележи међу возачима и пешацима<sup>7, 8</sup>.

Насупрот томе, у високо развијеним земљама, као на пример у Финској, где се већ тридесет година спроводи кампања за безбедност на путевима, број смртних случајева у друмском саобраћају смањен је за 50%, иако је број моторних возила у истом периоду утврштручен<sup>9, 10, 11</sup>.

Стопе инциденције повређивања у друмском саобраћају имале су највише вредности 2001. године (529,37%000), 2007. (472,44%000) и 2008. године (486,28%000). У 1999. и 2000. години забележене су највише вредности морталитета у друмском саобраћају (31,37%000) у 1999. и (28,68%000) у 2000. години, (**графикон 2**).

Структура саобраћајних удеса није се битно мењала у анализираном периоду. Доминирају судари моторних возила, затим следе превртање или слетање возила, обарање или гажење пешака и друго (**графикон 3**).

## Литература

1. Anda RF et al. The enduring effect of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 2006; 256: 174–186.
2. Anda RF et al. Adverse childhood experiences and prescribed psychotropic medication in adulthood: a perspective study. American Journal of Preventive Medicine 2007; 32: 389–394.
3. Rumar K. Transport safety visions, targets and strategies: beyond 2000. Brussels, European, Transport Safety Council, 1999 (1st European Transport Safety Lecture). Доступно на: <http://www.etsc.be/eve.htm>
4. Здравље становника Србије. Аналитичка студија, 1997–2007. Институт за јавно здравље Србије, Београд, 2008.
5. Litman T. If health matters: integrating public health objectives in transportation planning. Victoria, BC, Victoria Transport Policy Institute, 2003. Доступно на: <http://www.vtpi.org/health.pdf>
6. TransMilenio. A high capacity/low cost bus rapid transit system developed for Bogota, Colombia. Bogota, TransMilenio SA, 2001.
7. Hummel T. Land use planning in safer transportation network planning. Leidschendam, Institute for Road Safety Research, 2001 (SWOV Report D-2001-12).
8. Ross A et al., eds. Towards safer roads in developing countries. A guide for planners and engineers. Crowthorne, Transport Research Laboratory, 1991.
9. Aeron-Thomas A et al. A review of road safety management and practice. Final report. Crowthorne, Transport Research Laboratory and Babtie Ross Silcock, 2002 (TRL Report PR/INT216/2002).
10. Allsop R. Road safety audit and safety impact assessment. Brussels, European Transport Safety Council, 1997.
11. Margie Peden, Richard Scurfield, David Sleet, Dinesh Mohan, Adnan A. Hyder, Eva Jarawan and Colin Mathers. World report on road traffic injury prevention. World Health Organization Geneva, 2004.

Током 2007. године више од половине (55,5%) жртава саобраћајног трауматизма у Србији било је узраста од 15 до 54 године. Усвајање и примена новог закона о безбедности саобраћаја који би строго санкционисао вожњу под дејством алкохола и других опојних дрога, неприлагођену и прекорачену брзину, избегавање коришћења појасева за везивање и кацига за дводочкаше, лоше планирање, трасирање и одржавање путева, лоше одржавање возила и непримењивање стандарда безбедности у друмском саобраћају, у наредном периоду битно би могла да смањи број несрећа у друмском саобраћају, као и број повређених и погинулих особа у њима<sup>4</sup>.

## Закључак

На територији Града Крагујевца, и поред значајних осцилација, у посматраном периоду саобраћајни удеси, повређивања и морталитет у саобраћајним несрећама су у порасту. Структура саобраћајних удеса није се битно мењала у анализираном периоду. Доминирају судари моторних возила, затим следе превртање или слетање возила, обарање или гажење пешака и друго.

## Терапијски поступак код повреда нерава – када, како и зашто?

М. Самарџић<sup>1</sup>, В. Башчаревић<sup>2</sup>, И. Цвркота<sup>3</sup>

---

## Surgical Treatment of Peripheral Nerve Injuries

Samardžić M., Baščarević V., Cvrkota I.

**Сажетак:** Хируршко лечење повреда периферних нерава индиковано је код свих отворених повреда са трансекцијом нерва као и код затворених повреда где ни након три месеца није дошло до функционалног опоравка. Уколико је операција изведена у првих 48 часова говоримо о примарној неурорафији, одложена примарна неурорафија је до 18-ог дана након повреде, а уколико је операција урађена од треће до шесте недеље након повреде ради се о раној секундарној неурорафији. Код оштирих лацерација или секција индикована је примарна неурорафија, односно одложена примарна неурорафија. Код тупих лацерација оптимални термин за операцију је након три до шест недеља, односно рана секундарна неурорафија. Код прострелних повреда, као и код затворених повреда периферних нерава, индикована је месечна евалуација и одложена секундарна репарација након три месеца. Слични ставови важе и за време оперативног лечења отворених повреда брахијалног плексуса. Код тракционих повреда брахијалног плексуса саветује се одлагање операције најмање за два месеца након чега ће спроведене дијагностичке процедуре омогућити диференцијацију нивоа повреде. Аутологна слободна нервна трансплантија за сада остаје метод избора у премештању дефекта нервне супстанце код повреда периферних нерава код којих дужина дефекта прелази два сантиметра и не може се редуковати неком од помоћних метода. Нервна трансплантија се углавном врши као секундарна процедура, након збрињавања повреда тетива, кости и дефектата коже.

**Summary:** Surgical treatment of peripheral nerve injuries is indicated in patients with open injuries of peripheral nerves and in patients who suffered closed injury and nerve lesion where even after three months patients didn't achieve functional recovery. Primary neuroraphy is performed in the first 48th hours, after that till 18th days delayed primary neuroraphy is performed, and after three to six weeks early secundary neuroraphy is carried out. In sharp lacerations primary neuroraphy is indicated, or delayed primary neuroraphy. In blunt lacerations optimal timing for surgery is three to six weeks after injury. In gunshot wounds and in closed peripheral nerve injuries after three months, delayed secundary nerve reparation is indicated. In traction injuries of brachial plexus we advise delaye surgery for at least two months, after necessary diagnostic procedures, that will enable establishing the right level of brachial plexus injury. Nerve transplantatio using free nerve graft is the method of choice in peripheral nerve injuries where nerve defect is no longer than 2 cm. Nerve transplantation is secundar procedure, after treating tetic, bone and skin injuries.

**Key words:** nerve injury, timing, perpheral nerve, brachial plexus, surgical repair.

---

1 Самарџић М., Институт за неурохирургију, Клинички центар Србије, Београд.

2 Башчаревић В., Институт за неурохирургију, Клинички центар Србије, Београд.

3 Цвркота И., Институт за неурохирургију, Клинички центар Србије, Београд.

**Кључне речи:** повреда нерва, време, периферни нерви, брахијални плексус, хируршко лечење.

## Класификација повреда периферних нерава

**C**авремена класификација повреда нерава подразумева шест градуса повреде нерава и представља проширену Seddon-Sunderland-ову класификацију (**слика 1**), а увели су је Mackinon и Dellona 1988. године<sup>1, 2, 3</sup>.

**I степен** (неуропраксија по Seddon-y). Ова повреда означава локални блок спровођења. Макроскопски, нерв је нормалног изгледа, а патохистолошке промене подразумевају сегменталну демијелинизацију. Како је аксон интактан, не долази до Waller-ове дегенерације и накнадне регенерације, па се Tinel-ов знак не изазива. Опоравак функције је комплетан и одиграва се у интервалу од више дана до више недеља, а најкасније до истека трећег месеца од повреде. Овај тип повреде обично настаје као последица компресије.

**II степен** (аксонотмеза по Seddon-u). Код овог степена постоји повреда аксона уз очуван ендонеуријум. Дистални део аксона подлеже Waller-овој дегенерацији. Процес регенерације напредује 1–1,5mm дневно, те је Tinel-ов знак позитиван и напредује пут дистално. Опоравак функције је комплетан и има серијску прогресију у складу са анатомским распоредом циљних органа.

**III степен** (први интермедијарни степен који је увео Sunderland 1951. године) подразумева и лезију аксона и лезију ендонеуријума, уз очувани перинеуријум, тако да се регенерација одиграва у оквиру фасцикулуса и уколико је повреда дисталније, где су фасцикулуси диференцирани, опоравак је квалитетнији. Брзина опоравка је иста као код аксонотмезе, али опоравак није потпун и може да варира од скоро комплетног до потпуног изостанка опоравка. Код овог степена повреде, с обзиром на постојање оштећења и аксона и ендонеуријума, аксон регенерише кроз ожилјне промене. Због тога се извесни регенеришући ак-

сони губе у ожилјном ткиву, па због тога процес регенерације није комплетан. Код овог степена повреде Tinel-ов знак је позитиван и напредује пут дистално.

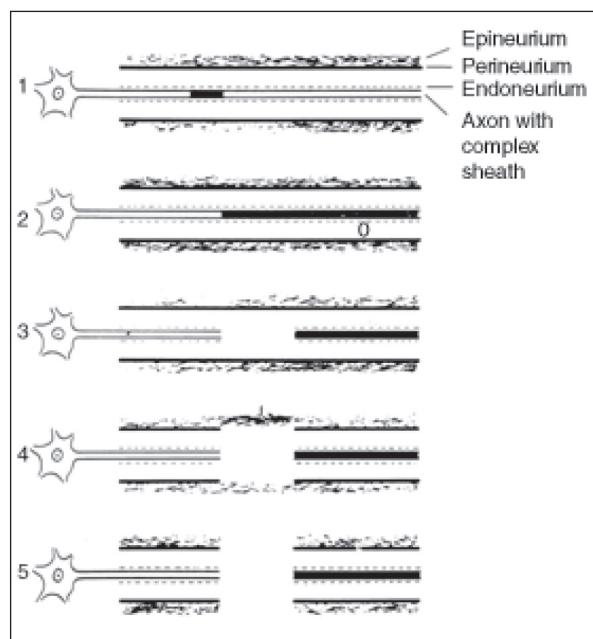
**IV степен** (други интермедијарни степен по Sunderland-y). Код овог типа повреде јавља се оштећење како ендонеуријума тако и перинеуријума. Епинеуријум је очуван – континуитет нерва је очуван али се одржава ожилјним ткивом. У делу нерва дистално од места повреде долази до Waller-ове дегенерације. Код овог типа никада не долази до спонтаног функционалног опоравка, већ је то могуће само након хируршке интервенције. Најчешће је IV степен повреде последица тракције, а сличну слику дају и повреде иглом и убрзганим лековима. Хируршка интервенција се предузима после три месеца од повреде, тј. после периода када би се прва три степена могла.

**V степен** (неуротмеза по Seddon-u). Овај степен карактерише комплетан пресек нерва, где Tinel-ов знак не напредује пут дистално и где нема спонтаног опоравка па се мора извршити операција. Ове повреде су отворене и лако се дијагностишују. Пресек нерва може бити прост или са дефектом нервне супстанце. У оба случаја се на проксималном окрајку формира неуром састављен од петљи дезорганизованих регенеришућих аксона и пролиферисаног нервног ткива, а на дисталном фибром грађен од везивног ткива.

**VI степен** (уведен од стране Mackinon-a и Dellon-a 1988. године) представља комбинацију свих претходних и карактерише се постојањем неурома у континуитету што представља велики хируршки проблем. Ова повреда има мешовиту основу са могућношћу постојања очуване функције појединих фасцикулуса и различитим степеном оштећења осталих. С тога је и степен опоравка различит, тј. потпун код I и II степена, делимичан код III, а одсутан код IV и V степена. У тим случајевима пре судна је хируршка експлорација са одстрањењем епинеуријума који је обично задебљао и издвајањем појединачних фасцикулуса.

Овим поступком се могу наћи макроскопски нормални фасцикулуси са I и II степеном повреде, где до опоравка није дошло због компресије перинеуралним фиброзним ткивом. У тој ситуацији довољна је само интерфасцикуларна неуролиза. У тој ситуацији саветује се примена интраоперативне електростимулације и регистровања нервних акционих потенцијала у циљу провере постојања очуваних или репгенерисаних аксона. Уколико они не постоје, потребно је фасцикулус ресекцији. Неретко постоје комбинације ових оштећења које захтевају комбиновани хируршки поступак.

**Слика 1.** SUNDERLAND-ова класификација повреда периферних нерава



## Механизми повређивања периферних нерава

Механизми који доводе до повреда нерава могу се сврстати у неколико група:

1. лацерација – трансекција;
2. истезање (тракција) и контузије;
3. исхемије и компресије;
4. електричне, термичке и ирадијационе повреде;
5. инјекционе повреде.

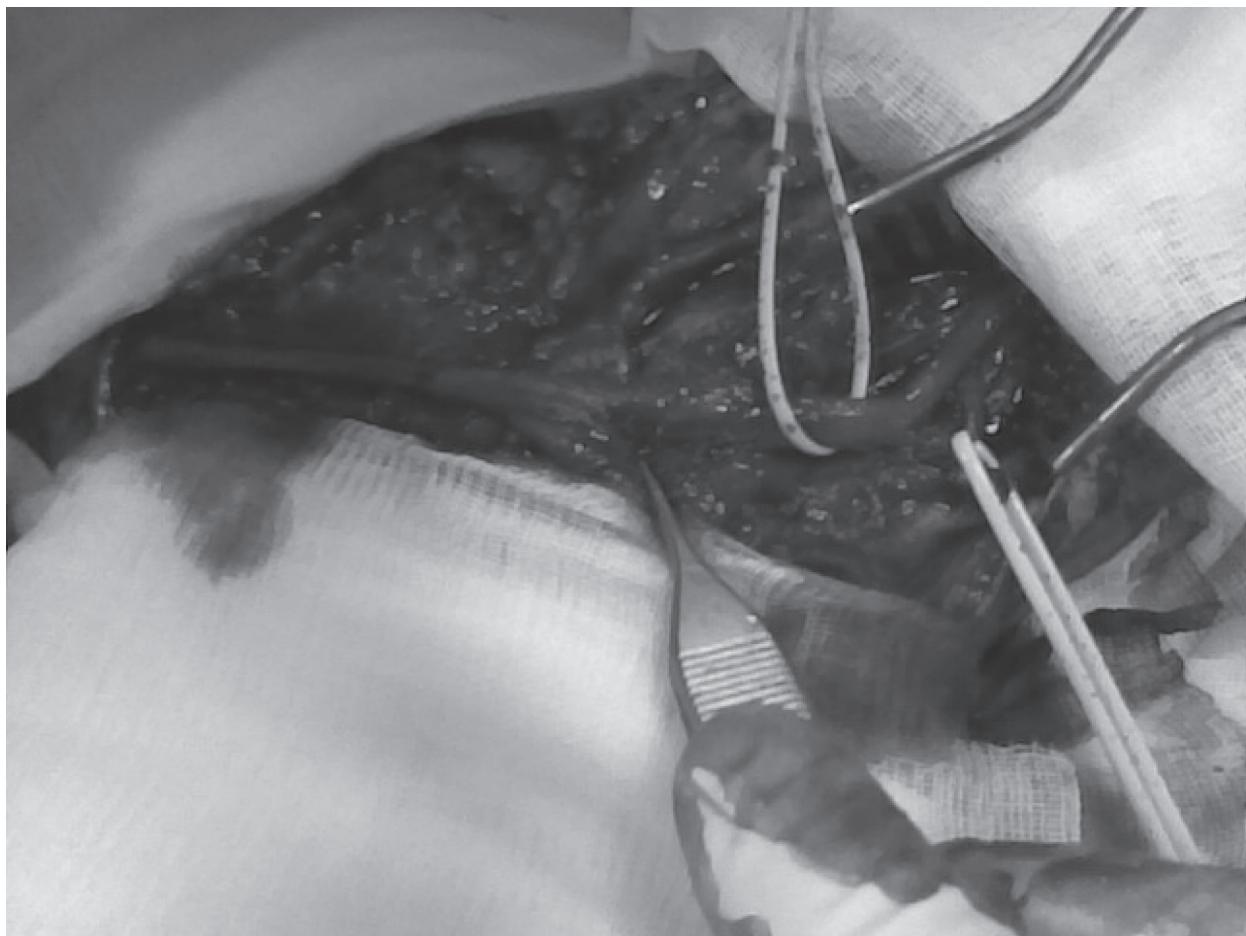
## Лацерације

Лацерације подразумевају пресецање нервног стабла. Приближно 30% повреда периферних нерава отпада на ову групу, а у оквиру ње повреде са делимичном трансекцијом нерва – делимично очуваним континуитетом нерва, чине око 15%. Пресечени део влакана претрпео је V степен оштећења, а преостали део од I до IV степена оштећења по Sunderland-у. Самим тим и функционални дефицит варира од благог и некомплетног до комплетног, а у складу са тим варира и степен и време могућег спонтаног опоравка. У практици се парцијално пресечени део нерва ретко регенерише довољно да успостави ранију функцију<sup>4</sup>.

Разликују се оштре и тупе лацерације. Код оштрих лацерација епинеуријум је чисто пресечен, са минималним контузионим и хеморагичним променама на окрајцима. Међутим временом долази до ретракције и ожиљног задебљавања окрајака. Код тупих лацерација постоји неправилан расцеп епинеуријума и појединачних сегмената нерва. Контузије и хеморадије се код тупих лацерација протежу и до неколико центиметара, проксимално и дистално уз развој неурома. Ретракција и пролиферативне ожиљне промене су на окрајцима јаче изражене.

## Истезање (тракција) и контузије

Код ових повреда нерв је најчешће очуваног континуитета, мада у зависности од величине дејствујуће силе, нерв понекад може бити и прекинут. Код прекида нерва, оштећење окрајка је дугачко неколико центиметара, а накнадне ожиљне промене и ретракција су доста изражене. У случају када је континуитет нерва очуван, степен интранеуралног оштећења је разнолик и обухвата све типове нервних лезија. Блажи степен истезања обично је у вези са преломима кости или ретракцијом у току хируршких интервенција. Најчешћи примери ових повреда су тракционе повреде брахијалног плексуса, које могу резултирати у свим степенима нервног оштећења,

**Слика 2.** Тракциона повреда радијалиса у надлакту

укључујући и авулзију спиналних коренова. Пример за тракционе повреде јесу и повреда перонеуса на нивоу главе фибуле код различитих повреда колена, као и исхијадикуса код дислокације или прелома кука. Такође је тракциони механизам повређивања делом укључен у прострелне повреде изазване пројектилима велике брзине<sup>5</sup>.

### *Прострелне повреде*

Прострелне повреде у 15% случајева настају када пројектил или његов фрагмент директним ударом доведу до тоталне или парцијалне секције нерва. У тим случајевима окрајци су неправилни са израженим контузиона-хеморагичним променама и каснијим развојем неуро-

ма. Чешће се дешава да прострелне повреде доводе до тракције и контузије нерва, са очуваним континуитетом нерва, уз различит степен интранеуралног оштећења. То је последица проласка пројектила поред нерва и оштећења проузрокованих компресијом и кавитацијом. При томе могу настати не само оштећења аксона, него и везивних омотача, па и интранеуралних крвних судова на дужем сегменту нерва. У акутној фази сегмент нерва изгледа отечен и хеморагичан. Током времена, пролиферацијом везивног ткива, формира се неуром у континуитету. Први (I) степен спонтаног опоравка ће зависити од степена оштећења, тј. од заступљености аксонотмезе у односу на неуротмезу.

## *Исхемија*

Исхемија може бити одговорна за блажи и у релативно кратком временском року реверзибилан степен оштећења. У већини компресивних лезија, укључујући и хроничне компресивне неуропатије, локализована исхемија има извесну улогу у оштећењу нервних влакана које може бити широког спектра – од благих и реверзибилиних па све до Waller-ове дегенерације аксона у случајевима уколико је исхемија била тешка и дуготрајна. На исхемију су осетљивија велика мијелинизована влакна у односу на немијелинизована<sup>6</sup>. Пресечени нерв и нерв под тензијом је осетљивији на исхемију.

## *Компресија*

Компресија такође може да доведе до различитог степена оштећења нерва у зависности од њене тежине и дужине трајања. Тако могу настати само оштећења I степена код минималних компресија. Код тежих се може јавити и Waller-ова дегенерација. Примери компресивних повреда су компресија радијалиса на хумерус – saterday night palsy, код лоше постављене гипсане имобилизације, или неодговарајуће позиције екстремитета у општој анестезији, анеуризмална компресија на брахијални плексус или тешке Crush повреде и фрактуре са поремећајем васкуларизације што доводи до пораста притиска у затвореном простору.

## *Електричне повреде*

Пролазак електричне струје кроз нерв у почетној фази доводи до некрозе, а касније се јављају везивно-ткивне реакције (фиброза), која је најизраженија на перинеуријуму и ендонеуријуму, због чега се спонтани опоравак јавља спорадично и обично је неопходна хируршка интервенција са ресекцијом дужег нервног сегмента.

## *Термичке повреде*

Ове повреде су последица дејства пламена, паре или контакта са врелим предметима које доводе у почетку до коагулационе некрозе која се затим претвара у фиброзно ткиво. По правилу су захваћени дужи нервни сегменти, па је прогноза ових повреда неповољна, поготово ако се има у виду и истовремено оштећење мишића и других меких ткива. Степен ткивне некрозе, бактеријска контаминација и потреба за здравим лежиштем онемогућавају рану репарацију.

## *Ирадијационе повреде*

Ове повреде обично захватају брахијални плексус, а ређе пелвични плексус и крактеришу се екстензивном фиброзом интранеуралних структура и околних ткива. Електричне, термичне као и ирадијационе повреде имају лошу прогнозу због великог степена и екстензије нервне лезије.

## *Инјекционе повреде*

Ове повреде настају убадањем игле директно у нерв или као резултат дејства инјектира ног неуротоксичног агенса. Последице интранервне инјекције су акутни едем нерва са бурном инфламаторном реакцијом које често доводе до некрозе аксона и суседних везивноткивних елемената. Најчешћи проузроковачи инјекционих неуропатија јесу антибиотици, стероиди и наркотици. Најчешће инјекционе повреде су лезија н. исхиадика у глутеалној регији и н. радиалиса у пределу средње трећине надлакта. Терапија инјекционих повреда састоји се у хитној инјекцији 50–100мл физиолошког раствора у регију где је инјектиран лек, како би се што пре разблажила његова концентрација. У случају развоја комплетног дефицита, чека се опоравак нерва 8 до 16 недеља, после чега се предузима оперативно лечење уколико до опоравка не дође. Ако је неуролошки дефицит парцијалан, третман је експективативан.

## Индикације и време оперативног лечења повреда нерава

Индикације за хируршко лечење повреда периферних нерава су:

1. Затворене повреде без знакова функционалног опоравка ни после три месеца оц повреде (период од три месеца је крајња граница за спонтани опоравак од I до III степена лезије).
2. Отворене повреде са јасном парцијалном или комплетном трансекцијом нерва.
3. Прогресиван функционални дефицит до кога долази услед неурокомпресивног деловања ожиљног ткива или формирања артериовенске фистуле.
4. Болни синдром и када се не очекује постоперативни функционални опоравак нерва.

Постоји неколико термина за оперативно лечење као што су: *примарна неурорафија*, *одложена примарна неурорафија* и *рана секундарна неурорафија*.

### Примарна неурорафија

Уколико је повреда чиста и нанета оштром предметом (ножем, стаклом, жилетом), онда је примарни шав нерва индикован у првих 6 до 12 часова од повређивања, а према појединим ауторима у оквиру прва 24 часа (Wilgis, 1988)<sup>7</sup>. Примарна неурорафија је нарочито значајна за високе лезије због дугог пута регенерације. Рана експлорација има низ предности као што су:

- лака идентификација нервних окрајака,
- минимална ретракција окрајака која не захтева већу имобилизацију, а омогућава директну сутуру и
- добитак у времену потребном за регенерацију нерва.

### Одложена примарна неурорафија

Одложена примарна неурорафија се изводи између другог и осамнаестог дана (Wilgis, 1991)<sup>8</sup>, ако су постојали услови за примарну сутуру, а она није била урађена.

## Рана секундарна неурорафија

Рана секундарна неурорафија се изводи између треће и пете недеље (Sunderland, 1978)<sup>2</sup> у случају тупих трансекција изазваних тестером, металом, брусилицом и слично. То је време када је већина метаболичких и структурних промена у нерву завршена, те су предности овог термина за операцију следеће:

- лако распознавање интранеуралне лезије,
- завршена Waller-ова дегенерација и празни ендонеурални тубуси,
- оптимална регенеративна активност неурона,
- оптимална активност Шванових ћелија,
- саниране удружене повреде и
- могућност премештања нерва у здраво лежиште.

Свака секундарна неурорафија захтева резекцију неурома.

## Касна секундарна неурорафија

Уколико се операција не изврши у горе најведеним терминима, онда треба настојати да се она уради до краја трећег (Kleinert и Giffin, 1973)<sup>9</sup>, односно четвртог месеца (Kline, 1990)<sup>10</sup>, с тим да се код високих лезија тежи што ранијој репарацији. Крајњи термин за операцију је шест месеци после повреде (Millesi, Meissl и Berger, 1972.; Wilgis, 1988)<sup>11</sup>, с обзиром на то да моторне плоче постају резистентније на репинерацију већ после два месеца, а ендонеурални тубуси се сужавају на 50% после шест месеци и што опада и регенеративна способност аксона. Крајњи термин, по неким ауторима, за репарацију нерва у циљу опоравка моторне функције јесте 12 месеци (Sunderland, 1978). Чињеница је да одлагање операције више утиче на моторику него на сензибилитет. Опоравак сензибилитета скоро никада није потпун, изузевши децу. Функционални опоравак је дуг процес и сматра се да је дефинитивна процена резултата директне сутуре или трансплантије могућа по истеку треће до пете године од операције, а код деце након друге године.

Индикација за реоперацију повреда периферних нерава се поставља у случају:

1. изостанка клиничких и EMNG знакова регенерације нерва у очекиваном временском постоперативном периоду,
2. застоја регенерације који се потврђује ненапредовањем Tinel-овог знака дистално, после три до четири месеца од извршене хируршке интервенције,
3. суспектног расцепа сутурне линије која је била под тензијом,
4. појаве онеспособљавајуће болне осетљивости на сутурној линији и
5. примене неадекватне хируршке технике током прве операције.

### **Општи принципи оперативне технике**

Оперативни приступ зависи од нерва који је ледиран, висине лезије, дужине дефекта нерва, ако је овај пресечен, као и од тога да ли је дијагностички преоперативно тачно утврђено о каквој врсти лезије се ради. Нерв се мора приказати проксимално и дистално од места лезије.

Неурохируршке технике које се користе, а зависе од степена оштећења нерва, јесу:

- *екстерна неуролиза,*
- *интерна неуролиза,*
- *директна сутура,*
- *нервна трансплантија.*

### **Екстерна (спољашња) неуролиза**

Екстерна неуролиза представља препарацију нервног стабла са уклањањем меких ткива и ожилка око нерва и скидање епинеуријума у изменјеном сегменту нерва (епифасцикуларна епинеуректомија). Хируршка препарација епинеуријума изводи се уз помоћ микромаказа и јувелирске пинцете. Препарација се увек изводи од очуваног ка оштећеном сегменту нерва, у круг читавим обимом, уз обавезно коришћење микроскопа. Спољашња неуролиза представља први део операције. Уколико је нерв након скидања епинеуријума анатомски очуван и не виде се промене на перинеуријуму, оперативни захват се завршава спољашњом неуролизом. Код парцијалних лезија нерава

током операције се користи регистровање нервних акционих потенцијала.

### **Интерна (унутрашиња) или интерфасцикуларна неуролиза**

Овај поступак представља наставак операције и састоји се од одвајања фасцикуларних група унутар нерва (интерфасцикуларна епинеуректомија) оштром дисекцијом изменјеног (задебљалог) перинеуријума микромаказама и јувелирском пинцетом под микроскопом и то опет у правцу од здравог ка изменјеном делу нерва. На тај начин се фасцикуларне групе код полифасцикуларних нерава одвајају једна од друге. Код постојања интрафасцикуларних неурома препоручује се примена електронеурографије, јер је регистровање нервних потенцијала знак постојања очуваних великих и средњих нервних влакана, па такав фасцикулус не треба ресецирати. Одстрањивањем задебљалог перинеуријума постиже се ослобађање нервних влакана од компресије, а поновно стварање фиброзе се спречава минуциозном хемостазом фином биполарном дијатермијом уз иригацију физиолошким раствором.

### **Директна нервна репарација**

Основне принципе директне нервне репарације дефинисали су 1984. године Millesi и Terzis<sup>12</sup> и то су:

1. Препарација нервних окрајака која се састоји у одстрањивању дела епинеуријума и ослобађању индивидуалних фасцикулуса или фасцикуларних група. Ако постоји неуром треба га одстранити и начинити адекватну хемостазу на нервним окрајцима.
2. Апроксимација нервних окрајака представља приближавање нервних окрајака под минималном тензијом. Међу факторима који утичу на дистанцу окрајака, најзначанији су дефект нервног ткива због повреде, еластична и фиброзна ретракција окрајака, дефект нервног ткива због ресекције, позиција зглобова и помоћни поступци којима се та дистанца може редуковати (мобилизација и транспозиција нерва).

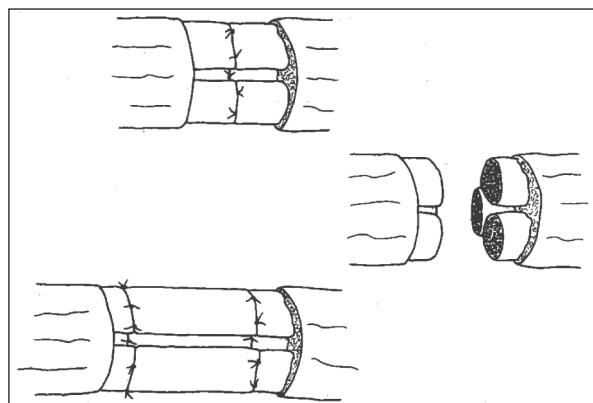
Да би се успешно извела директна сутура и на тај начин избегла трансплантација – употреба графта, могу се користити:

- широка оперативна експозиција нерва,
  - мобилизација нервних окрајака, може се мобилисати 6 до 8cm сваког нервног окрајка чиме се добија укупна додатна дужина од 2 до 4cm нерва.
  - транспозиција нерва која обезбеђује 3 до 5cm додатне дужине нерва (пример за то је н. улнарис у регији лакта где се чини његова антепозиција),
  - позиција екстремитета, дозвољена је блага интраоперативна флексија екстремитета од 10 до 15 степени),
  - остеотомија у случају већ формиране псеудоартрозе.
3. Коаптација нервних окрајака постиже се усостављањем присног контакта између проксималног и дисталног окрајка, при чему је најважније успоставити правилну фасцикуларну оријентацију, тј. начинити репарацију нерва без ротације окрајака.
  4. Сутурне и несутурне технике за одржавање коаптације.

Сутурне технике које се користе у операцијама повреде периферних нерава зависе од дијаметра нерва и његове фасцикуларне грађе и могу бити:

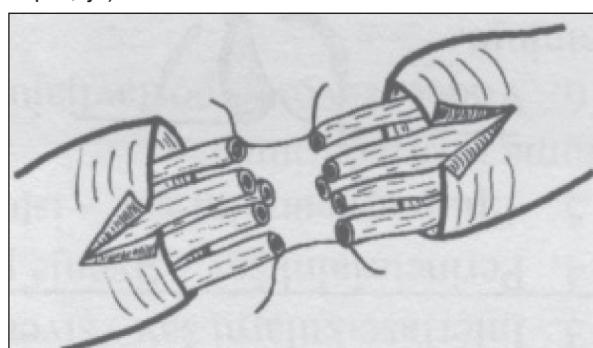
- епинеурални шав је шав ткива која окружују нерв (адвентиције), али се ретко примењује јер обично нема снаге да одржи сутуру.
- епинеуријални шав је сутура кроз епифасцикуларни епинеуријум. Овај шав се примењује код монофасцикуларних нерава, код олигофасцикуларних нерава са 2 до 4 фасцикулуса и код полифасцикуларних нерава са дифузним распоредом фасцикулуса дијметра 3 до 4mm, као што су дигитални нерви. Иако оваква репарација није егзактна, неуротропични фактори утичу на усмеравање регенеришућих нервних влакана и омогућавају добре резултате.
- интерфасцикуларни шав је шав кроз интерфасцикуларни епинеуријум који омогућава групну фасцикуларну репарацију и користи се код полифасцикуларних нерава. Овај шав је избор за полифасцикуларне нерве са групним распоредом и за дисталне лезије нерава (**слика 3**).

**Слика 3.** Групна фасцикуларна репарација (интерфасцикуларни шав)



- перинеуријални шав је шав кроз перинеуријум који омогућава репарацију на фасцикуларном нивоу. Ова врста сутуре има и највећи трауматски потенцијал, али истовремено омогућава изоловану репарацију само оштећених фасцикулуса, остваривање најпрецизније коаптације фасцикулуса и смањење фиброзе одстрањењем епинеуријума. Шав се поставља тако да пролази кроз перинеуријум, али не захвати фасцикуларни матрикс (**слика 4**).

**Слика 4.** Перинеуријални шав (fasцикуларна репарација)



- епи-перинеуријални шав представља истовремени шав епифасцикуларног епинеуријума и перинеуријума и користи се код монофасцикуларних, а ређе код полифасцикуларних нерава са дифузним распоредом. Код полифасцикуларних нерава централни фасцикулуси се шију перинеуријално, а периферни епиперинеуријално.

Сутурни материјал је атрауматски нересортивни монофиламентни најлон – и то дија-

метра 20 до 29 микрометра (10.0) или 10 до 19 микрометра (11.0), односно 8.0 или 9.0 (само за епинеуријалну сутуру). Овакав материјал обезбеђује минималну реакцију око страног тела, незнатну трауму током постављања шава и формирање сутурне линије отпорне на истезање (конац 10.0 подноси затезање до 27gr, док 11.0 подноси до 7gr). Игле су округле дужине 4 до 6mm са кривином од 1/2 до 3/8 круга. Сутура нервних окрајака доводи до настанка реакције око страног тела на сутурној линији.

### *Несутурне технике (неурорафија без сутуре)*

Несутурне технике елиминишу настајање реакције око страног тела и омогућене су:

1. Коришћењем фибринског лепка који се припрема из раствора хуманог фибрина и лиофилизираног теленег тромбина (активатор фибриногена). Лепак се поставља око епи или перинеуријума и не сме доспети између нервних окрајака јер блокира регенерацију нерва.
2. Употребом ненеуралних тубуса од ресорптивног или нересорптивног материјала који премошћавају сегментални дефект нерва. Њихова примена је ограничена на дигиталне нерве и дефекте дужине 1 до 3cm. Данас се као тубуси користе венски графтови, биоапсорбабилни тубуси полигликолне киселине и мишићни графтови.
3. Употребом ласера YAG – неодимијумски ласер, када се коаптација нервних крајева одржава на два начина:
  - а. коагулацијом капи крви на споју крајева пресеченог нервног стабла или фасцикулуса или
  - б. термичком епинеуријумском фузијом (примицањем и коагулацијом епинеуријума пресечених делова нерва).

Предности ове несутурне технике су мање време трајања оперативног поступка, лакши приступ нервима у непогодним локацијама, избегавање реакције на страно тело, смањење неопходне дисекције нервног ткива.

### *Нервна трансплантија*

Најважнији фактор успеха реконструкције пресеченог нерва јесте одсуство тензије на сутурну линију. Да би се премостила дистанца између нервних окрајака примењује се нервна трансплантија<sup>[3, 14, 15]</sup>.

Непосредно после повреде јавља се примарни дефект нервне супстанце који је резултат губитка нервне супстанце (генуини неурални дефект) и ретракције нервних окрајака.

У каснијој фази због ожилњих промена долази до такозване фиброзне ретракције окрајака, чиме се дужина дефекта може повећати и шест пута. Када се у току секундарне нервне репарације освеже окрајци нерва, ресекцијом до у здраво, настаје секундарни дефект нервне супстанце. Када је апсолутни дефект велики, тако да онемогућава директну сутуру без тензије, могу се применити следеће мере ради његовог смањења:

1. широка оперативна експозиција,
2. мобилизација и транспозиција,
3. позиција екстремитета, односно флексија суседног зглоба,
4. скраћујућа остеотомија у случају постојања psyodoartrose.

Ове мере се спроводе симултано и њихов редослед је следећи: мобилизација, флексија зглоба и на крају транспозиција.

Према пореклу разликују се четири врсте нервних транспланата:

1. хетерографт или ксенографт,
2. хомографт или алографт,
3. изографт,
4. аутографт.

1. *Техника хетеротрансплантије* подразумева узимање графта са животиње и практично се не користи због одбацивања графта од стране домаћина – изражене имунолошке реакције на страно тело.

2. *Алотрансплантија* подразумева узимање нервног графта од другог људског бића и подразумева примену методе сузбијања антителних карактеристика графта, због појаве имунолошких реакција од стране домаћина,

што је нарочито изражено код графтова дужих од 3cm.

3. *Изографтovi* – донор је нерв идентичног близанца.

4. *Аутографт* – донорни нерви су нерви самог пацијента и данас се користи као супериорна техника у односу на друге типове графтова, с обзиром да се имунолошка реакција на графт не јавља, а потенцијал да се успостави функција је већи у односу на друге типове.

Постоје три врсте аутографта у односу на тип циркулације и то:

- *слободни графт* који се спонтано реваскуларизује,
- *графт на петељци* који има очувану васкуларизацију и
- *графт са микроваскуларном анастомозом* код кога се одмах успоставља циркулација.

*Слободни аутологи графт* представља оптималну технику решавања повреда нерава са постојањем дефекта нерве суспстанце.

Постоје две врсте аутографта и то су:

- a. свеж који се узима у току операције и
- b. предегенерисан који се добија секцијом и остављањем *in situ* 2 до 4 недеље.

Његове предности би биле у томе што представља бољи медијум за спровођење регенеришућих аксона, јер је Waler-ова дегенерација завршена, односно уклоњени су продукти који представљају препреку расту аксона. Овакав графт је чвршћи и лакше се њиме рукује, лакше подноси почетну и привремену деваскуларизацију, због мањих енергетских захтева. Међутим овај тип графта захтева операцију у два акта. Многобројни радови су показали да нема битних разлика између ова два графта.

Битан фактор опоравка функције јесте успостављање адекватног дијаметра регенеришућих аксона. Уколико графт садржи влакна мањег дијаметра од дијаметра влакна повређеног нерва, онда ће и регенеришућа влакна имати мањи дијаметар. Због тога је пожељно да графт садржи влакна великог дијаметра, а то је карактеристика кожних нерава.

Најчешће се користе следећи нерви:

- n. suralis, који даје 30 до 40cm графта, лако је доступан, има неколико већих фасцикулуса, по

његовом вађењу остаје минимални сензорни дефицит, укупан дијаметар нерва је 2 до 3mm, а бочне гране су довољне за дигиталне графтове.

- n. radialis superficialis, даје 12 до 20cm графта и погодан је за слободан васкуларизовани графт, због артеријске васкуларизације паралелне нерву. Овај тип графта се саветује код постојања ожилјног лежишта, код премошћавања дугог сегмента. Он подржава исхрану слободних графтова.
- n. cutaneus brachii med. даје 8 до 14cm графта.
- n. cutaneus antebrachii lateralis даје до 15cm графта, а са предњом граном и до 25cm.
- n. intercostalis. Први га је употребио Tarlov 1946. године. То је мешовити нерв, који обично садржи неколико паралелних фасцикулуса. Ови фасцикулуси су такође мешовити. Горњи интеркостални нерви у нивоу средње аксиларне линије садрже око 30% моторних влакана, што је од значаја за операције неуротизације брахијалног плексуса.
- n. cutaneus femoris lateralis који даје до 8cm.

Према начину формирања графта, разликују се:

#### **Интерфасцикуларни графт (слика 5)**

омогућује:

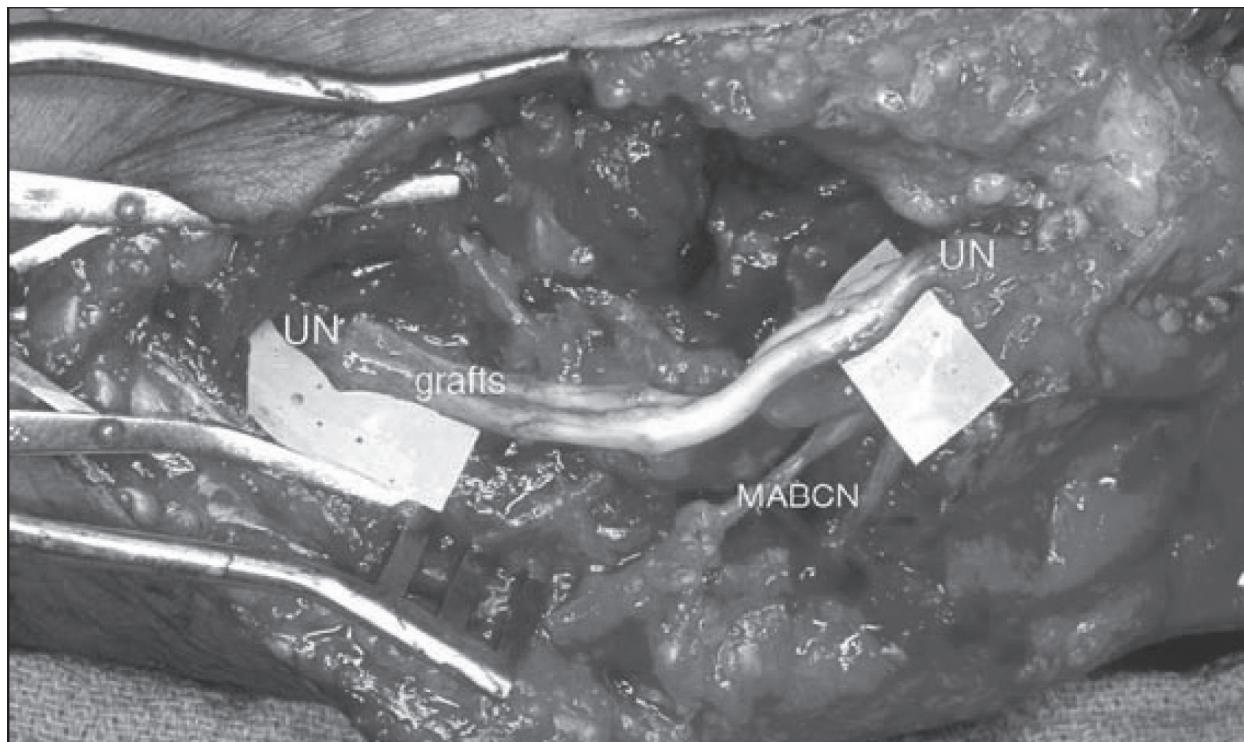
- усаглашење дебљине нервног окрајка и графта,
- прецизнију фасцикуларну оријентацију,
- исхрану графта дифузијом из лежишта и његову каснију реваскуларизацију,
- смањење фиброзне реакције.

Ова врста графта се примењује код моно- и олигофасцикуларних нерава са два до четири фасцикулуса.

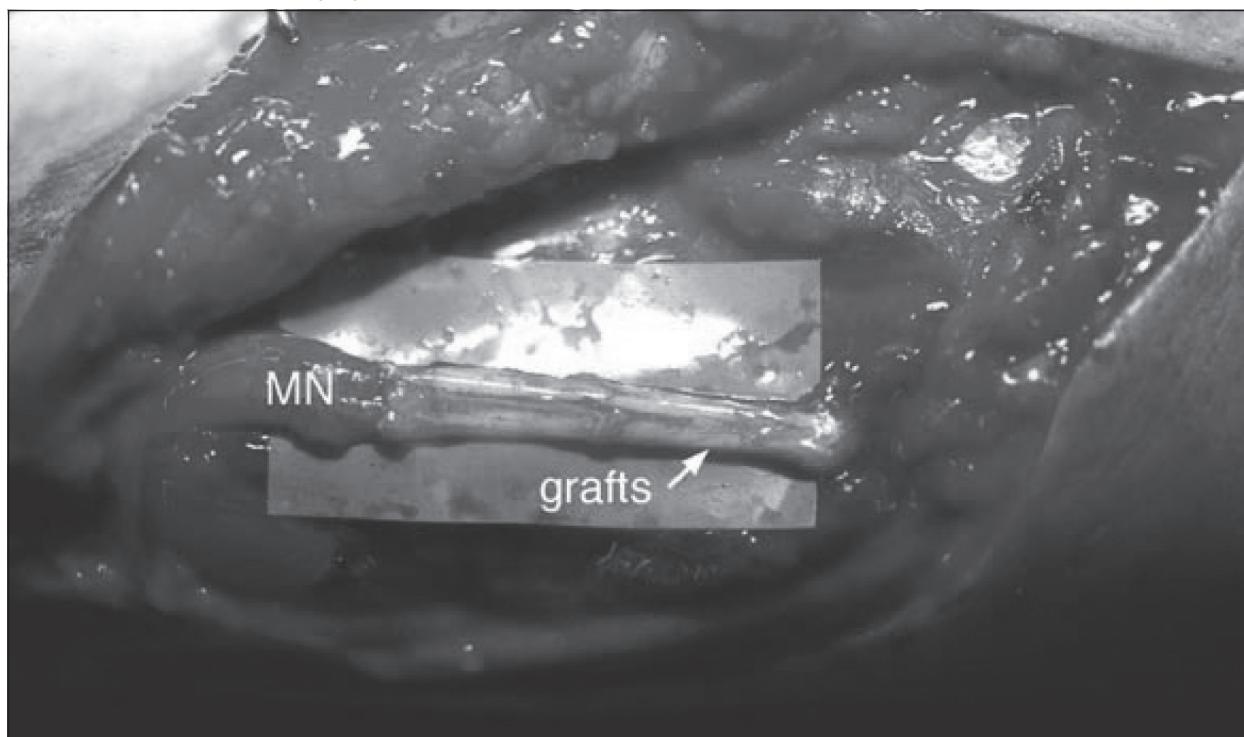
**Трункални или пуни графт** чини једна врпча одговарајуће дебљине у односу на репчијентни нерв. Овај графт је сувише дебео да би преживео и у добро васкуларизованом лежишту, па се примењује или као васкуларизовани нервни графт или се дели у фасцикуларне групе које се затим појединачно трансплантирају (*split trunk graft*).

**Кабл графт** је увео Seddon 1947. године, а састоји се из неколико врпци донорног нерва који се спајају за нервни окрајак (**слика 6**). Код кабл графта површине графтова једним

**Слика 5.** Интерфасцикуларни графт улнариса



**Слика 6.** Кабл графт медијануса



делом належу једне на друге, што може компромитовати њихову васкуларизацију у првим данима. Индикације за кабл трансплантију су повреде полифасцикуларних нерава са дифузним распоредом фасцикулуса, као што су трункуси и фасцикулуси брахијалног плексуса и исхијадични нерв, код којих се не могу издвојити фасцикуларне групе<sup>16</sup>.

Основни проблем кабл трансплантије јесте непрецизност нервне коаптације због разлике између дифузне фасцикуларне грађе окрајака и врпци кабл транспланта. Резултати ове технике су слични резултатима интерфасцикуларне трансплантије са степеном опоравка за елементе брахијалног плексуса преко 90% и за исхијадикус преко 80%, а време оперативног захвата је знатно краће.

## **Хирушки поступак у нервној трансплантији**

**Приликом извођења интерфасцикуларне трансплантије** спроводе се следећи поступци:

1. припрема нервних окрајака,
2. припрема графта,
3. спајање графта са нервним окрајцима.

### *1. Припема окрајака подразумева:*

- дисекцију нерва у здравом делу изван повреде,
- одстрањивање епинеуријума на окрајцима у дужини од 1 до 2cm,
- издвајање фасцикулуса, односно фасцикуларних група, уз одстрањивање интерфасцикуларног ожилјног ткива,
- пресецање фасцикулуса, односно фасцикуларних група на местима оштећења,
- поравнање површине фасцикулса због протрузије матрикса и ретракције перинеуријума која настаје после неколико минута,
- хемостаза биполарном коагулацијом.

### *2. Припрема транспланата, најчешће n. suralis, подразумева:*

- чишћење графта од масног и растреситог везивног ткива

- формирање индивидуалних транспланата, који су дужи за 15% од дужине дефекта због њихове накнадне ретракције. Дужина дефекта се одређује при пуној екстензији суседног зглоба да би се смањило истезање графта.

### *3. Анастомозирање транспланата са фасцикулусима*, односно фасцикуларним групама, врши се шивењем и/ или органским фибринским лепком.

Врста шава која се примењује зависи од грађе нерва и може бити епинеуријалан, епiperинеуријалан, перинеуријалан и интерфасцикуларан, а кроз трансплантат се поставља епинеуријално. Довољно је поставити један до два, евентално три, шава за сваки фасцикулус или фасцикуларну групу.

Најчешће примењиване методе коаптације графта, у зависности од фасцикуларне грађе, jesu:

- код монофасцикуларних и олигофасцикуларних нерава са два до четири фасцикулуса, више графтова за епинеуријум окрајка,
- код олигофасцикуларних нерава са 5 до 10 фасцикулуса графт се спаја за перинуријум појединачног фасцикулуса,
- код полифасцикуларних нерава са групним распоредом графт се спаја са перинеуријумом једног од фасцикулуса или за интерфасцикуларно епинеурално ткиво фасцикуларне групе,
- код полифасцикуларних нерава са дифузним распоредом, спаја се више графтова за епинеуријум повређеног нерва.

Обично се ставља четири до шест транспланата на одговарајући број фасцикулуса или фасцикуларних група.

У случајевима великих нервних стабала, као што су трункуси и фасцикулуси брахијалног плексуса, где се не могу издвојити појединачни фасцикулуси и код којих је неопходан велики број графтова, примењује се модификовани кабл трансплантат<sup>17, 18</sup>.

**Кабл график** се формира од појединачних графтова који се на окрајцима споје органским фибринским лепком и на тај начин се форми-

ра циркумференцијални нервни окрајак. Шавови се постављају епинеурално, епиперинеурално или кроз перинеуријум периферних фасцикула. Постоји неколико кључних момената у току саме хируршке интервенције који битно утичу на крајњи исход трансплантије код прекида континуитета нервог стабла, а то су:

- дужина гraftа треба да буде већа од самог дефекта за око 15 %, при чему се дужина дефекта одређује када је екстремитет у екstenзији,
- трансплантија се изводи у екstenзији суседног зглоба. Уколико се изабере минимална дистанца, гraft ће бити прекратак и приликом покретања екстремитета на местима коаптације доћи ће до тензије на сутурној линији и даље од ње, што може довести до неуспеха репарације. Ако гraft буде превелике дужине, тензије на сутурној линији неће бити, али може довести до накнадне фиброзе.

Техника нервне трансплантије има и извесне недостатке, а то су:

1. Присуство друге сутурне линије, као препеке за раст аксона и место њиховог потенцијалног расипања.
2. Појава погрешне оријентације фасцикулуса, која је израженија код већих дефеката јер је тежа идентификација и премошћавање одговарајућих фасцикуларних група.
3. Најбољи резултати интерфасцикуларне трансплантије су у случајевима дефекта дужине 2,5 до 5cm, док су за веће дефекте резултати слабији. Мада постоје радови који показују успешну репарацију и код гraftова дугих и до 20cm. Ти исти радови указују да уколио дође до застоја у регенерацији на дисталној нервној сутури у трајању од два до три месеца треба извршити реоперацију (неопходно је праћење Tinel-овог знака).
4. У неким случајевима и поред коректног урађеног оперативног поступка долази до фиброзе гraftа и тада се саветује поновна трансплантија.
5. Код интерфасцикуларне трансплантије може доћи до формирања неурома. Millesi је нашао чак 8% случајева фиброзе и неурома на дисталној сутури у својој оперативној серији.

## ***Ненеурални тубуси***

Развој примене технике ненеуралних тубуса условљен је постојањем негативних страна аутологе трансплантије као што су:

- појава анестезије у зони инервације донора,
- настанак болног неурома,
- озилјне промене.

Ненеурални тубуси омогућавају неуротизацију – прорастање аксона дуж празног простора, и могу бити синтетски, венски и мишићни. Од синтетских ненеуралних тубуса користе се биоапсорбабилни колагенски или тубуси полигликолне киселине или неапсорбабилни силиконски тубуси<sup>19</sup>. Ненеурални тубуси нашли су примену у случајевима трансплантије дефекта дужине 1 до 3cm и код дигиталних нерава.

Приликом извођења саме хируршке процедуре:

- инцизија коже не сме да укршта путању самих гraftова,
- дужина гraftа се одређује у позицији екстензије екстремитета,
- сам трансплантат се мора поставити у здраво лежиште (због вакууларизације),
- пре приступања нервној трансплантији мора се начинити адекватна хемостаза,
- одабир технике трансплантије зависи од фасцикуларне грађе повређеног нерва,
- приликом затварања оперативне ране треба избеги евентуално истезање и померање гraftова, као и аспирациону дренажу,
- екстремитет остаје имобилисан у позицији екстензије у којој је и вршена оперативна процедура две недеље, а потом се слободно мобилише.

Побољшање резултата нервне репарације се може очекивати:

- применом хирургије ћелијског наставка аксона са минимализовањем хируршке трауме,
- развојем несутурних техника нервне анастомозе,
- елонгацијом нервних окрајака балон експанзијом која омогућава директну сутуру,
- фармаколошком активацијом процеса регенерације применом неуротропних фактора,

- развојем супституције за нервне графтове у виду синтетских тубуса у комбинацији са органским молекулама који ће омогућити премошћавање и великих дефеката,
- употребом магнетске резонанце у дијагностичи повреда периферних нерава, у циљу спречавање непотребне операције.

## Закључак

Основне индикације за хируршко лечење повреда периферних нерава јесу отворене повреде са трансекцијом нерва и затворене повреде које не показују знаке функционалног опоравка после три месеца од повређивања. Код оштрих лацерација индикована је примарна неурорафија и треба је извршити у првих 48 часова, а уколико

она није извршена, треба урадити одложену примарну нерорафију до 18-ог дана након повреде. Код тупих лацерација индикована је рана секундарна неурорафија, где је оптималан термин за операцију три до шест недеља након повреде. Слични ставови важе и за отворене повреде брахијалног плексуса. Код тракционих повреда саветује се одлагање операције за два месеца, када се заврше дијагностичке процедуре које омогућавају диференцијацију нивоа повреде.

Аутологна слободна нервна трансплантијација за сада остаје метод избора у премошћавању дефеката нервне супстанце код повреда периферних нерава код којих дужина дефекта прелази 2cm и не може се редуковати неком од помоћних метода. Нервна трансплантијација се углавном врши као секундарна процедура, након збрињавања повреда тетива, кости и дефеката коже.

## Литература

1. Seddon H: Surgical disorders of peripheral nerves. (2<sup>nd</sup> edn), Churchill Livingstone, New York, 1975.
2. Sunderland S: Nerves and nerves injuries. Churchill Livingstone, New York, 1978.
3. Mackinon SE, Dellon AL: Surgery of the peripheral nerve. Thieme, New York, 1988.
4. Антуновић В., Самарџић М.: Механизми класификација повреда периферних нерава. У: Самарџић М., Антуновић В., Грујићић Д. et al.: Повреде и оболења периферних нерава. Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1998: 56–69.
5. Kline DG, Hudson A: Nerve injuries. W B Saunders Co, Philadelphia, 1995.
6. Fitzgerald MJT: Neuroanatomy - basic and clinical (3<sup>rd</sup> edn). W.B. Saunders company Ltd, London, 1996: 53–69.
7. Wilgis, Sh: Nerve repair and grafting. In: Green D. (ed): Operative hand surgery, Churchill Livingstone, New York, 1988; 2: 1373–1403.
8. Wilgis Sh: Techniques of epineurial and group fascicular repair. In: Gelberman R. (ed): Operativne repair and reconstruction, J.B. Lippincot Co, Philadelphia, 1991; 287–294.
9. Kleinert H, Griffin J: Technique of nerve anastomosis. Orhop Clin North Am, 1973; 4: 907.
10. Kline D.G, Hudson A: Acute injuries of peripheral nerves. In: Youmans RJ (ed): Surgical neurology, WB Saunders Co, Philadelphia, 1990; 4: 2423–2510.
11. Millesi H, Meissi G, Berger A: The interfasciculare nerve grafting of the median and ulnar nerves. J Bone Jt Surg., 1972; 54A: 727–50.
12. Millesi H, Terzis J: Nomenclature in peripheral nerve surgery. In: Terzis J. (ed): Microreconstruction of nerve injuries, W.B. Saunders Co, Philadelphia, 1987; 3–14.
13. Самарџић М.: Нервна трансплантијација. У: Самарџић М., Антуновић В., Грујићић Д. et al.: Повреде и оболења периферних нерава, Београд: Завод за уџбенике и наставна средства, 1998; 247–68.
14. Polder T: Technics of peripheral nerve repair. In: Palmer JD (ed): Neurosurgery, New York, Churchill Livingston, 1996: 809–14.
15. Mackinon SE, Dellon AL: Surgery of the peripheral nerve, New York, Thieme, 1998; 1–148.
16. Samardžić M., Rasulić L., Grujićić D.: Results of cable graft technique in repair of largenerve trunk lesions. Acta neurochirurgica, 1998; 140: 1177–82.
17. Samardžić M., Grujićić D., Rasulić L. et al: Restoration of upper arm function in traction injuries to the brachial plexus. Acta Neurochir, 2002; 144: 327–335.
18. Samardžić M: Indication and timing for surgery in brachial plexus injuries. In: Samardžić M, Antunović V. (eds): Nerve repair of brachial plexus injuries, CIC Edizioni Internazionali, Rome, 1996; 75–81.
19. Belkas JS, Munro CA, Shoichet MS, Midha R: Peripheral nerve regeneration through a synthetic hydrogel nerve tube. Restor Neurol Neurosc, 2005; 23(1): 19–29.

## **Породична средина и школски успех ученика са моторичким поремећајима**

J. Радојловић<sup>1</sup>

## **Family Background and School Achievement School Children with Physical Disabilities**

Jasmina Radojlović

**Сажетак:** Готово да непостоји педагошка литература у области изучавања узрочника појаве школског успеха а да као битан фактор не убраја породицу. Породицу и породичне односе ученика са моторичким поремећајима детерминише способност родитеља, али и других чланова породице, да изграде објективан однос према свом детету, а то подразумева и изградњу исправних приоритета у развоју детета.

Предмет овог истраживања јесте повезаност карактеристика различитих аспеката породичне средине деце са моторичким поремећајима и њиховог школског успеха.

Циљ истраживања јесте испитивање повезаности општих (социо-економских) и специфично педагошких карактеристика породичне средине деце са моторичким поремећајима и њиховог школског успеха.

Породична средина дефинисана је преко неколико општих и специфичних педагошких аспекта. Општи аспекти породичне средине односе се на социо-економски статус. Специфичне педагошке карактеристике односе се на родитељску заинтересованост за школски успех деце, родитељску помоћ деци у школском учењу (дефинисано кроз савладавање наставног програма), родитељско ангажовање у формирању радних навика за учење код деце и родитељске подршке деци у упознавању шире окoline.

Истраживање је обављено у Основној школи „Др Драган Херцог“ у Београду током школске 2009/10. На узорку од 75 испитаника,

**Summary:** There is no any pedagogical literature dealing with school achievement that does not include a family as a very important factor. Family and family relationships of children with physical disabilities determined by the ability of parents and other family members, to build an objective attitude towards his child, and that includes the construction of the right of priority in the development of the child.

The subject of this survey is the correlation between various family background of children with physical disabilities and their school achievement.

The aim of this survey is the connection between general (socio-economical) and special pedagogical characteristics of the family background of children with physical disabilities and their school achievement.

The family background is defined by several general and specific pedagogical aspects. General aspects of the family background are related to socio-economic status. Special pedagogical characteristics are related to parents interest for school achievement of their children, parents help in school studying (defined through school program), parents involving in forming learning habits and their support in exploring children surroundings.

The survey was done in primary school „Dr Dragan Hercog“ in Belgrade during 2009/2010. It involved 75 subjects. It was proved that economical conditions of family background did not make a great influence on school achievement of school children with physical disabilities. Found

---

1 Јасмина Радојловић, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд.

пронађено је да економски услови породичне средине битно не утичу на школски успех ученика са моторичким поремећајима. Пронађена је корелација између школског успеха и образовног статуса испитаника, брачног статуса испитаника, родитељског пружања помоћи у изради домаћих задатака, охрабривање детета када му је тешко у школи, инсистирање родитеља на доследности у учењу и разговора са родитељима о разним темама.

**Кључне речи:** породична средина, ученици са моторичким поремећајима, школски успех.

*a correlation between school achievement and educational status of respondents, marital status of respondents, parental assistance in homework, encourage the child when he was hard at school, urging parents to ensure consistency in learning and discussions with parents on various topics.*

**Key words:** family background, schoolchildren with phycical disabilitis, school achievement.

## Увод

Интерес савремене науке о специјалној едукацији и рехабилитацији све више се окреће школи (како редовној, тако и за ученике са посебним образовним потребама), са циљем да се утврди да ли школа оправдава она очекивања која се постављају пред њу и њен рад. Последњу деценију у развоју науке о специјалној едукацији и рехабилитацији особа са моторичким поремећајима обележила су истраживања која су у први план ставила потребе корелације оперативних циљева и задатака наставних програма, наставних метода, као и корелације у којима се одвија васпитно-образовни рад са способностима ученика са моторичким поремећајима за учествовање у наставним активностима са циљем да се утврди најпримеренији и најуспешнији облик и модел образовања и васпитања ових ученика. Важност бављења овим сегментом васпитно-образовног процеса, а сајмим тим и већа потреба за повратним информацијама, произлази из сложености општег моторичког, когнитивног, говорно-језичког, социјалног и емоционалног функционисања ове групе ученика и огромног утицаја на структурисање активности, груписање успеха и уопште читавог наставног рада и његових ефеката.

Основно образовање детерминишу бројне карактеристике (потпуност и свеобухватност, јединственост, неселективни карактер, фактор индивидуалног и социјалног развоја, најдужи степен система образовања). Једна од најмање изучаваних у области специјалне едукације и

рехабилитације особа са моторичким поремећајима, а у области школског успеха, јесте повезаност породице и њеног утицаја на успешност школе. „Основна школа је најближа породици и своје задатке треба да остварује у сарадњи са породицом. Отвореност школе према породици и породице према школи јединствена је по много чему и нема је такве ни на једном ступњу школовања. Основна школа има интерес и обавезу за успостављање почетне сарадње са породицом и стварање поверења породице према школи и образовању уопште. Од квалитета сарадње у основној школи зависи континуитет даље сарадње са школом, а од тога у највећем степену успех ученика. Облици и садржаји сарадње са родитељима далеко су богатији у Основној школи, почев од разноврсних облика међусобног информисања, преко образовања родитеља за педагошку функцију, до њиховог укључивања у реализацију делова програмских садржаја. Због схватања важности сарадње породице и школе у развоју и васпитању младих генерација, имајући у виду и њихову обухватност, породици и школи се, често и неоправдано, приписује улога „дежурног кривца“ за све недостатке и нежељене појаве“ (Николић Р, 1998, стр. 4).

## Циљ истраживања

Општи циљ истраживања јесте испитивање повезаности општих (социо-економских) и специфично педагошких карактеристика породи-

чне средине деце са моторичким поремећајима и њиховог школског успеха.

## ***Метод рада***

Истраживање је обављено у школској 2009/2010. години. Узорак за истраживање чинили су родитељи ученика од I до VIII разреда Основне школе „Др Драган Херцог“ у Београду. Истраживање је обухватило 75 испитаника, родитеља у следећим организационим јединицама: Специјална болница за церебралну парализу, Београд, Сокобањска 13. и Браће Јерковић 5; Клиника за рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“, Београд, Сокобањска 13, дечје одељење и ученици из кућне наставе.

Метод истраживања је дескриптиван, а истраживање, у суштини, пружа опис карактеристика породичне средине деце са моторичким поремећајима и њихову повезаност са постигнутим школским успехом.

## ***Технике и инструменти истраживања***

Примењена је техника анкетирања. За потребе овог истраживања конструисан је **Упитник за процену педагошких аспеката породичне средине деце са моторичким поремећајима**. Велики број питања у упитнику има елементе скале процене. Упитник се састоји из неколико делова: а) социо-економски статус породице; б) родитељска заинтересованост за школски успех деце са моторичким поремећајима; в) родитељска помоћ деци у школском учењу; г) родитељска ангажованост у формирању радних навика за учење код деце са моторичким поремећајима; д) родитељска подршка деци са моторичким поремећајима у упознавању шире околине.

У циљу прикупљања података о интелектуалном статусу, података о врсти и степену моторичког поремећаја, података о програму по коме ученик похађа школу, као и података о школском успеху коришћена је **школска и медицинска документација ученика**. Иста документација је коришћена у сврху

прикупљања података о социо-економском и образовном статусу породице.

## ***Резултати и дискусија***

На основу добијених резултата истраживања и њихове статистичке анализе може се констатовати:

Образовни статус родитеља високо статистички значајно ( $p=0,003$ ) корелира са школским успехом ученика, јер деца родитеља са завршеним високим образовањем постижу бољи успех у односу на децу родитеља са завршеном средњом и основном школом. Пронађена је статистички значајна корелација између школског успеха ученика са моторичким поремећајима и брачног статуса родитеља ( $p=0,035$ ), јер деца чији су родитељи у брачној заједници постижу бољи успех од деце из разорених породица. Тиме се може потврдити да социјални статус родитеља значајно утиче на школски успех ученика са моторичким поремећајима, док повезаност између економског статуса родитеља и школског успеха ове деце није пронађена.

Заинтересованост родитеља за израду домаћих задатака своје деце статистички значајно ( $p=0,010$ ) утиче на школски успех ученика. Тачније, што се родитељи више интересује за домаће задатке своје деце, то они показују бољи школски успех. У директној корелацији са претходним резултатом налази се статистички висока повезаност школског успеха ученика деце са моторичким поремећајима и родитељског пружања помоћи деци у изради домаћих задатака ( $p=0,002$ ). Другим речима, што родитељи више пружају неопходну помоћ деци у изради домаћих задатака, то је школски успех деце бољи. Сарадња родитеља са наставницима, као и интересовање за школске обавезе немају значајног утицаја на школски успех ових ученика.

У области испитивања повезаности родитељске помоћи деци са моторичким поремећајима и школског успеха пронађена је повезаност између охрабривања детета када му је тешко у школи и школског успеха ( $p=0,028$ ), док корелација осталих варијабли у овој об-

ласти и школског успеха ученика са моторичким поремећајима (пружање директне помоћи у учењу, врста помоћи, редовност пужања помоћи и извор помоћи) није пронађена.

Инсистирање на доследности у учењу, као једне од варијабли којом је праћена повезаност школског успеха ученика и родитељске ангажованости у формирању радних навика, статистички заначајно корелира са школским успехом ученика са моторичким поремећајима ( $p=0,030$ ). Остале испитиване варијабле у овој области (инсистирање на учењу на истом месту, ко учествује у развијању радних навика, које радне навике родитељи сматрају важним) не корелирају са школским успехом ученика нашег узорка.

Постоји статистички значајна повезаност између школског успеха ученика и разговора са родитељима о разним темама ( $p=0,039$ ), при чему деца која са родитељима разговарају о разним темама имају бољи школски успех од ученика који немају ту могућност. У осталим испитаним варијаблама (информисање детета о дешавањима о окружењу, укључивање детета у свакодневне активности, одвођење детета на културна и спортска дешавања, укључивање детета у радионице ван његове школе, доминантне активности у слободном времену) нема статистички значајне повезаности.

Ангажованост породичне средине деце, у праћеним варијаблама, има улогу у постизању школског успеха деце са моторичким поремећајима, али се уочава да неки други фактор доминира у креирању школског успеха ове деце. У прилог овоме говори то да добијени резултати у области специфичних аспеката породичне средине не корелирају са доступним резултатима сличних истраживања спроведеним на породицама деце типичне популације, иако се и у тим истраживањима уочава варирање резултата и постојања статистичке повезаности између специфичних педагошких аспеката породичне средине и школског успеха.

Разлоге за овакве резултате можемо пронаћи у следећем:

1. истраживање се бавило испитивањем повезаности школског успеха ученика са моторич-

ким поремећајима и специфичних аспеката породичне средине, односно варијабли које је тешко контролисати, јер се резултати заснивају на одговорима родитеља, дакле на субјективном ставу испитаника а не на објективној контроли.

2. ученици обухваћени истраживањем имају школски успех у распону оцене добар 3 до оцене одличан 5, што се може охарактерисати као веома добар средњи успех, па самим тим могућност добијања разлика у мереним варијаблама и провера значајности корелације праћених варијабли и школског успеха била је значајно смањена. Поред овог, истраживања која су се бавила школским успехом ученика са моторичким поремећајима (Илић-Стошовић Д, 2005) истичу да нумеричка оцена није објективни показатељ школског успеха ученика, јер у њеном формирању учествују бројни други фактори, па је тако могуће да овако висок просек ученика нема објективну вредност.
3. будућа истраживања у овој области требало би да испитају у којој мери моторички поремећај (врста и степен), поред родитељске ангажовања, утиче на појаву школског неуспеха, а школски успех би требало да буде проверен стандардизованим тестовима знања. Требало би, такође, као контролну групу увести наставнике, који би изнели свој став о ангажовању родитеља. Даље, било би интересантно испитати утицај породичне средине на појаву школског успеха деце са моторичким поремећајима поређењем групе ове деце која у школу долазе из породичне средине са групом деце која су смештена на болничко лечење без родитеља.

## Закључак

Ово истраживање је још једном потврдило да популација деце са моторичким поремећајима, по својој специфичности породичног, личног и општег функционисања, захтева посебан методолошки и истраживачки прилаз.

**Литература**

1. Антонијевић Р. и Јањетовић Д: Тимсс 2003 у Србији. Институт за педагошка истраживања, Београд, 2005.
2. Иланковић В. и Иланковић Н: Психомоторни развој детета. Висока медицинска школа стручних студија „Милутин Миланковић”, Београд, 2009.
3. Илић Д.: Способности телесно инвалидних ученика као фактора избора наставних метода у разредној настави. Магистарска теза, Дефектолошки факултет Универзитета у Београду, Београд, 2001.
4. Илић-Стошовић Д.: Вредновање школског успеха ученика са телесном инвалидношћу. Докторска дисертација, Дефектолошки факултет Универзитета у Београду, Београд, 2005.
5. Мужић В.: Методологија педагошких истраживања. За- вод за уџбенике и наставна средства, Сарајево, 1986.
6. Станојловић Б.: Породица и васпитање деце. Научна књига, Београд, 1992.
7. Деца са посебним потребама, дете са развојним сметњама у Основној школи, Учитељски факултет, Београд, 1997.
8. Николић Р.: Континуитет успеха ученика Основне школе. Институт за педагогију и андрагогију Филозофског факултета, Београд, 1998.



## Плућна патологија код болесника са реуматоидним артритисом

Л. Тодоровић<sup>1</sup>, Ж. Кривокапић<sup>2</sup>

## Pulmonary Pathology of Care Testing with Rheumatoid Arthritis

Lelica Todorović, Žarko Krivokapić

**Сажетак:** Увод/Циљ. Реуматоидни артритис (РА) је прогресивно мултисистемско оболење везивног ткива са претежним зглобним променама, али и ванзглобним, непознатим етиологије, а вероватно аутоимуне патогенезе. Захваћеност плућа повезана је са одлагањем IIS и 15S протеинских комплекса, који садрже IgG, у видове плућних крвних судова и алвеоле. Циљ овог рада је откривање учесталости и врсте патолошких промена на плућима код болесника са РА.

Методе. Истраживањем је био обухваћен 71 болесник. Код свих болесника урађена је аускултација, рендгенографија, функционално испитивање плућа, гасни статус и ацидобазно стање артеријске крви. У обради резултата коришћени су статистички тестови: средња вредност ( $X$ ), стандардна девијација ( $SD$ ),  $t$ -тест, тест Колмогорова и Смирнова.

Резултати. Симптоме од стране респираторног система наводило је 26,76% болесника, што је било високо значајно мање ( $p < 0,001$ ) у односу на број болесника без респираторних симптома (73,23%). Патолошки аускултациони налаз на плућима имало је 32,39% болесника, што је било значајно мање ( $p < 0,01$ ) у односу на број болесника са нормалним аускултационим налазом. Патолошку рендгенографију плућа имало је 39,43% болесника, што не представља значајну разлику ( $p > 0,05$ ) у односу на број болесника са нормалном рендгенографијом плућа (60,56%). Инсуфицијација вентилације дијагностикована је код 39,43% болесника, што није представљало значајну разлику ( $p > 0,05$ ) у односу на број

**Summary:** Background. Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic progressive systemic inflammatory disease of unknown etiology affecting both articular tissues and extraarticular organs. Lung changes are connected with deposition of IIS and 15S protein complexes (which contain IgG), in small lung blood vessels and alveolas. We examine incidence and type of lung changes in patients with RA.

Methods. Prospective study included 71 patients with RA. Investigations included lung auscultation, chest radiography, spirometry and blood gas analysis. For statistical analysis t-test,  $X^2$ -test and Kolmogorov Smirnov test were used for data analysis. The significance was set at  $p < 0.05$ .

Results. A 26.76% of patients had respiratory problems in comparison of 73.23% of patients without symptoms ( $p < 0.001$ ). Significantly lower number of patients 32.39% ( $p < 0.01$ ) had pathological auscultatory findings. Pathological radiography changes were found in 39.43% ( $p > 0.05$ ). Ventilatory insufficiency was found in 39.43% ( $p > 0.05$ ).

Conclusion. Pathological lung changes were verified in majority of patients with RA with radiological and spirometry investigations. Lung changes are for certain period of time with normal auscultatory findings. Radiological and spirometry investigations needs to be performed in patients with RA even if normal auscultatory findings is present.

**Key words:** rheumatoid arthritis, lungs, spirometry, respiratory symptoms, lung auscultation, chest radiography

---

1 Лелица Тодоровић, Висока медицинска школа стручвних студија „Милутин Миланковић“, Београд; Клинички центар Приштина.

2 Жарко Кривокапић, Висока медицинска школа стручвних студија „Милутин Миланковић“, Београд; Војномедицинска академија Београд.

болесника са нормалном плућном функцијом.

*Закључак. Патолошке промене на плућима код болесника са РА дуго времена су асимптоматске, са нормалним аускултационим налазом. Код највећег броја болесника патолошке промене су дијагностиковане рендгенолошким прегледом и функционалним испитивањем плућа. То упућује на обавезу ових прегледа код болесника са РА, без обзира на непостојање симптома и нормалан аускултациони налаз.*

**Кључне речи:** реуматоидни артритис, плућа, функционално испитивање, респираторни симптоми, аускултација плућа, рендгенографија.

## Увод

**P**еуматоидни артритис (РА) је прогресивно мултисистемско оболење везивног ткива са претежним зглобним променама, али и ванзглобним, непознате је етиологије, а вероватно аутоиммуне патогенезе<sup>1</sup>. Антигени стимулус који започиње имунореакцију, а затим и упалу, у РА није познат. Код болесника са РА чешће је присутан HLA-D4 и HLA-DR4. Могуће је да те, а можда и друге генске детерминанте, омогућују генетску осетљивост на неоткривени антиген из околине који започиње болест. Антигени стимулус изазива појаву аномалних IgG који доводе до стварања реуматоидних фактора и на крају до развоја реуматске болести. Захваћеност плућа повезана је са одлагањем 11S и 15S протеинских комплекса, који садрже IgG, у зидове плућних крвних судова и у алвеоле<sup>2</sup>.

Подаци о захватању плеуре налазе се литератури међу првим описима реуматоидног артритиса. Fuller још 1860. године помиње плеуралне промене у РА<sup>18</sup>. Последњих деценија све већа пажња се поклања оштећењима плућа и плеуре у РА. Још су Rose и Waller описали следеће промене у РА: плеуритис са и без излива, реуматоидне гранулome, дифузну интерстицијалну фиброзу плућа, облитерирајући бронхитис, плућни васкулитис са плућном хипертензијом, неспецифична плућна оболења (хронични бронхитис, пнеумонија, бронхиектазије), јатрогена плућна оболења<sup>18, 14</sup>. Плеуритис

је у РА најчешћа торакална манифестација овог оболења. Плеурални излив се открива у око 5,5% оболелих, мада 21% даје анамнестички податак о ранијем плеуритису, а у преко 50% су евидентиране плеуралне адхезије. Ово сведочи о оскудној симптоматологији плеуралног излива у РА и указује на потребу за рутинским рендгенограмима код ових болесника<sup>3</sup>. Први плеуроскопски налаз у РА дао је Jacobaeus 1926. године. Констатовао је само дифузне неспецифичне инфламаторне промене, што је иначе најчешћи налаз у РА<sup>18</sup>. Честа компликација РА јесте емпијем плеуре, на који треба увек мислiti у случају када болесник од РА, нарочито у току имуносупресивне терапије, развије поремећај општег стања, фебрилност, хипопротеинемију, анемију. Развоју емпијема погодују поред имуносупресије и ранија бронхопулмонална оболења, претходни РА излив, а нарочито бронхоплеурална фистула преко некротичног субплеуралног РА нодула при чemu се обично развија пиопнеумоторакс<sup>4</sup>. Дифузна фиброза плућа, хронични фиброзирајући алвеолитис, дифузна интерстицијумска фиброза плућа и дифузна болест плућа називи су за стање када болесник са РА има и дифузне знаке фиброзе плућа са „саћастим“ плућима у завршном стадијуму болести, без познатог другог узрока. Комбинација је у различитим стадијумима пронађена у 1,6% до 58% болесника са РА<sup>5, 19</sup>. Може бити акутна и хронична. Акутна фиброза личи на пнеумонију, а хронична иде са сувим кашљем, цијанозом и гу-

шењем, а на рендгенограму се запажају мрљасте или линеарне сенке<sup>16</sup>. Како су могући много бројни узроци ових промена, тешко је рећи без биопсије, а некада и са биопсијом, да су промене заиста реуматоидне. Ипак, ако се нађе дифузна интерстицијална фиброза плућа, а искључе гљивична оболења, саркоидоза и карциноматоза, а постоји сигурни високоеволутивни РА, са великим сигурношћу се може поставити дијагноза плућно-зглобне форме РА<sup>1</sup>. Реуматоидни грануломи могу се јавити заједно са пнеумокониозом у Caplan-овом синдрому или самостално<sup>6</sup>. Изоловани реуматоидни чворићи у плућима својом округластом сенком на рендгенограму могу бити диференцијално-дијагностички проблем. Претежно се јављају код болесника који имају поткожне реуматоидне чвориће. Могу бити различите величине до три сантиметра у пречнику и најчешће су распоређени периферно и субплеврално. Неспецифичне плућне промене-пнеумоније, хронични бронхитис и бронхиектазије чешће се дијагностikuју код болесника са РА него у болесника без овог оболења. Плућној патологији код РА доприносе и јатрогена оштећења плућа. Скоро сви „базични“ лекови могу узроковати оболења плућа и то најчешће: хиперсензитивни пнеумонитис и хронични алвеолитис/фиброза (D-penicilamin, злато, metotrexat), плућно-бубрежни синдром (D-penicilamin), облитерирајући бронхиолитис (D-penicilamin, злато) и некардиогени едем плућа (metotrexat)<sup>7</sup>. Akutni пнеумонитис се јавља у три до пет одсто лечених метотрексатом<sup>8, 9, 15</sup>.

## Циљ рада

Циљ овог рада био је откривање учесталости и врсте патолошких промена на плућима у болесника са дијагностикованим реуматоидним артритисом. Поред тога, испитивана је могућност откривања субклиничких лезија на плућима функционалним испитивањем плућа и њихова објективизација и квантификација. Ово истраживање не бави се етиологијом нађених патолошких промена на плућима, тј. да ли су нађене промене саставни део основне болести, секундарна манифестација

болести, последица примењене терапије или чак коинцидентна болест.

## Методе

Овим истраживањем био је обухваћен 71 болесник са дијагностикованим реуматоидним артритисом. Сви болесници били су подвргнути комплетном дијагностичком поступку, а дијагноза РА је постављана на основу ревидираних APA критеријума<sup>10</sup>. Услов да болесници буду укључени у ово истраживање био је да нису имали претходно плућно оболење. Код свих болесника је након дијагностиковања РА урађена аускултација, рендгенографија, функционално испитивање плућа (спирометрија и проток-волумен крива) на апарату „Flowscreen II“, гасни статус и ацидобазно стање артеријске крви на апарату „ABL-500“. Добијени подаци представљени су апсолутним вредностима и проценама. У обради резултата коришћени су следећи дескриптивни статистички параметри и статистички тестови: средња вредност ( $\bar{x}$ ) и стандардна девијација (SD). Тестирање статистичке значајности разлика између пропорција великих независних узорака и пропорција зависних узорака израчуната је  $t$ -тестом. Статистичка значајност између атритутивних обележја и њихових фреквенција утврђена је  $X^2$ -тестом. Када је у једној групи или рубрици распореда фреквенција било пет или мање случајева, коришћен је тест Колмогорова и Смирнова. У анализи резултата коришћене су и графичке статистичке методе. Критеријум за статистичку значајност био је  $p < 0.05$ ;  $p < 0.01$  и  $p < 0.001$ .

## Резултати

Од 71 болесника код којих је дијагностикован РА 83,1% чиниле су жене, а 16,9% мушкирци. Највећи број оболелих припадао је животном добу од 50 до 60 година, са просечном старошћу од 52,31 годину (од 24 до 74 год.). Симптоме од стране респираторног система наводило је 26,76% болесника, што је високо значајно мање ( $X^2=15,34$ ;  $p < 0,001$ ) у

**Табела 1.** Карактер респираторних симптома болесника са реуматоидним артритисом (n= 71)

Симптоми (тип)	Број болесника	%
Умерена диспноја	12	16.90
Кашаљ (суви)	6	8.45
Кашаљ са искашљавањем	5	7.04
Бол у грудима (неангинозне природе)	1	1.40

\*Један број болесника наводио је више симптома истовремено

**Табела 2.** Карактер аускулационог налаза на плућима у болесника са реуматоидним артритисом (n=71)

Аускулациони налаз на плућима		Број болесника	%
ослабљен основни	дифузно	3	4.22
дисајни шум	у неком пољу	2	2.81
основни дисајни	дифузно	6	8.45
шум пооштрен	бронхијално дисање у неком пољу	2	2.81
продужен експирајум		5	7.04
звиждуци		3	4.22
пукоти		6	8.45
плеурално шкрипање		1	1.40

\*један број болесника имао је више патолошких аускулационих феномена истовремено

односу на број болесника без респираторних симптома 73,23%. Болесници који су имали симптоме описивали су их као: гушење благог степена (16,90%), суви кашаљ (8,45%), кашаљ са искашљавањем (7,04%) и бол у грудима неангинозне природе (1,40%). Један број болесника наводио је више симптома истовремено. Већину ових симптома болесници су класификовали у симптоме слабијег интензитета (табеле 1, 5 и 6).

Патолошки аускулациони налаз на плућима имало је 32,39% болесника, што је значајно мање ( $p < 0,01$ ) у односу на број болесника са нормалним аускулационим налазом 67,60%. Патолошки аускулациони налаз био је разноврстан и неспецифичан и имао је карактер ослабљеног или пооштреног основног дисајног шума, продуженог експирајума, звиждука, пукота и плеуралног шкрипања (табеле 2, 5 и 6).

Патолошки налаз при рендгенолошком прегледу плућа откривен је у 28 болесника (39,43%), што не представља значајну разлику ( $p > 0,05$ ) у односу на број болесника са нормалном рендгенографијом плућа (60,56%).

малном рендгенографијом плућа (60,56%). Код највећег броја болесника, њих девет, тј. 9,85%, рендгенографски преглед показао је плућну фиброзу. Фиброзне промене су биле блажег степена, осим код једне болеснице код које је дијагностикована цистична фиброза. Рендгенографски налаз „појачана плућна шара“ имало је 8,45% болесника, што се може тумачити многоструко. Специфичне туберкулозне (ТБЦ) промене дијагностиковане су у 5,63% болесника. У 7,04% болесника су дијагностиковане плеуралне адхезије или задебљала плеура, а у исто толиког броја рестрикција плућног паренхима и проширени међуребарни простори. Излив у плеури имало је 4,22% болесника. Инфильтрација плућног паренхима откријена је у 5,63% болесника. Један болесник имао је све карактеристике „синдрома скупљених плућа“ (табеле 3, 5 и 6).

Инсуфицијација вентилације дијагностикована је код 39,43% болесника, што не представља значајну разлику ( $p > 0,05$ ) у односу на број болесника са нормалном плућном функцијом (60,56%). Највећи број болесника

**Табела 3.** Карактер патолошких промена на рендгенографији плућа у болесника са РА (n=71)

Карактер патолошких промена на рендгенографији плућа	Број болесника	%
Фиброзне промене	7	9.85
Појачана плућна шара	6	8.45
Специфичне ТБЦ промене	4	5.63
Инфильтрација одредјеног дела плућног паренхима	3	4.22
Рестрикција плућног паренхима и проширени МРП	5	7.04
Плеуралне адхезије или задебљала плеура	5	7.04
Излив у плеури	3	4.22
„Синдром скупљених плућа“	1	1.40
Цистична плућа	1	1.40
Бронхиектазије	1	1.40
*један број болесника имао је више патолошких промена истовремено		

**Табела 4.** Тип инсуфицијенције вентилације у болесника са реуматоидним артритисом (n=71)

Тип инсуфицијенције вентилације		Број болесника	%
Рестриктивни тип	лакшег степена	15	21.12
	средњег степена	3	4.22
Опструктивни тип	лакшег степена	3	4.22
	средњег степена	2	2.81
Мешовити тип	лакшег степена	2	2.81
	средњег степена	3	4.22
УКУПНО		28	39.43

**Табела 5.** Налаз на плућима у болесника са реуматоидним артритисом

	Симптоми		Аускултација плућа		Рендгенограф. плућа		Функц. испитив. плућа	
	Број	%	Број	%	Број	%	Број	%
Нормалан налаз	52	73.23	48	67.60	43	60.56	43	60.56
Патолошки налаз	19	26.76	23	32.39	28	39.43	28	39.43
УКУПНО	71	100.0	71	100.0	71	100.0	71	100.0

**Табела 6.** Статистичка сигнификантност разлике у броју болесника од РА са нормалним и патолошким налазом добијеним различитим методама прегледа плућа и срца

ПЛУЋА	Методе	X <sup>2</sup>	P	У корист
	Симптоми	15.34	p < 0.05	нормалног налаза
	Аускултација	8.8	p < 0.05	нормалног налаза
	Рендгенографија	3.16	p > 0.05	без значајне разлике
	Функционално испитивање плућа	3.16	p > 0.05	без значајне разлике

имао је рестриктивни тип инсуфицијенције (25,34%). Лакши степен инсуфицијенције имало је 21,12%, а средњи степен 4,22%. Опструктивни тип инсуфицијенције имало је 5 болесника (7,03%) – 3 болесника лакшег, 2 средњег степена. Исто толики број болесника имао је мешовити тип инсуфицијенције, с тим што је овде 2 болесника имало лакши степен инсуфицијенције, а 3 болесника средњи степен (табеле 4, 5 и 6).

Гасни статус и ацидобазно стање артеријске крви у свих испитаних болесника били су у физиолошким границама.

У циљу испитивања утицаја пола на настанак плућне инсуфицијенције код болесника са РА, статистички смо тестирали однос учесталости инсуфицијенције вентилације између мушкараца и жена, при чему нисмо добили значајну разлику. Такође, нисмо добили статистички значајну корелацију између животног добра и патолошких промена на плућима у оболелих од РА.

## **Дискусија и закључи**

Мало се пажње у литератури и у пракси поклња проблему плућне патологије код болесника са реуматоидним артритисом. Аутори из Дома здравља у Новом Саду дифузну интерстицијалну фиброзу плућа налазе у 2,7% болесника, а аутори са Института за реуматологију из Београда у 72,7% болесника са РА, што представља велику разлику<sup>11, 12</sup>. У нашем истраживању патолошке промене на плућима код оболелих од РА дијагностиковане су у 39,43% болесника, што је у сагласности са оним радовима који налазе далеко већи проценат патолошких плућних промена у РА, па се у таквим случајевима слободно може рећи да се ради о плућно-зглобној форми РА. Аутори са Института за кардиоваскуларне и реуматске болести из Нишке Бање инсуфицијенцију вентилације налазе у 31% болесника са РА, што не одступа значајно од наших резултата<sup>13</sup>.

Аутори са Универзитета Западна Аустралија и Одељења за респираторну медицину, реуматологију и радиологију Royal Pert болнице

налазе у свом истраживању<sup>19</sup> 14% оболелих од РА који имају клинички значајну интерстицијалну плућну болест, а 44% болесника који нису имали никакве симптоме, а код којих су биле присутне абнормалности компатибилне са интерстицијалном плућном болешћу. Код укупно 58% болесника открили су промене. Абнормалности компатибилне са интерстицијалном плућном болешћу утврдили су: СТ-ом високе резолуције код 33% болесника, класичном радиографијом код 6%, функционалним испитивањем плућа код 22%, анализом бронхоалвеоларног лавата код 52%, 99mTc-dTра нуклеарним скенирањем код 15% болесника. Четрдесет два одсто (42%) болесника није имало никакве промене компатибилне са интерстицијалном плућном фиброзом<sup>19</sup>. Специфичност њиховог истраживања била је у томе што су у истраживање били укључени само они болесници чија болест није трајала дуже од две године. Поред тога, за разлику од нашег истраживања, они су користили и високоосетљиве технике и истраживање је било фокусирано на откривање само оних абнормалности које су компатибилне са интерстицијалном плућном болешћу. Тиме се могу објаснити разлике у смислу укупно већег процента болесника код којих је откривена интерстицијална плућна фиброза, а мањег процента болесника са инсуфицијенцијом вентилације и патолошком класичном радиографијом. Наш закључак је у складу са њиховим – да су плућне промене код болесника са РА честе. Њихово истраживање такође није могло да дâ неку смерницу којом би се могло предвидети који ће болесници развити плућне промене у склопу РА, а који не. Једину статистички значајну разлику коју су нашли код клинички манифестне интерстицијалне плућне болести јесте мушки пол, што је у складу са неким претходним истраживањима<sup>20</sup>.

Остало светска истраживања показују присуство плућне патологије код болесника са РА од 2,5 одсто<sup>21</sup> до 41 одсто<sup>22</sup>. Истраживање које се бавило аутопсијом РА болесника утврдило је плућну фиброзу код 35 одсто болесника<sup>23</sup>.

Код највећег броја болесника у нашем истраживању патолошке промене на плућима дијагностиковане су рендгенолошким прегле-

дом плућа и функционалним испитивањем плућа, што упућује на обавезу ових прегледа код болесника са РА, без обзира на непостојање симптома и нормалан аускулациони налаз. Значајно је навести и да су неки болесници имали нормалну рендгенографију плућа а инсуфицијенцију вентилације, а неки патолошке промене на рендгенографији а нормалну плућну функцију. Анализирајући резултате које смо добили, и узимајући у обзир резултате других сличних истраживања<sup>17, 19</sup>, сматрамо да једна нормална стандардна рендгенографија плућа не искључује могућност постојања дифузног интерстицијалног поремећаја, као и што једна патолошка рендгенографија плућа не значи одмах да постоји и плућна дисфункција у болесника са РА. Такође непостојање плућне симптоматологије не искључује постојање интерстицијалне плућне болести.

Патолошке промене на плућима код болесника са РА у нашем истраживању нису биле статистички значајне у односу на болеснике

код којих нису дијагностиковане, али су медицински значајне па их тако треба и третирати. Патолошке плућне промене у болесника са РА све више треба схватати не као компликацију РА већ као саставни део обог оболења. Њихова феноменологија је разноврсна, али са знатним карактеристикама и специфичностима. Фиброзни процес на плућима је вероватно иреверзибилан, али упални процес који изазива имунни одговор може добро да реагује на терапију, што може имати утицај на успоравање процеса.

За даља истраживања, али и клинички рад, предлажемо следеће:

Ради откривања латентне инсуфицијенције вентилације функционално испитивање плућа употпунији испитивањем дифузијског капацитета у миру и напору.

У свих болесника са регистрованом инсуфицијенцијом вентилације пратити динамику напредовања инсуфицијенције и њен утицај на прогнозу болести.

## Литература

- Kenneth HF, Kenneth ES: Рeуматске болести: Основна и клиничка имунологија. Савремена администрација, Београд, 1991; 356–384.
- Cannon GW: Pulmonary complications of antirheumatic drug therapy. Semin Arthritis Rheum 1990; 19: 353–64.
- Lemaire V, Ryckewaert A: Manifestations pulmonaires cinnecutivites. Rev Rheum 1973; 40: 363–8.
- Faurschou P: Rheumatid pleuritis and thoracoscopy. Scand J Resp Dis 1974; 55: 277–83.
- Wallker F, et al: Canad Med Ass J 1982; 127: 1163.
- Carr DT, Mc Gucin WF: Pleural fluid glucosae – serial observations of its concentracion following oral administratio of glucosae to patiens with rheumatoid pleural effusions and malignat effusions. Am Rev Resp Dis 1968; 97: 302–5.
- Decker JL, Plotz PH, McCarty DJ: Arhritis and Allied Conditions. Lea-Febiger, Filadelfija, 1979.
- Глишић Б., Анђелковић З., Поповић М.: Акутни пнеумонитис у току лечења реуматоидног артритиса метотрексатом. Акутна стања у реуматологији, Балнеоклиматолог 1994; (1): 146–8.
- Zitnik R, Cooper J: Pulmonary disease due to anthireumatic agents. Clin Chest Med 1990; 11(1): 139–150.
- Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, and all: The American Rheumatism Association revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 1988; 32: 315–324 .
- Раковић Ј., Крстић С. и сарадници: Плућна туберкулоза у системским болестима везивног ткива. Acta rheumat Beograd, 1998; 28 (1): 110.
- Бобић Б., Бобић Б.: Плућа у реуматоидном артритису. Acta rheumat Beograd, 1998; 28(1): 87.
- Тасић И., Ђукчић Ј.: Плућна функција у реуматоидном артритису. Зборник радова, XI конгрес реуматолога Југославије, Прохорово 1994; 52.
- Ристић М. и сарадници: Основи реуматологије. Завод за уџбенике и наставна средства, Приштина, 1988.
- Karger T, Rau R: Pneumonitis as a complication of low dose Methotrexate therapy in chronic polyarthritis. Pneumatologiae 1990; 44(1P): 576–7.
- Ђурић Б., Жафран Н. и сарадници: Реуматоидне акутне плућне инфилтрације. Плућ. бол 1984; 36: 218–22.
- Продановић С., Рогановић М. и сарадници: Најчешће плућне промене код болесника са реуматоидним артритисом. Acta rheumatol 1998. 28(1):87.

18. Ристић М., Гласновић М., Зградић И.: Специјална реуматологија. Универзитет у Приштини, 1998.
19. Gabbay E, Tarala R, Will R, Adler B, Cameron D, Lake RF: Interstitial Lung Disease in Recent Onset Rheumatoid Arthritis. Am J Respir Crit Care Med, Volume 156, Number 2, August 1997; 528–535.
20. Hunninghake G, Fauci AS: Pulmonary involvement in the collagen vascular diseases. Am Rev Respir Dis. 1979, 119: 471–496.
21. Banks J, Banks C, Cheong B, Umachandran V, Smith AP, Jessop JD, at all: An epidemiological and clinical investigation of pulmonary function and respiratory function and respiratory symptoms in patients with rheumatoid arthritis. Q. J. Med. 1992; 307– 308: 795–806.
22. Garcia JGN, Parham N, Killam D, Garcia PL, Keogh BA: Bronchoalveolar lavage fluid evaluation in rheumatoid arthritis. Am Rev Respir Dis. 1986; 133: 450–454.
23. Suzuki A, Ohosone Y, Obana M, Mita A, Matsuoka Y, Irimajira S at all: Cause of death in 81 autopsied patients with rheumatoid arthritis. J Rheumatol. 1994; 21: 33–36.

---

## Стручни и научни радови

# Менаџмент у сестринству и развој здравствене неге – приказ програма радионице –

Д. Савић<sup>1</sup>, В. Глишовић<sup>2</sup>

---

## Management in Nursing and Health Care Development – A program of the Workshop –

Danijela Savić, Vladimir Glišović

---

**З**дравствени систем у Србији се мења и све је више фокусиран на унапређење квалитета услуга и већу ефикасност. Модеран и ефикасан здравствени систем коме Србија тежи, оријентише се ка повећању задовољства пацијента, пружању што боље неге, унапређењу система, организације и начина пружања услуга.

Ове промене захтевају нове вештине и методе рада свих запослених. Зато у систему здравствене заштите у Србији постоји велика потреба за здравственим менаџерима који ће бити способни да спроводе и усмеравају промене система.

Образовање из менаџмента у систему здравствене заштите треба да допринесе општем унапређењу ефикасности здравственог система.

**Пројекат „Обука за менаџмент у здравству“** пројекат је Министарства здравља који финансира Европска унија.

Основни циљ пројекта јесте да се у оквиру образовног система у Србији креира и реализује свеобухватан и одржив национални образовни програм за менаџмент у систему здравствене заштите у складу са међународно признатим стандардима.

У оквиру пројекта концептиран је и програм радионица које се организују од фебруара месеца 2010. године. Обуку из менаџмента у сестринству похађало је, од фебруара до октобра 2010. године, 1250 медицинских сестара из Србије.

Током радионице предавач и модератор у радионици „Менаџмент у сестринству и развоја здравствене неге“ били су:

*Dr Nigel McCarley* – предавач, стручњак за здравствени менаџмент, специјализован за пројекте развоја сестринске службе и унапређења квалитета. Има више од 25 година клиничког и управљачког искуства у оквиру *Британске националне здравствене службе*, по професији је регистрована сестра у Великој Британији, са дипломом из менаџмента, мастером и докторатом из пословне администрације.

*Dr Nigel McCarley* је део тима експерата који су ангажовани да развију специјалистичке студије из менаџмента у систему здравствене заштите при Медицинском факултету у Београду и одговоран је за предмет „Унапређење квалитета здравствене заштите и безбедност пацијената“.

*Драгана Нојковић* – модератор, Клинички центар Србије, Центар за науку образовање и људске ресурсе, главни едукатор за континуирану медицинску едукацију за медицинске сестре-техничаре.

Дводневне интерактивне радионице реализоване су кроз предавања, дискусије и велики број практичних вежби.

Општи циљ радионице:

1. Развој менаџмента у сестринству у Србији.

Специфични циљеви радионице:

1. Едукација сестара о развоју сестринске делатности на међународном нивоу.

---

1 Данијела Савић, Градски завод за јавно здравље, Београд.

2 Владимира Глишовић, Градски завод за јавно здравље, Београд.

2. Едукација сестара о улогама у процесу здравствене неге.
3. Стицање специфичних знања и вештина које се могу применити у свакодневном раду.

Садржај радионице:

1. Глобалне перспективе сестринске професије и улога сестара у здравственом систему. У овом делу едукације акценат је стављен на информисање о образовању сестара у свету, законску регулативу која се односи на сестринску професију.
2. Менаџмент у сестринству. Током овог дела курса обрађена су поглавља из менаџмента и лидерства, учесници су се упознали са различитим стратегијама/теоријама менаџмента, као и инструментима који могу бити од користи у менаџменту промене и изградњи тимова у радном окружењу.
3. Организација сестринске неге. Учесници се се упознали са процесима процене, планирања и спровођења здравствене неге. Учесници су се упознали са различитим методологијама организације и процене потреба за сестринским кадром које се користе на међународном нивоу. Представљена је и улога помоћника меди-

цинских сестара који постоји у другом земљама, а негова улога није препозната у Србији, па квалификоване медицинске сестре и даље обављају немедицинске задатке и активности.

4. Обезбеђивање квалитета и менаџмент ризика у сестринству. Током овог дела едукације добили смо упутства и теоријске оквире за обезбеђивање квалитета и управљање ризиком у радном окружењу.

По завршетку предавања, извршена је провера знања полазника у форми теста.

Сви присутни учесници радионица попунили су евалуационе упитнике где су уписивали своје утиске и оцењивали радионицу. Радионица је акредитована од стране Здравственог савета Србије и сви учесници су добили бодове за континуирану едукацију.

Професионално одговорно сестринство ће пружати најбољу могућу сестринску негу у складу са променљивим потребама људи. Као учесници обуке из „Менаџмент у сестринству и развоја здравствене неге“ упознали смо теоријске оквире и савладали различите вештине кључних светских трендова у савременом сестринству.

## **Могућности за промене ...**



---

## Стручни и научни радови

### Часопис „Геронтологија“ – приказ броја 1. и 2. за 2010. годину –

Д. Динић<sup>1</sup>, С. Јанкелић<sup>2</sup>, М. Тасић<sup>3</sup>

---

## Gerontology Review – 2010; 1&2 –

Dragana Dinić, Sanja Jankelić, Marija Tasić

---

### Уводне напомене

Часопис *Геронтологију* издаје Геронтолошко друштво Србије<sup>4</sup> од 1973. године. До 1992. *Геронтологија*<sup>5</sup> је штампана под називом *Геронтолошки зборник*. Часопис је Министарство за науку разврстало у научне часописе од националног значаја у категорији M52.

У време СФРЈ излазио је и до четири пута годишње, али последњих година, из финансијских разлога, штампа се једном до два пута годишње. Ово је једини научни и стручни часопис на подручју Југоисточне Европе, па и шире, који је искључиво посвећен питањима старења и старости. У нашој земљи нема значајнијег научника или стручњака који се бави геронтолошким или геријатријским питањима а да није писао за *Геронтологију*, тако да она представља незаобилазну литературу за све који се баве проблемима стarih људи.

Овај часопис посебно добија на значају у светлу чињенице да је наша земља једна од најстаријих у Европи и свету, по просечној старости становника и још неповољнијим демографским тенденцијама и пројекцијама, тако да нам веома озбиљно суочавање са растућим

проблемима старења и старости тек предстоји.

У 2010. години објављена су два броја *Геронтологије*.

### Геронтологија 1/2010.

У првом броју *Геронтологије* објављено је шест оригиналних научних радова и седам стручних радова који су разврстани у четири засебне тематске целине. Овај број садржи још и рубrike: *Прикази, Есеји, Прилози и Обавештења*.

У првој тематској целини публиковани су радови саопштени на Регионалној конференцији о старости и старењу у југоисточној Европи, која је одржана у Београду од 15. до 16. октобра 2009. године, у организацији Клиничко-болничког центра Звездара, Удружења геријатара и геронтолога и Медицинског факултета у Београду. На конференцији су учествовали стручњаци из наше земље и из иностранства, а у броју 1/2010. часописа публикована су, на енглеском језику, два саопштења иностраних предавача: Мирко Петровић<sup>6</sup> – *Професионални стандарди геријатријске обуке*

1 Мр Драгана Динић, социолог, истраживач сарадник Института за политичке студије из Београда, dsdinic@yubc.net

2 Санја Јанкелић, асистент спец. геронтолог, Секретаријат за здравство Града Београда.

3 Mr прим. др Марија Тасић – Градски завод за геронтологију, Београд.

4 Геронтолошко друштво Србије је стручно-научно и социјално-хуманитарно удружење грађана и правни је наследник Савеза геронтолошких друштава Југославије. У недостатку одговарајућег научног института за геронтологију и геријатрију, ГДС већ 37 година успешно покрива ове научне области својим истраживачким, научним, стручним и едукативним радом.

5 Од 2009. главни и одговорни уредник Геронтологије је проф. др Анђелка Милић. Каталошке одреднице часописа су: ISSN 0354-415X; COBISS.SR-ID 99636743. GERONTOLOGY - Review Gerontological Society of Serbia. www.gds.org.rs

6 Проф. др Мирко Петровић – Служба за Геронтологију и Геријатрију, Универзитетска Болница у Генту, Гент, Белгија.

у Европи (*Professional Standards in Geriatric Training in Europe*) и Norah Keating and Stephanie Fletcher – *Meeting the Needs of Older Adults: A Family Responsibility?* Објављивање текстова на страним језицима представља повратак на ранију добру интернационалну праксу часописа и његово све снажније учешће и присуство, као стручног и научног гласила, у међународној јавности.

У тексту *Професионални стандарди геријатријске обуке у Европи* проф. Петровић (који је нашег порекла), образлаже неопходност мултидисциплинарног приступа у заштити стarih кроз процену фактора који утичу на здравље и квалитет живота у старости, што подразумева процену не само физичког здравља већ и сагледавања функционалне способности, менталног здравља, социо-срединских услова. Свеобухватна геријатријска процена коју спроводи интердисциплинарни геријатријски тим, применом стандардизованих инструмената, може да побољша исход здравствене неге и клиничке резултате, односно доприноси већој дијагностичкој тачности, побољшању функционалног статуса и менталног здравља, смањује коришћење акутне геријатријске неге и домова за дуготрајну негу, смањује смртност, а постиже и веће задовољство самих стarih. За овакав приступ се залажу медицинске асоцијације европске заједнице. У другом делу аутор указује на основне елементе додипломске и постдипломске обуке у геријатријској медицини. Друштво за геријатријску медицину Европске уније (EUGMS) препоручује да сваки медицински факултет треба да обезбеди неопходне ресурсе за обуку студената о нормалном стању, мултидисциплинарности у заштити стarih, о процени здравственог стања стarih, о етичким питањима и крају живота. Друштво за постдипломску обуку препоручује општи принцип од четири године обуке у геријатријској медицини након две године интерне медицине. Аутор наводи да, у складу са овим препорукама, курикулум за обуку треба

да садржи знања о основној нези, здравственим услугама у геријатријској медицини, свеобухватну геријатријску процену, рехабилитацију, психијатрију за stare, палијативну медицину, планирање отпушта из болнице, дуготрајно збрињавање и истраживачки рад.

Рад угледне професорке Универзитета у Алберти – Канада, проф. Nore Kiting, публикован је, такође, на енглеском језику. Она поставља питање да ли су у савременом друштву одржива високо и широко постављена очекивања везана за одговорност породице у обезбеђивању подршке старијим у очувању основних људских права. Критички се поставља према оваквим очекивањима и подсећа да се у многим земљама и у многим међународним документима наглашава потреба успостављања равнотеже у обезбеђивању подршке старијим између различитих друштвених актера. Ауторка истиче да баланс између породице, индивидуе и других актера у близи за старију популацију мора да буде дискутован у оквиру сваке земље, односно, културе понаособ. Овај рад представља допринос расветљавању једног другачијег приступа схватању улоге савремене породице у организацији бриге о старијим у оквиру социологије стања, где се дуго фаворизовала традиционална улога породице у оквиру које су очекивања и одговорност за бригу о старијим члановима били на високој лествици приоритета свакодневног породичног функционисања.

Други одељак у часопису односи се на радове из геријатрије. Висока истраживачка активност стручњака из ове области геронтологије обећава боље услове за развој овог битног подручја геронтолошке праксе у нас.

У тексту *Непокретност у клиничкој пракси* аутори<sup>7</sup> указују да иако се често непокретност геријатријских пацијената не може превенирати, ипак се може спречити појава нежељених последица непокретности. Покретљивост је могуће побољшати и код непокретних геријатријских пацијената. За тај процес неоп-

<sup>7</sup> Проф. др Драгослав П. Милошевић, специјалиста интерне медицине – геријатар, ванредни професор Медицинског факултета Универзитета у Београду, Катедра интерне медицине, Последипломска катедра за геронтологију, КБЦ „Звездара“, Интерна клиника, Клиничко одељење за геријатрију, Београд, e-mail: dpmilosevic@gmail.com

ходан је тим стручњака различитих профиле који индивидуално одређује специфичне циљеве терапије непокретности. Аутори су указали на значај познавања етиологије непокретности геријатријских пацијената која је најчешће узрокована физичким, психолошким, факторима средине, коштано-мишићним, неуролошким и кардиоваскуларним оболењима. Оптимални третман оваквих пацијената захтева, пре свега, добру процену стања геријатријског пацијента. Аутори су у процесу ублажавања функционалног губитка истакли кључну улогу рехабилитације геријатријских пацијената и неопходност тесне сарадње геријатара и физијатара у процени и постављању реалних циљева за сваког пацијента индивидуално. Циљеви треба да задовоље пацијентове жеље и социјално-економски статус и да допринесу максимално могућем опоравку непокретног болесника, при чему се истиче да године живота нису контраиндикација за рехабилитациони третман. Због свега овога аутори истичу значај развоја акутне геријатрије и постојање јединица интензивне неге на геријатријским одељењима где ће се остварити пуна сарадња стручњака различитих профиле у циљу спречавања појаве и озбиљности компликација непокретности, а тиме ће се допринети задовољству и благостању геријатријског пацијента.

Следеће саопштење, под називом *Дисфункције тиреоидеје и остеопороза старијих особа* повезано је са претходним. Остеопороза је не-

заразна болест која мења структуру и минералну густину кости, узрокује преломе, деформитете, инвалидитет и непокретност. У свету се сваког минута догоде два прелома узрокованы остеопорозом. Дисфункције тиреоидеје могу узроковати поремећаје у ремоделовању кости, и аутори<sup>8</sup> су у овој студији испитивали квалитет коштане супстанце код старијих особа код којих је присутна тиреоидна дисфункција. У студију су укључене 164 жене просечне старости 74 године од којих је 26 одсто имало дисфункцију тиреоидеје, односно 13 одсто хипертреозу и 13 одсто хипотреозу. Денситометрија је показала остеопоротичне промене мерење и на кичменим пршљеновима и на куку. Стога аутори препоручују да свака старија особа женског пола једном годишње проверава минералну густину кости, поготову уколико је присутна дисфункција штитне жлезде, јер је превентива остеопеније и остеопорозе услов очувања минералне густине кости у старости.

Текст *Нехирушка терапија карцинома дебелог црева* односи се на могућности нехируршке терапије карцинома дебелог црева код старијих. Инциденца тумора дебелог црева повећава се с годинама живота. У Србији инциденца је 66/100 000 односно 3000 нових сличајева годишње, а најучесталији је између шесте и седме деценије живота. Око 40 одсто болесника са новооткривеним карциномом дебелог црева чине особе старије од 74 године. Третман

---

*Проф. др Младен Давидовић*, специјалиста интерне медицине – геријатар, редовни професор Медицинског факултета Универзитета у Београду, Катедра интерне медицине, Последипломска катедра за геронтологију, КБЦ „Звездара“, Интерна клиника, Клиничко одељење за геријатрију.

*Доц. др Небојша Деспотовић*, специјалиста интерне медицине – кардиолог, доцент Медицинског факултета Универзитета у Београду, Катедра интерне медицине, Последипломска катедра за геронтологију, КБЦ „Звездара“, Интерна клиника, Клиничко одељење за геријатрију, Београд.

*Асист. др Предраг Ерић*, специјалиста интерне медицине – кардиолог, асистент Медицинског факултета Универзитета у Београду, Катедра интерне медицине, Последипломска катедра за геронтологију, КБЦ „Звездара“, Интерна клиника, Клиничко одељење за геријатрију, Београд.

*Др Јелена Стојановић*, лекар на специјализацији интерне медицине, академски специјалиста ендокринологије, КБЦ „Звездара“, Интерна клиника, Клиничко одељење за геријатрију, Београд.

<sup>8</sup> Проф. др Снежана Ђурића, интерниста, ендокринолог, Медицински факултет, Београд, Наставна база Интерна клиника, КБЦ „Звездара“, Београд, djurica@EUnet.rs

Миљанка Вуксановић и Бранка Арсеновић – Центар за болести тиреоидеје и остеопорозу, Интерна Клиника КБЦ „Звездара“, Београд.

карцинома дебelog црева, као и код других малигних оболења, не би требало да се за-снива на животној доби већ на индивидуално процени општег стања геријатријског пацијента, стадијума болести и присутних коморбидних стања, као и способности пацијента да поднесе токсичност цитостатске терапије, што зависи како од општег стања тако и од функције јетре, бубрега и коштане сржи. У случају примене, ефекти хемотерапије морају бити пажљиво праћени због веће склоности старих ка компликацијама. Један интересантан податак који су аутори изнели јесте да је у по-следњих десет година дупло већи број осамдесетогодишњака који су лечени хемотерапијом од карцинома дебelog црева, што иде у прилог изнетом ставу да године живота нису пресудне за примену цитостатика.

Сведоци смо значајног продужења очекива-не дужине живота, што неминовно доводи и до повећања заступљености хронично оболелих старих. Стога се намеће и потреба повећања болничких капацитета за забрињавање старих. У тексту *Хоспитална геријатрија* аутори<sup>9</sup> су истакли недостатак болничких капа-циитета намењених старима и потребу увођења акутне геријатрије, болничког одељења намењеног ургентном забрињавању старих у случају погоршања постојеће болести. Такође, аутори истичу и потребу увођења хоспиталне геријатрије која ће допринети лакшем пријему старих у болницу и омогућити им да на једном месту добију здравствене услуге за које би им на другом месту требало више консулатаната. Хоспиталну геријатрију би требало формирати у свакој болници, а о њеном значају говоре два документа: *Silver paper*, где се наводе принципи и поступци према старијем

болеснику у хоспиталним условима, као и *Писмо Европског удружења геријатара и ге-ронтолога* председнику домаћег удружења геријатара и геронтолога у коме се, у складу са европским искуствима, предлаже формирање геријатријских одељења у свим већим болни-цама. Аутори наглашавају да је хоспитална геријатрија карика која недостаје у ланцу со-цио-здравствене заштите старих у Србији.

Повећање заступљености оболења која временом узрокују инсуфицијенцију бубрега је у порасту. Променом демографске структуре ста-новништва све је већи број старих којима је потребна дијализа, што докторе ставља поне-кад и пред етичке дилеме. Аутори<sup>10</sup> су у раду *Етички аспекти лечења старих особа хемодијализом* истакли да, захваљујући напретку медицинске науке и технологије, данас прак-тично не постоје апсолутне контраиндикације за лечење дијализом услед чега је и приметан пораст старих на дијализи. Тако се у са-општењу наводи и да је у Америци и Канади преко 50 одсто пацијената на дијализи старије од 65 година. У пракси се здравствени радни-ци све чешће срећу са потребом прецизне процене потенцијалне користи лечења хемодијализом веома старих особа, при чему су важни критеријуми очекивано продужење жи-вота и квалитет живота.

Имајући у виду да су кардиоваскуларне бо-лести најчешћи узрок морбидитета и морталитета особа старих 65 и више година, у са-општењу *Карактеристике срчаног удара код старих* аутори<sup>11</sup> су показали неке карактерис-тике срчаног удара код особа старих 65 и ви-ше година који су хоспитализовани током дво-месечног периода у коронарној јединици Кли-ничко-болничког центра Звездара. Утврђено је

<sup>9</sup> Деспотовић Небојша, Давидовић Младен, Ерцег Предраг, Милошевић П. Драгослав

<sup>10</sup> Јасна Трбојевић - Станковић - Клиника за урологију, КБЦ "Др Драгиша Мишовић", Београд, Одељење хемодијализе, jasna.ts@neobee.net

Др Дејан Нешић – Институт за Медицинску физиологију, Медицински факултет Универзитета у Београду.

Биљана Стојмировић – Клиника за нефрологију, Клинички центар Србије, Медицински факултет Универзитета у Београду

<sup>11</sup> Маја Николић-Деспотовић, Синиша Димковић, Наташа Марковић – Клиничко одељење кардиологије, Клиничко-болнички центар „Звездара“, Београд.

Деспотовић Небојша ndsp@beotel.net, Давидовић Младен, Ерцег Предраг, Милошевић П. Драгослав – Клиничко одељење ге-ријатрије, Клиничко-болнички центар „Звездара“, Београд.

да се код старијих пацијената срчани удар јавља нешто чешће, у периоду праћења од 73 болесника њих 52 или 71,2%, били су стари 65 и више година. Локализација је најчешће антериорна, а као компликација код ових болесника чешће се јављало попуштање срца. Летални исход није био чешћи код старијих болесника.

Први број часописа *Геронтологија* садржи неколико добрих радова из области социјалне геронтологије.

У трећем одељку, који носи назив *Социо-логија и психологија старења*, објављена су два текста.

У тексту *Старосна дискриминација*, ауторка<sup>12</sup> се бави тумачењима појма старосна дискриминација и проблемима везаним за њено разумевање, позивајући се и цитирајући већи број образложења страних и домаћих стручњака о овом појму, у напорима да дође до личне дефиниције старосне дискриминације, уз закључак да она представља трећу велику дискриминацију после расизма и сексизма. Интересантан закључак ауторке је предлог о целиснодности постојања тзв. старосних студија, које се не би бавиле само проблемима старости већ проблемима свих старосних групација, уз објашњење да је важно и у литератури стварати сензибилитет за разумевање позиције у којој се налазе друге старосне групације у односу на сопствену - што би била добра превенција појаве било какве дискриминације по основу година.

Други текст представља извод из магистарске тезе, *Стара особа као жртва и носилац геронтизма*, одбрањене на Филозофском факултету у Београду. У овом тексту ауторка<sup>13</sup> се бави особеностима ритма свакодневног живота старијих особа у циљу бољег разумевања потенцијала старих људи али и проблема са којима се они суочавају у старости. Рад представља интересантно истраживање утемељено сазнање, тј. истраживање о обиму и

садржају свакодневних животних активности старих особа, које су детерминисане здравственим статусом, личним интересовањима, економским ресурсима, културолошким одликама. Овим радом из једног специфичног угла апострофира се важност перцепције хетерогености популације старих која мора да буде основа за креирање и спровођење свих мера бриге, односно, заштите старих.

У четвртом одељку, под називом *Социо-политички аспекти старења и старости*, публикован је још један рад иностраног аутора на енглеском језику. То је рад *Caregivers Of People With Dementia: Prevention Of Caregiver Burden; Professional Counseling*, ауторке Sabine Bährer-Kohler<sup>14</sup>, који представља значајан допринос разумевању организације заштите старијих са проблемима менталног здравља. Ауторка се у тексту бави проблемом синдрома сагоревања код неформалних пружалаца неге старијим дементним особама. Организација и пружање индивидуалних и групних саветовања о многобројним аспектима бриге о дементним старијим особама представљало би корак напред у превенцији синдрома сагоревања пружалаца неге, закључује ауторка. У прилогу текста налази се веома детаљна и богата библиографија која представља одличан извор најсавременијих референци за све који се баве заштитом особа оболелих од деменције, односно особа са проблемима менталног здравља.

Други текст у овом одељку носи назив *Моћући правци развоја отворене социјалне заштите старијих у Београду*. Аутор<sup>15</sup> даје исцрпан и детаљан приказ стратешких праваца развоја отворене социјалне заштите, који се заснивају на ауторовој критичкој анализи досадашњег развоја, анализи постојеће ситуације и презентацији препорука евентуалног будућег развоја система отворене социјалне заштите у Београду, а све у циљу унапређења квалитета услуга и квалитета живота старијих. Рад пред-

<sup>12</sup>Маријана Миланков, социолог – Завод за проучавање културног развитка Републике Србије.

<sup>13</sup>Мр Весна Матић, Руководилац РЈ Клубови за стари и одрасла лица, Геронтолошки центар "Нови Сад".

<sup>14</sup>Sabine Bährer-Kohler, Dr. Dipl., PO Box 3244, CH-4002 Basel, Switzerland, E-mail: Sabinebährer@datacomm.ch

<sup>15</sup>Ђири Пешић, потпредседник Геронтолошког друштва Србије.

ставља значајан извор систематично сажетих сазнања о историјском, тј. досадашњем развоју отворене социјалне заштите у Београду кроз приказ развоја њених капацитета у пет фаза, почев од 1973. године када су први пут основани клубови за дневни боравак одраслих лица, преко оснивања дневних центара и клубова за старије при центрима за социјални рад и оснивања служби помоћи у кући, до данас. Аутор напомиње да последња фаза траје од 1996. године до данас и карактерише је доминантна општа стагнација у развоју капацитета, што није у складу са потребама нарастајућег броја корисника, а не постоји ни равномерност у доступности тих капацитета у свим београдским општинама. У тексту се даје и осврт на друге проблеме у функционисању и сврсисходности постојеће мреже установа и организације система отворене социјалне заштите и подвлачи се, као стратешка тенденција, потреба и неопходност оснивања самосталне градске установе за отворену социјалну заштиту одраслих и старијих у Београду. При том се образлаже друштвена, економска и свака друга оправданост таквог једног пројекта, што представља значајан допринос сагледавању једног аспекта социјалне праксе у Београду.

Из једне другачије перспективе – историјске, баве се аутори<sup>16</sup> у трећем тексту овог одељка, који носи назив *Јавно здравље у Србији у XX веку са освртом на старе*. Овде је дат детаљан и веома интересантан приказ историјског развоја јавног здравља у Србији, кроз анализу историјских докумената, који су препознали значај бриге о народном здрављу и у којима се налажу мере за његово очување. Аутори подвлаче да здравствена заштита старијих представља интегрисани део здравствене заштите становништва у модерној Србији, уз напомену да је популација старијих у програмима здравствене заштите препознатљива као вулнерабилна група и као таква има приоритет.

У петом одељку дат је приказ *Међугенерацијски финансијски трансфери – истраживања*

у Европској унији и Финској, аутора Дејана Петровића. Представљено је *SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)*, лонгитудинално истраживање реализовано под покровitelјством Европске уније, које је показало да су финансијски трансфери највећим делом усмерени од родитеља ка деци, при чему не постоји разлика између испитаника из различитих европских регија у смеру у ком се одвијају дати трансфери. Алtruизам и реципрочитет су главни принципи по којима се обавља размена помоћи унутар сродничке мреже. До сада су обављена два круга истраживања 2004–2005. и 2006–2007. године. У првом кругу истраживање је обухватило 22 000 испитаника оба пола из 12 европских земаља (Грчка, Италија, Шпанија, Француска, Швајцарска, Аустрија, Немачка, Холандија, Белгија, Велика Британија, Данска и Шведска), док су у другом кругу истраживању приклучене још Чешка, Польска и Израел, а узорак повећан на 35 000 испитаника старости 50 година и више. Финско истраживање *GenTrans* усвојило је добар део методологије примењене у *SHARE* истраживању, покушавајући да оствари што прецизнији увид у међугенерацијске финансијске трансфере унутар контекста финског друштва.

У шестом одељку су дата два есеја: *Старење и мисао о смрти: антрополошко-филозофски трактат*, ауторке мр Јадранке Божић, и *Подстицај у образовању старијих*, аутора проф. др Драгослава Војчића.

У седмом одељку дат је *Извештај са Светског самита за социјални развој*. На састанаку Комисије за социјални развој Уједињених нација, који је одржан 11. фебруара 2010. године у Њујорку, препоручено је Економском и Социјалном Савету да усвоји следећи Нацрт резолуције: *Започињање другог циклуса евалуације Мадридског Међународног плана акције о старењу, 2002. Овај циклус евалуације подразумева евалуацију и регионалних планова и светског плана акције. Ова евалуација ће се рализовати у прегледу вођеном одоздо – на горе, почевши од националних планова.*

<sup>16</sup>Доц. др Христо Анђелски, Градски завод за јавно здравље, Београд, e-mail: hristo.andjelski@zdravlje.org.rs.

Мр. сц. пх Биљана Анђелски Радичевић, Стоматолошки факултет Универзитета у Београду

У последњем, осмом одељку секретар Геронтолошког друштва Србије, mr Драгана Динић, приредила је Извештај са Годишње скупштине ГДС-а, која је одржана 24. марта 2010. године, као и Програм предстојећег Осмог националног геронтолошког конгреса, који је планиран за мај 2010. под називом „За европске стандарде социјалне сигурности и квалитета живота у старости“.

## **Геронтологија 2/2010.**

У броју два часописа *Геронтологија* објављени су неки од уводних реферата саопштених на Осмом националном геронтолошком конгресу, са међународним учешћем, који је одржан у Врњачкој Бањи од 21. до 23. маја 2010. године. Тема конгреса била је „За европске стандарде социјалне сигурности и квалитета живота у старости“, са основним циљем да се утврде дometи у имплементацији Националне стратегије о старењу. У овом броју *Геронтологије* објављен је 21 текст. Текстови презентују сазнања и достигнућа домаће, али и иностране стручне јавности, и распоређени су у седам тематских целина, са посебним додатком из рада ГДС-а.

Публиковани уводни реферати представљају покушај да се пронађе одговор на нека општа питања везана за различите политике и место старих људи у тим политикама – чак четири тематске целине баве се питањима социјалне политике старења. Конгресне расправе и директиве показују да ли, како и колико остварујемо европске стандарде социјалне сигурности и квалитета живота у старости?

Прва тематска целина, која носи назив *Уз питања реформи и развоја заштите стarih особа*, садржи четири текста.

У првом тексту: *Нека питања реформе пензијско-инвалидског осигурања*, дат је значајан допринос бољем разумевању пензијског осигурања, као и актуелне реформе овог осигурања. Ауторка<sup>17</sup> у тексту даје јасан и кон-

цизан преглед измена услова за остваривање права на пензијско осигурање које су започете изменама законских регулатива од 2003. године и трају до данас. Она је учеснице Конгреса, а и читашце *Геронтологије*, упознала и са предстојећим изменама Закона о пензијско-инвалидском осигурању, које ступају на снагу у јануару 2011. године. У раду је презентовано доста детаљних података који се односе на кретања вредности просечних пензија по свим основама, и опис измена законских регулатива, са јасним закључком да су све промене пензијско-инвалидског осигурања ишли у правцу пооштравања услова за стицање права из овог осигурања. Ауторка подвлачи да целокупна реформа има два важна циља и то: а) обезбеђење одрживости овог осигурања у складу са постојећим економским капацитетима земље и демографским тенденцијама које одликује старење становништва и б) обезбеђење економске независности и пристојне економске егзистенције старијих људи. Време ће показати колико је започета реформа добра.

У наставку ове тематске целине, у тексту *Уважавање феномена старења у свим аспектима политike развоја*, ауторка<sup>18</sup> указује на комплексност феномена старења које има многочлане социјалне, економске, здравствене и друге импликације и на чињеницу да неадекватан одговор друштва на суочавање са последицама демографског старења становништва може представљати баласт, не само за старије генерације, већ за целокупно становништво. Из тих разлога, она подвлачи да је увођење феномена старења у процес настајања, тј. креирања свих политика неизбежан предуслов за изналачење одговора на потребе свих старосних групација. Крајњи циљ оваквог приступа у креирању свих политика јесте довођење економије и друштва у хармонију са демографским променама. Ауторка је успешно приближила читашцима шта значи концепт „увођења старења у све развојне политике“, указујући да он представља основну стратешку акцију у Мадридском међународном плану старењу, и да се

<sup>17</sup>Марија Тодоровић, психолог, саветник потпредседника Владе Републике Србије др Јована Кркобабића.

<sup>18</sup>Др Лидија Козарачанин, психолог, национални повериеник за старење – Републички завод за социјалну заштиту.

огледа у интеграцији питања старења становништва у све области политике и на свим нивоима: од међународног, регионалног, националног до локланог. У тексту су презентовани и примери добре праксе у имплементацији ове стратешке акције у земљама у окружењу.

На крају је дата критична процена успешности спровођења ове стратешке акције, увођења старења у све развојне политике на нашим просторима, и то кроз анализу имплементације Националне стратегије о старењу у Србији, где, и поред свих уложених напора, нису постигнути очекивани резултати. Текст представља заиста одличан извор сазнања о једном стратешком документу у складу са којим је потребно и неопходно креирати све политике на националном и локалном нивоу.

У тексту *Обезбеђивање услова за квалитетан живот и одржавање независног начина животљења*, аутори<sup>19</sup> настављају разматрање питања непокретности, из првог броја *Геронтологије*.

У тексту *Социјална заштита стarih – европске тенденције*, аутор<sup>20</sup> даје приказ трендова развоја социјалне заштите стarih у земљама ЕУ. Он подвлачи да је Европа животно заинтересована да пронађе и понуди адекватне одговоре на бројне изазове демографског старења становништва, и да већина европских земаља овај проблем сагледава као интегрални део социјалних проблема друштва, као и да, поред различите социјалне праксе, постоји општа тежња свих европских земаља да се унапреди систем социјалне заштите. Аутор закључује да систем социјалне заштите стarih у Србији треба развијати у складу са реалним потребама и интересима стarih особа и то укључујући све њене облике: институционалне и ваниинституционалне.

*Културно-антрополошке аспекте старења у савремености* разматрала су три аутора. У тексту *Представе о старости и културни мо-*

*дел у Србији*, аутор<sup>21</sup> је читаоцима, путем завидне социолошке имагинације, покушао да приближи сагледавање и разумевање представа о старости у различитим фазама друштвенног и културног развоја, и то од патријархалног и руралног друштва до транзиционог друштва, које одликује велика конфузија вредности и оштар сукоб различитих погледа на свет. Он указује да представе које израстају на доминантним културолошким моделима, детерминисаним временом и простором, утичу на облике понашања и изражавања према старијима. Савремену културу, на жалост, одликује доминација негативних представа о старости. Уз напомену да се представе изражавају у језику, кроз медијске слике о старости, у књижевности и наравно у свакодневној комуникацији, аутор закључује да су медији у савременом свету ипак најмоћније средство утицаја на јавно мњење, а самим тим су и најодговорнији у промоцији позитивних представа о старењу и старости.

У оквиру истог тематског блока, који се бави културолошко-антрополошким аспектима старења, још једна ауторка<sup>22</sup> је дала свој допринос текстом *Образовањем starih ка друштву за све*. Она подвлачи да старост постаје ново дуго раздобље у животном циклусу човека, за које се редефинишу лична и друштвена очекивања, успостављају и развијају нови обрасци и садржаји друштвених улога и позиција стarih. Истовремено, „друштво знања“ поставља нове стандарде за социјалну укљученост и партиципацију у друштвеном животу. Из тих разлога старији људи се путем образовања оснажују и оспособљавају да активно учествују у заједници. Ауторка је дала исцрпан приказ значајне улоге доживотног образовања у смислу, не само образовања у старости, већ образовања свих и кроз сва животна доба, у циљу остварења друштва за сва животна доба.

<sup>19</sup>Проф. др Младен Давидовић, проф. др Драгослав П. Милошевић, доц. др Небојша Деспотовић и ас. др Предраг Ерић – Медицински факултет у Београду, Последипломска Катедра за геронтологију, Катедра Интерне медицине.

<sup>20</sup>Јанко Дрча, психолог из Новог Сада.

<sup>21</sup>Др Милош Немањић, социолог, председник Геронтолошког друштва Србије.

<sup>22</sup>Проф. др Снежана Медић - Филозофски факултет у Београду.

Она истиче да је образовање старих на нашим просторима маргинализовано и занемарено и да за то не постоји јасан друштвено политички интерес. Изузетак је Универзитет за треће животно доба и неки спорадични покушаји цивилног друштва да помогну у образовању старијих. Ипак још много тога је потребно урадити да доживотно образовање постане доминантна филозофија образовања у оквиру које се људи различитим мерама подстичу и подржавају да уче и да се образују целог живота.

Интересантан филозофско-антрополошки приступ схватљу старости презентован је у раду под називом *Антрополошки аспекти старости*. Аутор<sup>23</sup> се на занимљив начин осврће на тумачење мита о убијању старих – такозвани лапот и на његову погрешну интерпретацију која је довела до прихватања лапота као обреда својственог српској традицији, иако за то не постоје ни археолошки, историјски и етнолошки докази. Данас се мит о лапоту кориси као својеврсна метафора за нехуман однос према старима, и аутор истиче да постоји позитиван социјални аспект мита о лапоту који се огледа у изоштравању етичких приступа према старијим члановима друштва. По њему, однос према старости је у суштини обојен неразумевањем трећег животног доба, а кроз искуство и сазнање егзистенцијалистичке филозофије, могуће је адекватно разумевање старости, која није период у ком се животни смисао губи. Из једног посебног филозофског угла аутор је покушао читаоцима да приближи потребу адекватног разумевања старости као периода у коме се такође потврђује животни смисао человека.

У трећој тематској целини, која носи назив *Стари, здравље и лечење* публикована су четири изузетно значајних саопштења. Примена предлога и закључака ових саопштења у свакодневној пракси може значајно допринети унапређењу здравља и очувању квалитета живота у старости. Оно што је заједничко овим

саопштењима, из различитих области медицине, јесте истицање потребе предузимања превентивних активности којима ће се превенирати настанак поремећаја здравља у старости, унапредити квалитет живота старих али и смањити трошкови здравствене заштите.

Очување менталног здравља у старости сигурно је један од веома битних фактора очувања укупног квалитета живота осталех. Са старењем људи су више забринути због губитка менталних него телесних способности. Сенилност, односно губитак когнитивних функција, сматра се процесом који се не може превенирати. Имајући у виду да се све више повећава заступљеност старих у укупној популацији, и поготово најстаријих старих, оних старости преко 85 година, когнитивни поремећаји ће бити заступљени код много већег броја осталех, праћени хроничним проблемима телесног здравља. У тексту *Когнитивно здравље и проблеми остале популације* аутор<sup>24</sup> даје одговоре о томе како мозак „нормално стари“, шта је то когнитивно опадање, каква је разлика између тог опадања и деменције, када почиње когнитивно опадање, шта је то когнитивно здравље и да ли постоје фактори ризика за когнитивно опадање и профилактички фактори когнитивног здравља. Јасан, концизан табеларни приказ фактора ризика и веома прегледно дате стратегије које побољшавају васкуларно и когнитивно здравље може послужити лекарима примарне здравствене заштите као један подсетник или водич за превентивне активности. Такође, оно што може свакој особи која се налази у процесу старења бити од користи јесте упознавање са животним стилом који чува функцију мозга и брани га од неизбежних физиолошких промена. У *Мерама здравог животног плана за мозак* истиче се значај менталних, социјалних и телесних активности, правилне исхране, избегавања алкохола и „лоше“ хране, као и потреби регулисања телесне тежине, холестерола, крвног притиска, шећера у крви. Аутор исти-

<sup>23</sup>Др Ђојан Јовановић, научни саветник Балканолошког института САНУ.

<sup>24</sup>Проф. др Душан Петровић, специјалиста неуропсихијатар – психогеријатар, професор Универзитета, у пензији, сада је у Православном Пастирском Саветодавном центру Београдско-карловачке архиепископије у Београду.

че да, иако постоји страх, највећи број старих никада неће доживети когнитивно пропадање, а они са већ испољеним когнитивним проблемима неће стићи до деменције. Међутим, услед повећања укупног броја старих и оних најстаријих старих, ипак ће се повећати заступљеност особа са когнитивним опадањем што ће изазвати значајне последице по заједници. Аутор истиче да од тога како ће се прићи овом проблему у заједници и када ће се пре-мостити јаз између научних сазнања и праксе зависи да ли ће се уместо на превенцију у будућности више новца усмерити на лечење и негу старих са когнитивним поремећајима.

У тексту *Лечење геријатријских пацијената* још једном се апострофира значај свеобухватне геријатријске процене, којим се сагледавају комплексни фактори који утичу на здравље и функционалну способност старе особе, што доприноси успешном лечењу. Аутори<sup>25</sup> посебно истичу значај функционалне способности старих. Функционално оспособљавање је у центру пажње успешног лечења геријатријског пацијента. Функционалност је важна за опште здравље, благостање и процену потреба за даљом негом и на њу се може утицати на најмање три нивоа: правилна дијагностика и терапија, здравствена нега и веома битно окружење. Аутори су у саопштењу истакли посебно значај добре сестринске анамнезе којом се омогућава утврђивање реалних потреба старих. Веома користан предлог јесте сестринско писмо које би пациент приликом отпуста из болнице требало да добије поред отпусне листе. Сестринско писмо, поред општих података о пациенту, приказа здравствене неге током хоспитализације, требало би да садржи и препоруку за даљу сестринску негу у институцији или свом дому.

Још један рад из области менталног здравља носи назив *Унапређење менталног здра-*

*вља старијих – од стратегије до реалности*, и говори о Националној стратегији развоја менталног здравља која је усвојена 2007. и која је у фокус ставила старије особе као популацију у којој се повећава заступљеност особа са менталним поремећајима и недостатак служби способних да се суоче са тим изазовом. Ауторка<sup>26</sup> је детаљно изложила стање постојећих ресурса у Србији намењених збрињавању особа са психичким поремећајима, како у хоспиталним условима, тако и у заједници. Оба облика збрињавања немају до-вољно капацитета или ни едукованих профе-сионалаца. Ауторка истиче да је психоге-ријатрија и даље грана медицине која се на-лази у повоју. Будуће активности захтевају политичку подршку, подршку професионалних удружења, корисника психијатријских служби и њихових породица, како би Стратегија раз-воја менталног здравља и Национална страте-гија о старењу постале стварност и побољша-ле квалитет живота старијих особа са ментал-ним поремећајима.

Рационалну примену лекова код свих бо-лесника јасно је дефинисала и промовисала Светска здравствена организација 1985. годи-не. Она подразумева адекватан избор лека, у дози која задовољава индивидуалне потребе болесника, у адекватном временском периоду, а да истовремено представља најмањи могући трошак како за појединца тако и за друштве-ну заједницу. У тексту *Рационална примена лекова код старих – проблем комплијанса*, ауторка<sup>27</sup> истиче значај едукације у геронто-логији за рационалну примену лекова, посеб-но имајући у виду да ирационална терапија највише погађа старе људе, да је дејство лека и његова судбина у организму другачија код старих, наиме може се рећи да стари ис-пољавају већу осетљивост и смањену подно-шљивост на лекове. Посебан проблем који је

<sup>25</sup>Драгослав П. Милошевић, Младен Давидовић, Небојша Деспотовић, Предраг Ерцег, Јелена Стојановић, Бојана Потић – Ме-дицински факултет у Београду, Катедра за геронтологију, КБЦ „Звездара“, Београд, Интерна клиника, Клиничко одељење за геријатрију.

<sup>26</sup>Др Александра Милићевић Калашић – Градски завод за геронтологију, Београд.

<sup>27</sup>Проф. др Нина Јанузић Жигон – Институт за фармакологију, клиничку фармакологију и токсикологију Медицинског факул-тета Универзитета у Београду.

автор истакао односи се на отежавајући фактор примене лекова код старих, односно смањење комплијансе – придржавање прописане медикације. Стари се често не придржавају прописане терапије, а узрок овоме су ментално пропадање, оштећење вида, слуха, моторике, али не треба заборавити ни на ограничene финансиске. Аутор даје веома корисне и практичне препоруке за постизање оптимизације фармакотерапије код старих и постизање боље комплијансе. Ове препоруке могу користити лекарима у свакодневном раду са старима и допринети смањењу ирационалне примене лекова код старих.

Четврта тематска целина односи се на питања *Реформе система здравствене заштите старих особа*, а у оквиру ње су објављена два саопштења.

Аутор<sup>28</sup> у тексту *Реформа здравствене заштите старих у времену друштвене транзиције* даје преглед закона донетих у последњих десет година, а који су допринели приближавању европским стандардима и нормативима. Он у раду, поред демографских података, анализира и трошкове здравствене заштите у овом периоду па, између остalog, наводи да се у 2008. години за здравствену заштиту издвајало 270\$ по глави становника. Транзиција подразумева и рационализацију капацитета здравствених установа па је тако смањен укупни број болничких постеља у периоду 1997–2007. и то за око 9.000 постеља, али се истовремено региструје и повећано коришћење болничких капацитета од стране старих, па су тако 1997. пациенти стари 70 и више година чинили 17,1 одсто свих хоспитализованих, а 2007. године 22,7 одсто, па аутор закључује да се не може говорити о дискриминацији, односно, стигматизацији старих. Као пример транзиције аутор наводи Градски завод за геронтологију где се број запослених у периоду 2000–2009. смањио за 24,3 одсто, при чему се укупан годишњи број лечених у истом периоду повећао за 26,3 одсто. На крају аутор истиче потребу и значај даљег развоја кућног лечења које растерећује

болничке капацитете и омогућава боравак ста-рој особи у својој природној средини што доприноси бољем квалитету живота старих.

Интегрисана здравствена заштита значи добро планирану и организовану политику здравствене заштите са циљем обезбеђивања квалитета пружених услуга, унапређења квалитета живота пацијената, уз рационализацију трошкова здравствене заштите. Када се говори о популацији старих ауторка<sup>29</sup> у саопштењу *Зна- чај система интегрисане здравствене заштите у оквиру Националне стратегије о ста-рењу* истиче два веома битна питања која произлазе из комплексности потреба старих, а то су интеграција и континуитет. Имајући у виду да су потребе старих хронично оболелих не само медицинске, већ и психолошке и социјалне, у складу са препорукама СЗО, ауторка истиче значај и неопходност интегрисања услуга здравствене заштите кроз исте (хори-зонтална интеграција) или различите нивое заштите (вертикална интеграција), повезивања здравственог и социјалног сектора, као и интензивнијег повезивања услуга друштвеног, приватног и цивилног сектора. Оно што је такође веома битно у заштити старих то је обезбеђивање континуитета заштите у складу са потребама пацијента. Без обезбеђивања интеграције обезбеђивање здравствене заштите може бити знатно умањено, квалитет услуга је мањи, задовољство корисника се смањује што све доводи у крањем у питање и рацио-нализацију трошкова. Стога, имајући у виду да од свих популационих сегмената вулнерабилна група старих може имати највише користи од система интегрисане здравствене заштите, ауторка истиче неопходност да сви они који раде у геријатрији и геронтологији треба да дају свој допринос у њеном развоју у Србији.

О неким значајним питањима социјалне заштите бави се још неколико аутора чији су радови објављени у оквиру пете тематске целине под називом *Реформа система социјалне заштите и сигурности старих*.

28 Др Милан Џрнобарић, Градски завод за геронтологију, Београд.

29 Мр прим. др Љиљана Жикић, Градски завод за геронтологију, Београд.

Посебно је интересантан рад македонске ауторке Сузане Борнарове<sup>30</sup> *Older people in the reforms of the social welfare system in Macedonia*, у ком ауторка презентује главне особености места старијих у реформама система социјалне заштите у Македонији. У тексту је дат исцрпан преглед постојеће ситуације и будућих трендова у области социјалне политике и услуга из система социјалне заштите за старе, са посебним освртом на институционалне услуге, услуге на нивоу локалних заједница и ванинстическе услуге, тј. кућне неге. Стиче се утисак да је и Македонија прошла све оне башке земаље у транзицији у процесу реформе система социјалне заштите. Одличан текст за све оне који желе да сагледају и погледају ситуацију и трендове у земљама у окружењу и можемо само да констатујемо да је штета што оваквих текстова, тј. презентација, на конгресу није било више.

Значајну улогу у креирању политике старије и развоја социјалне заштите старих свакако имају заводи за социјалну заштиту. У чему се огледа посебан допринос републичког и покрајинског завода за социјалну заштиту политики старије у Србији дискутован је у раду под називом *Допринос Завода за социјалну заштиту политици старије*. У раду је презентована улога и разноврсне међународне активности националног повереника за старије, путем којих Завод даје максималан допринос трансферу принципа, циљева и садржаја политике за коју се залажу УН и друге европске институције у области старије.

Посебан допринос Завода представља свакако успостављање квалитета у социјалној заштити, кроз дефинисање минималних националних стандарда конкретних социјалних услуга, укључујући и услуге усмерене на популацију старијих; али и многобројне друге активности Завода усмерене на унапређење услуга

из система социјалне заштите на локалном нивоу. Наравно, истичу аутори<sup>31</sup>, допринос Завода се огледа и у континуираним истраживачко-аналитичким пословима који имају за циљ да допринесу стварању услова за даљи развој и унапређење услуга у систему социјалне заштите, засноване на сагледавању стварних потреба грађана. Рад представља допринос бољем разумевању и сагледавању многобројних активности и значајне улоге коју Завод за социјалну заштиту има у креирању и спровођењу социјалне политике старија.

Једно од веома актуелних питања у социјалној политици уопште, па тако и у социјалној политици старија, јесте сиромаштво. О овом проблему можемо сазнати више из текста *Сиромаштво старијих и остваривање Стратегије за смањење сиромаштва*. Ауторка<sup>32</sup> даје приказ трендова кретања сиромаштва у периоду од 2002. године до данас, како у општој популацији, тако и код старијих. Она обрађује особености социјалне искључености у урбаним и руралним областима; затим дискутује о мерама које су предузете усвајањем *Стратегије за смањење сиромаштва* и ефектима тих мера на смањење проблема социјалне искључености популације старијих. На основу анализе предлога и спроведених мера, истраживања организација цивилног друштва о сиромаштву старијих, ауторка у закључку даје кратак преглед препорука којима су обухваћени задаци свих друштвених актера на републичком и локалном нивоу. Текст доприноси бољем разумевању једног од актуелних проблема старости, не само на овим просторима, већ и у свету, а то је сиромаштво и социјална искљученост у позном животном добу.

У тексту *Безбедност и безбедносни ризици у установама за смештај старих лица*, ауторка<sup>33</sup> ставља акценат на један посебан и специфичан аспект у организацији заштите, а тиче

<sup>30</sup>Acc. prof. Сузана Борнарова, PhD, Institute for Social Work and Social Policy, Faculty of Philosophy, University Ss Cyril and Methodius, Skopje, Republic of Macedonia.

<sup>31</sup>Рада Митровић, Покрајински завод за социјалну заштиту и

Живорад Гајић, Републички завод за социјалну заштиту.

<sup>32</sup>Мр Надежда Стапарић, социјални радник, НВО Снага пријатељства - Amity

<sup>33</sup>Мр Бранкица Јанковић, правник, директор Геронтолошког центра Београд.

се свеукупне безбедности установе, запослених и корисника, и подвлачи значај превентивног деловања. Свест и сазнаје о постојању много-бројних безбедносних ризика, од оних који се односе на установе, као што су крађе, преваре, пожари, заразе и епидемије до злостављања корисника, важан су предуслов у обезбеђењу квалитетног пословања установа за смештај старих лица и обезбеђивања квалитетних услуга збрињавања. Кроз анализу свих могућих безбедносних ризика, у установама за смештај старих лица, ауторка је указала на један специфичан аспект планирања и организације институционалне заштите старих.

*У текстовима, који се у најширем смислу баве питањима социјалне политике старења, представљени су, како на Конгресу, тако и у овом броју часописа, основни актуелни проблеми социјалне политике старења и социјалне заштите старих, трендови и тенденције дефинисани у националним и међународним стратешким документима, дискутоване предузете мере и ефекти спровођења истих, у циљу прилагођавања друштва старењу, као и препоруке за даље деловање у циљу побољшања услова живота и социјалне сигурности старих грађана, као и унапређења квалитета услуга из система социјалне заштите.*

Шести одељак Геронтологије бр. 2/2010. носи назив *Стари у друштвеном окружењу*, у оквиру којег су публикована четири рада.

У првом тексту имамо расправу о веома актуелном питању родне неједнакости. Допринос расветљавању родне неједнакости у старости дат је у тексту *Родне неједнакости и дискриминација у старости*. Осврћући се на анализу неједнакости које се јављају на економском, социјалном, политичком, културном и личном плану између мушкараца и жена, ауторка<sup>34</sup> указује да се тек у новије време више пажње поклања родним неједнакостима у старости. Она подвлачи да старост није фактор који може да укине родне разлике, како

то мисли један део стручне јавности, који за-немаривање узајамног дејства пола и старости приписује чињеници да управо са старошћу престају да делују чиниоци родних неједнакости и стереотипизације.

У тексту *Ка бољем животу стarih у Србији* ауторка<sup>35</sup> кроз анализу репрезентативних националних истраживања, генерализује неколико најзначајнијих проблема везаних за старе особе: сиромаштво и слабу институционалну и инструменталну подршку. Ауторка подвлачи да је савремено српско друштво заказало не само када је у питању организација и обезбеђење институционалне и инструменталне подршке сиромашним, већ и популацији старих уопште. У тексту је дат приказ препорука и праваца даљег деловања, које треба да има за циљ унапређење квалитета живота у старости и обезбеђење социјалне и економске сигурности, укључујући неопходну популациону едукацију о здравственим, психолошким и социјалним аспектима старења и старости, унапређења институционалних облика заштите итд.

Када се говори о савременим политикама старења, незаобилазна тема је међугенерацијска солидарност, о чему је било речи у тексту *Толеранција и међугенерацијска солидарност – предуслови успешног старења*, у коме ауторка<sup>36</sup> указује на значај међугенерацијске солидарности и на њену одређеност многобројним факторима, пре свега социокултуро-лошким и системом друштвених вредности.

Конечно, у тексту под називом *Подстицање интеграције старих лица у друштво*, ауторка<sup>37</sup> даје допринос бољем разумевању значаја и облика укључивања популације старијих у културне, здравствене и спортске активности и указује да пример добре праксе представља управо организација и спровођење *Олимпијаде спорта, здравља и културе трећег добра*, која се показала као одличан начин мобилизације и социјалног укључивања старијих.

<sup>34</sup>Проф. др Анђелка Милић, социолог, Филозофски факултет у Београду.

<sup>35</sup>Др Мирјана Рашевић, Институт друштвених наука у Београду.

<sup>36</sup>Проф. др Светислав Јовановић, психолог, Геронтолошко друштво Србије.

<sup>37</sup>Мр Драгана Динић, социолог, Институт за политичке студије у Београду. dsdinic@yubc.net

У последњем, седмом одељку дате су информације из рада Геронтолошког друштва Србије (Извештај са годишње изборне скупштине Геронтолошког друштва Србије, информације о додели награде „Петар Манојловић“ и о признањима за допринос VIII националном геронтолошком конгресу). Оно што је најзначајније из овог одељка јесте Завршни документ са VIII националног геронтолошког конгреса.

Велики бенефит овог броја часописа *Геронтологија* налази се у чињеници да су на једном месту прикупљени и публиковани текстови који генерализују најважније тенденције,

трендове и проблеме социјалне, здравствене, економске и културне политике старења и старости на међународном и националном нивоу. Аутори инсистирају на истицању примера добре праксе у политикама старења код нас и у свету, на истраживањима и публиковању и промовисању како резултата тако и свеколике активности везане за феномен старења и његов значај у свим аспектима развоја конкретне друштвене заједнице.

Свима који се баве социјалном политиком, геријатријом и питањима старења и старости уопште препоручујемо часопис *Геронтологију*.

**ПРИЛОГ 1.**

**ИЗВОД**  
**Службени гласник Републике Србије 130/07**

На основу члана 187. став 2. Закона о здравственој заштити (Службени гласник РС 107/05) министар здравља доноси

**ПРАВИЛНИК**

**о ближим условима за спровођење Континуиране едукације  
за здравствене раднике и здравствене сараднике**

IV Спровођење поступка континуирање едукације

Члан 7.

Систем бодовања континуирање едукације врши се на следећи начин:

**Д) Публикације**

Ред. број	Научни и стручни чланци	Вредновање у бодовим	
		Први аутор	Остали аутори
1.	Чланак објављен у часопису који се цитира у Current contents или Science citation index	20 бодова	укупно 20 бодова
2.	Чланак објављен у часопису који се цитира у Index medicus или Excerpta medica	10 бодова	укупно 10 бодова
3.	<b>Чланак објављен у неиндексираним страним и домаћим публикацијама</b>	<b>5 бодова</b>	<b>укупно 5 бодова</b>
4.	Коаутори на апстрактима или постерима на конгресима на којима нису били присутни	1 бод	сваки по 0,5 бодова
5.	Књига, монографија, уџбеник	40 бодова	укупно 30 бодова
6.	Уредник књиге	30 бодова	
7.	Поглавље у књизи	20 бодова	10 бодова
8.	Уредник индексираног часописа		до 10 бодова годишње
9.	Уредник индексираног часописа		до 5 бодова годишње

Број: 110-00-391/2007-02

У Београду, 27. децембра 2007. године

Министар  
Проф. др Томица Милосављевић

**ПРИЛОГ 2.**

**ИЗВОД**  
**Република Србија, Министарство здравља**  
**ОБАВЕШТЕЊЕ**  
**о условима за добијање назива примаријус**

Назив примаријус може се доделити доктору медицине, доктору стоматологије и дипломираним фармацеуту, који има најмање:

1) 12 година рада у здравственој делатности, од чега шест година после положеног специјалистичког испита;

2) публиковане стручне и научне радове чији је једини аутор, првоименовани аутор или коаутор, бодованих са најмање 100 бодова, под условом да је 60 бодова остварено у радовима у којима је једини или првоименовани аутор.

Редни број	Научни и стручни чланци	Вредновање у бодовим	
		Први аутор	Коаутор
1.	Рад објављен у изводу (резиме, постер) у домаћем зборнику или суплементу	4 бода	2 бода
2.	Рад објављен у изводу (резиме, постер) у међународном зборнику или суплементу	8 бодова	6 бодова
3.	Рад објављен у целини у домаћем зборнику или суплементу	6 бодова	3 бода
4.	Рад објављен у целини у међународном зборнику или суплементу	10 бодова	6 бодова
5.	<b>Стручни часописи – национални, оригинални рад</b>	<b>15 бодова</b>	<b>10 бодова</b>
6.	Стручни часописи – међународни, оригинални рад	30 бодова	20 бодова
7.	Монографије	20 бодова	10 бодова
8.	Поглавља у стручним књигама	15 бодова	10 бодова
9.	Ужа специјализација	20 бодова	
10.	Студије другог степена, магистеријум	20 бодова	
11.	Студије трећег степена, докторске академске студије*	40 бодова	

\*Студије другог и трећег степена се не сабирају.

Прихватају се само радови објављени у стручним часописима који имају ознаку: СИР каталогизацију у публикацији (ISSN, ISBN, UDK, UDC).

Период у коме је аутор објављивао радове не може бити краћи од шест година, односно радови морају бити објављени у најмање шест различитих календарских година.

---

## Упутство ауторима

---

У часопису „Здравствена заштита“ објављују се оригинални научни радови, претходна саопштења, прегледи и стручни радови, из социјалне медицине, из историје медицине и здравствене службе, здравственог осигурања, економике у здравству, информатике и менаџмента.

Уз рукопис чланка треба приложити изјаву с потписима свих аутора да чланак није објављиван. Сви приспели радови упућују се на рецензију. Радови се не хоноришу. Рукописи се не враћају. Рукопис рада у два примерка и евентуално дискуту са ознаком програма (текст процесора) слати на адресу: Уређивачки одбор часописа „Здравствена заштита“, Комора здравствених установа Србије, 11000 Београд, Нушићева 25.

### **Ошића ћправила**

Рукопис чланка писати дуплим проредом са маргинама од 2,5 цм, на папиру формата А4 и то само са једне стране. Графитном оловком на маргини текста означити места за табеле, слике, шеме и графиконе. Литературни подаци у тексту означавају се арапским бројевима у заградама, редоследом којим се појављују у тексту. Пошто се часопис штампа ћирилицом, **црвеном оловком подвучи речи које треба штампати латиницом**.

На посебној страници (у једном примерку) навести наслов чланка без скраћеница, затим пуну имена и презимена аутора и њихове стручне титуле и називе установа и места у којима раде. Имена аутора повезати са називима установа индексираним арапским бројкама. На дну странице отку

зати име и презиме аутора са којим ће се обављати кореспонденција, његову адресу, број телефона и евентуално е-маил адресу.

Текст чланска писати кратко и јасно на српском језику. Скраћенице користити изузетно и то само за веома дугачне називе хемијских супстанција, али и за називе који су познати као скраћенице (нпр. АИДС, РИА итд.).

### **Обим рукописа**

Обима рукописа (не рачунајући кратак садржај и списак литературе) за прегледни рад може износити највише шеснаест страна, за оригиналан рад десет страна, за стручни рад осам страна, претходно саопштење четири стране, а за извештај, приказ књиге и писмо две стране.

### **Кратак садржај**

Уз оригинални научни рад, саопштење, прегледни и стручни рад треба приложити на посебној страници **кратак садржај до 200 речи на енглеском и српском језику**. У њему се наводе битне чињенице, односно кратак приказ проблема, циљеви и метод рада, главни резултати и основни закључци рада, и 3-4 кључне речи на српском и енглеском.

Уз све врсте чланака за које је потребан кратак садржај, откуцати на посебној страници наслов рада, резиме и иницијале имена и презимена аутора, називе установа.

## Табеле

Свака табела се куџа на посебној страници. Табеле се означавају арапским бројкама по редоследу навођења у тексту. Наслов табеле који се куџа изнад табеле приказује њен садржај. Коришћење скраћенице у табе-ли обавезно објаснити у легендама табеле.

## Слике (фотографије)

Приложити само квалитетно урађене фотографије и то у оригиналу. На полеђини сваке слике написати презиме првог аутора, скраћени назив чланка, редни број слике, а врх слике означити вертикално усмереном стрелицом. Наслов слике написати на посебном листу.

## Претежи (шеме, графикони)

Примају се само прегледно урађени цртежи на белој хартији.

## Списак литературе

Куџа се на посебној страни, двоструким проредом, а троструким између поједињих референци, с арапским бројевима према редоследу навођења у тексту. број референци у списку не треба да прелази 20, осим за прегледни рад. Стил навођења референци је по угледу на „Индеј Медикус“.

**НАПОМЕНА:** Ово упутство је сачињено према Униформ рељуирментс фор ману-спринтс субмитед то биомедицал јоурналс, који је објавио „Интернатионал комитете офф медицил јоурнал едиторс“ у Н. Енг. J. Мед. 1997;336;309 15.



CIP – Каталогизација у публикацији  
Народна библиотека Србије, Београд

613/614

**ЗДРАВСТВЕНА заштита:** часопис  
за социјалну медицину, јавно здравље,  
здравствено осигурање, економику и  
менаџмент у здравству / главни и одгов-  
орни уредник Христо Анђелски. - Год.  
1, бр. 1 (1972) - . - Београд : Комора  
здравствених установа Србије. 1972  
(Београд : Stilprint SS). – 26 cm

Месечно.

ISSN 0350–3208 = Здравствена заштита  
COBISS.SR-ID 3033858