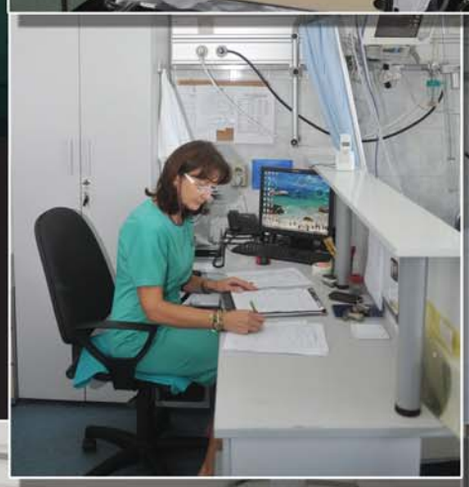
СЕСТРИНСТВО

Часопис за медицинске сестре – техничаре

Година 13 • Број 48 • Београд, јун-септембар 2016. • YU ISSN 1451-7590

СРБИЈА ПРОТИВ РАКА

Пријатељи podrži:vot



У сусрет 2017. години
Обликујте програм УМСТ „Сестринство“

Последњих месеци сваке године обликују се планови и програми рада УМСТ „Сестринство“ за наредну годину. На основи подробне анализе оног што је учињено у текућој години и сагледавања реалних потреба чланства и струке и могућности удружења, кроје се планови едукације и других активности (предавања, стручни скупови, семинари, промоције, обележавања значајних датума и догађаја, доделе установљених награда, периодично конгреси, студијска путовања у земљи и иностранству и друге активности у организацији нашег удружења и других сестринских асоцијација). Наравно, јесен која је на прагу и ове године подсећа нас на те обавезе и рокове, па су припреме за доношење планова за наредну годину већ започеле. И нема сумње да ће тај посао, као и претходних година, бити успешно обављен.

Међутим, наша је жеља да у том одговорном послу учинимо корак више. Зарад струке и афирмације сестринске професије. Више људи види више и даље. Ово је позив свеколиком чланству: учествујте и ви у креирању плана рада Удружења за 2017. годину. Пишите, иницирајте, предлажите. У оквиру наведених садржаја и других потенцијалних активности. Полазишта су вишегодишња искуства и потребе професије. Надлежна тела и органи Удружења радо ће размотрити ваше предлоге, сугестије и жеље, са настојањем да их угради у наш годишњи план. Наравно, у складу с потребама струке и могућностима.

Позив је отворен. Учествујте у обликовању годишњег плана рада „Сестринства“ за наредну годину. Јер то је наш заједнички план. Окренут нашим потребама.

У идућем броју поклон читаоцима

Стони календар за 2017. годину

СЕСТРИНСТВО

Информативно-стручни часопис
УМСТ, КЦС, „Сестринство“
Број 48, јул-септембар 2016. године

Адреса: КЦС „Сестринство“
ул. Пастерова бр. 26, 11000 Београд
Тел: 011 26 43 025
Факс: 011/ 3615 805
E-mail: umstkcs.sestrinstvo@gmail.com
umstkcs.sestrinstvo@open.telekom.rs
pubsci.sestrinstvo@gmail.com, (на овај мејл можете слати прилоге за часопис)
(ERSTE banka), ПИБ број 103245461
Сајт: http//sestrinstvo.rs

Издавач
УМСТ, КЦС, „Сестринство“

За издавача
Председник УМСТ, КЦС, „Сестринство“
Гордана Ковачевић

Главни и одговорни уредник
Добрила Пејовић

Уредништво
Биљана Ковачевић,
Љиљана Стаменковић
Јованка Вучковић
Сузана Богдановић
Олга Симић
Наташа Васиљевић
Ивана Стојковић
Зорица Милошевић

Преводиоци
Ивана Нешић
Александра Букумировић
Данијела Ивковић

Спољни сарадник-новинар
Јагода Плавшић
Душанка Еркман

Припрема и штампа
LICEJ, Београд,
Браће Јерковић 69,
Тел/факс 011/2460-426
iklicej@yahoo.com

Уредник и редактор
Станоје Јовановић

Ликовни уредник
мр Небојша Кујунџић

Лектор
Мила Барјактаревић

Тираж 1.000 примерака

CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд
614.253.5

ISSN 1451-7599 Сестринство
COBISS.SR-ID 111363596

Сестринство: часопис за медицинске сестре /
Година 13. бр 48. (јул – септембар 2016).
– Београд: УМСТ КЦС „Сестринство“.
Излази тромесечно.

Обавештавамо вас да је ово прва година у којој додељујемо награду

ЗА РЕЗУЛТАТЕ ОСТВАРЕНЕ У РАЗВОЈУ И УНАПРЕЂИВАЊУ КВАЛИТЕТА СЕСТРИНСКЕ И БАБИЧКЕ ПРОФЕСИЈЕ „ДОБРИЛА ПЕЈОВИЋ“

Награда ће бити уручена 22. септембра 2016. године у 12 часова, у Амфитеатру Народне библиотеке Републике Србије у Београду, Скерлићева улица бр. 1

Бићемо почаствовани вашим присуством свечаном уручењу награде најбољим сестрама у овој години.

Једна награда припашће сестри из КЦС, једна сестри из других здравствених установа Републике Србије.

После уручивања награде, биће одржан акредитовани курс: *Могућност стицања 6 акредитационих бодова.* Професионална искуства представиће гошћа из Америке, са Универзитета за сестре из Сан Франциска.

Организациони одбор УМСТ КЦС „Сестринство”.

УВОДНИК БРОЈУ

Живанка Жана Петровић Алексић
ВИЗИОНАР КОЈИ ИМПОНУЈЕ
4

СТРУЧНИ СКУПОВИ
8

Здравствени техничари у белом свету
САВРШЕНСТВО ИПАК ПОСТОЈИ
10

СТРУЧНИ РАДОВИ 13-30

На насловној страни: радни дан сестара на Клиници за кардиохирургију КЦС:
Снимио: А. Милорадовић

ЖИВАНКА ЖАНА ПЕТРОВИЋ АЛЕКСИЋ

ВИЗИОНАР КОЈИ ИМПОНУЈЕ

Тиха и упорна, једноставна и отворена, јака и племенита, достојанствена и мудра, јединствена...

Живанка Петровић рођена је 1937. године у скромној и вредној земљорадничкој породици. Детињство су обележиле ратне године пуне неизвесности. Топлина дома уз родитеље и баку и бег у свет маште са старијим братом и млађом сестром утканули су у Жану хуманост, нежност, способност да снева и радознало стреми ка висинама.

У родном Стублу код Краљева писала је прва слова и бројке на таблици користећи писаљку, а бришући сунђером или крпицом. Свеске и оловке биле су недостижне. Реформом школства 1948. године уведено је осмогодишње школовање, па је следећа четири разреда наставила у Краљеву.

Самосталност од једанаест година

Са једанаест година одлази у Краљево: живи код рођаке, затим код газдарице. Нагло улази у сурови свет реалности. Тешко бреме за младо биће.

Након мале матуре похађа још две године гимназије. С нестрпљењем је очекивала викенде. Чекало је 10 километара пешице, преко Мораве, до куће. Следећи као узор једну девојку из родног села уписује се у медицинску школу у Крагујевцу. Испуњавала је услове: 16 година живота и завршена два разреда гимназије. Према речима познавалаца, била је то у оно време једна од најбољих школа тог ранга у свету

У наменски изграђеној школи са интернатом услови за смештај и учење били су беспрекорни: четворокреветне собе, просторије за учење, библиотека, фискултурна сала, простор за дневни боравак и за рад многих секција и других активности. Све подређено образовању и васпитавању, раду и припремама за живот. Дневни и недељни распоред био је закон, а о хигијени простора бринуле су саме ученице. Осмишљавале су и културни живот у школи и ван ње.

Судбином предодређен позив

Директорка је била изврсна Маринка Раслапчевић, присећа се колегиница Жана. *Образовно-васпитни програм и организација наставе под руководством директорке школе и надзором младих наставника (инструктора) практичне наставе одвијали су се и за данашње услове по најсавременијим критеријумима. Практична настава у здравственим установама и преддипломска пракса од три месеца на крају трећег разреда, када смо викендом и празником радиле самостално у три смене допринеле су да ученице ове школе стасају у праве стручњаке оспособљене за самосталан рад непосредно после добијања диплома. Дипломски испит умногоме се разликовао од данашњег. Полагале смо све стручне предмете и српски језик.*

Први радни дани у болници „Бежанијска коса“ и недавно, на крају богате каријере

Приправнички стаж трајао је две године. Запослила сам се у Чачку 1957. године, одмах после завршетка школе. Тада се лако долазило до посла, јер није било школованих сестара. Радила сам на различитим пословима сестринске струке: патронажној служби, дечијем диспанзеру, медицини рада и неговала болеснике на хируршким и интернистичким одељењима и болеснике оболеле од туберкулозе плућа, проживљавајући с њима многе тешке тренутке.

Било је то време када није постојала строга подела рад: обављала сам и послове који нису у домену сестринског рада. Била сам и једини асистент хирургу током различитих интервенција. Требало је много храбрости и знања. У критичним тренуцима увек је научено било спасоносно за пацијента и за мене. Има Бога.

Градска болница за грудоболне „Бежанијска коса“ почела је с радом 1956, а Жана је дошла у ту установу две године касније. Било је само тридесетак медицинских сестара на 480 болесника. Дежурало се 24 сата, а у шок-соби, где су неговани болесници оперисани од ТБЦ плућа, у три смене. Радило се без рукавица и других неопходних средстава и опреме.

Када је болница седамдесетих година прошлог века започела трансформацију, Жана је постављена за главну сестру алерголошког одељења, а након годину дана, за главну сестру болнице. Болница је 1978. прерасла у Клиничко-болнички центар „Бежанијска коса“.

Као покретач и стожер, сестра Жана је учинила да КБЦ „Бежанијска коса“ буде колевка и расадник идеје о процесу здравствене неге (ПЗН) код нас

Трансформација установе захтевала је пријем нових медицинских сестара. То је за њу био својеврстан испит стваралачких способности. Са високим интелектуалним набојем, надахнуто и вешто, самоуверено креће у промене. Знатну потпору представљао је Ела-

борат о организацији сестринске службе у Енглеској, који су након боравка у тој земљи, сачинили Олга Рапајић, Верица Ђорлука, Милутин Младенов и Милица Мирковић.

Здравствена установа имала је срећу да бира и прима у радни однос младе сестре одмах после завршетка школе и да на старту обликује њихов професионални идентитет. Колегиница Алексић препознала је потребу за отварањем радног места сестре за едукацију, прво такво звање на нашим просторима. Задатак: рад са приправницима на основу темељно сачињеног програма и плана.

Уследила је израда правилника о систематизацији радних места. Циљ је био да се изгради нова организациона шема којом су омогућене измене којима је стремила. Стварају се услови да се поправи образовна структура сестара, уводи се радно место сестре за едукацију кадрова, покрећу значајна питања за статус професије, руше стереотипи о сестри као помоћнику лекара.

Сваке године о трошку установе школовано је 20 медицинских сестара и техничара на Вишој медицинској школи, уз плаћена одсуства за време трајања вежби и за припрему дипломског рада.

Један од императива био је омогућити сестрама све услове и средства за квалитетан и безбедан рад. И данас се препричава како су у то време сестре на Бежанијској коси могле да пресвуку униформу истог тренутка када је то било потребно. Није било личног задужења. У гардероби је увек било свих бројева чистих, уштирканих и испегланих униформи. Свака сестра је била уредна и понашала се достојанствено попут Жане. Само таква сестра имала је самопоуздање и уливала поверење. Колико је само било потребно идеја, аргумената, знања и истрајности, па и неспоразума и сукоба да се достигне тај ниво организације и рада. Жана је остварила сестринске снове и наставља даље да сања.

Сестра едукатор – први пут код нас

Прва сестра чија је искључива дужност била организација едукације била је Нада Келеман, врстан познавалац свог посла и енглеског језика, спремна да своја знања унапређује и преноси на млађе. Водеће сестре на челу са Жаном Алексић организовале су шестомесечни приправнички стаж у присуству ментора и касније непрекидно професионално усмеравање.

Активно су учествовале у планираној континуираној едукацији, на семинарима и стручним скуповима у установи и ван ње. Подстицала их је да износе своје ставове и размењују искуства. Несебично је под својим скутом обликовала и водила младе сестре ка племенитим и узвишеним циљевима професије. Била је ауторитет. Импоновала својом појавом, речју, истрајношћу и топлином. Попут мајке.

Прва сазнања о ПЗН Жана види као методу избора у раду медицинских сестара и одмах се укључује. Анимира сестре у установи проучавајући методу најпре теоријски, а касније и израдом документације. Метода је примењивана на свим одељењима. Биле су то осамдесете године.

Није све текло глатко. Било је и отпора појединих сестара, најчешће услед неразумевања предности и

Трећа године школе у Крагујевцу

вредности нове методе. На срећу, и велики број лекара не само да је био сагласан већ је и помагао у њеној примени.

Окружена младим сестрама, стварала је врхунске професионалце. Једна од њих била је Нада Деспинић, данас Јањић. Захваљујући познанству са Евелин Бенсон, медицинском сестром из САД, добила је престижну књигу Росалинде Алфаро „Примена процеса здравствене неге – корак по корак“ . Још једна изузетна Жанина колегиница Нада Келеман, одговорна за едукацију, превела је књигу. Штампана је на гештетнеру у КБЦ „Бежанијска коса“ да би стигла до сваке установе у Србији. И данас може да послужи као иницијални уџбеник за ту област.

Први велики стручни састанак о ПЗН за одабране сестре, представнике београдских здравствених установа, Жана је организовала са сарадницама, уз учешће колегиница са Више медицинске школе. Сви учесници добили су књигу и обавезу да знање шире даље.

Жанин истраживачки дух подстицао је трагање за новом стручном литературом. Преводилац је била колегиница Љиљана Јовановић, едукатор, а тим сестара се бавио негом, циљевима, стандардима, документацијом…

Истражујући и друге облике едукације и помоћи, сестре „Бежанијске косе“ израдиле су Стручно методолошко упутство за све врсте поступака и медицинско-техничких процедура, које је помагало младим сестрама да се брже упознају с правилима рада и понашања у установи.

То је био још један велики помак за сестре захваљујући Жаниној способности да мотивише и удружи знање сестара које се међусобно поштују и цене. Не постоји препрека коју такав тим не може да савлада.

Током 20 година (1972– 1992) „Бежанијска коса“ постала је узор и едукативни центар за савремено тумачење и примену ПЗН који по дефиницији и суштини представља виши квалитет здравствене неге у односу на класични систем неговања.

Но Жана је знала да може и боље, те је организовала циљане боравке сестара у трајању од 15 до 30 дана у најеминентнијим здравственим установама некадашње Југославије: КЦ Љубљана, Марибор, Горник, ВМА и примерене клинике у Београду.

Жана са главним сестрама КБЦ „Бежанијска коса“ на Конференцији на Бледу, 1988. године

Жана Алексић постала је синоним за уважену медицинску сестру, ПЗН и КБЦ „Бежанијску косу“. Искрене и вредне сараднике имала је у главним сестрама. Велико разумевање, поштовање и подршку пружао јој је директор установе др Никола Антић. Знао је колико добра здравствена нега значи пацијентима и доприноси угледу болнице и ценио напоре сестара заслужних за то.

Друштвено ангажовање ради афирмације професије и неге

Још као ученица медицинске школе, 1955. године у Крагујевцу, била је учесник радне акције за изградњу спомен-парка на стратишту где почива 7.000 стрељаних цивила у Другом светском рату. То је био само почетак. Цео њен живот испуњен је различитим радним и другим акцијама.

Као главна сестра уноси радикалне новине. Истовремено схвата да промене у њеној кући чине само мрвицу на столу незаинтересованог сестринства. Укључује се у рад струковних организација како би додатно утицала на токове здравствене неге у држави.

Њен ентузијазам и полет бивају препознати и 1976. године, уз исказану благу личну уздржаност, једногласно је изабрана за председницу Савеза здравствених радника Србије.

Са колегиницама из Пуле, домаћицама Конференције, 1988. године

На Конференцији УМСТ „Сестринство“ на Златибору, са блиским сарадницима: седе Жана Алексић, Љиљана Миловић и Верица Ђорлука

Те четири године Савез је растао и све више се развијао у моћну организацију здравствених радника. Организовани су бројни стручни скупови. Представници Савеза учествовали су у друштвеном животу земље радећи на бројним документима који су се односили на прописе о здравственој заштити, реформи образовања и борили се за свој статус у систему здравствене заштите. Као круна мандата Жане Алексић памти се организација Конгреса СЗР Југославије, који је одржан у Центру „Сава“ уз присуство неколико хиљада здравствених радника и великог броја гостију. Те године јој је поверена дужност генералног секретара СЗР Југославије. Била је и покретач измена статута и формирања друштава као стручних облика рада.

Друштво медицинских сестара СЗР Југославије формирано је 1984. са Жаном Алексић на челу. Неисцрпна њена енергија утирала је пут савременом схватању сестринства у Југославији.

Тада је формиран Колаборативни центар за примарну здравствену негу у Марибору, са задатком да се здравствена нега у нашој земљи преоријентише ка примарној нези у складу са резолуцијом донетом у Алма Ати 1978. године. Сестра Жана је један од аутора Програма развоја здравствене неге у Југославији на основу резолуције „Здравље за све до 2000. године – имплементација за сестре“, којом су јасно дефинисани права и обавезе медицинских сестара Европе.

Најпре је организована едукација сестара у склопу Програма за промене који је остваривaн у здравственим установама и медицинским школама, на саветовањима у различитим деловима земље и у колаборативном центру у Марибору. Идејни вођа пројекта била је Мајда Шлајмер Јапељ, а координатор Жана Алексић. Један од циљева те масовне едукације био је да сестре припреме платформу за учествовање на Првој конференцији за примарну здравствену негу у Бечу, 1988 године. На основу закључака конференције ДМСТЈ сачинило је „Програм развоја здравствене неге до 2000. године” (аутори: Жана Петровић, Власта Пецовић, Нада Келеман, Марија Кадијевић), који је представљен на Четвртој конференцији друштва у Пули, 1988. године. За конференцију је припремљен Зборник радова излаганих на пленарном делу, који је представљао садржај свих активности у току четворогодишњег рада друштва и богат едукативни материјал. Пракса сестре Жане била је да о свакој активности остане писани траг и да то буде стални подстицај за учење и напредак.

Када је 1955. године рођена идеја о формирању Удружења медицинских сестара Југославије, Жана се придружила иницијаторима верујући да ће сестре у јединственој организацији свих медицинских сестара СРЈ лак-

ше остварити претходно усвојене програме и планове савлађујући отпоре према струци и исказујући снагу здравствене неге која је у основи значајан друштвени феномен.

На скупштини 27. септембра 1995. године, одржаној у Београду, за председника је изабрана Љиљана Миловић, а Жана Алексић за генералног секретара удружења. Ту дужност обављала је до 2000. године. У то време интензивно се радило на отварању Више медицинске школе у Ћуприји.

Законска регулатива ПЗН – суштински корак за сестринство Србије

Као члан Комисије за сестринска питања Савезног завода за заштиту здравља, учествовала је и у изради Упутстава за вођење евиденција у области здравствене заштите, породице, патронажне заштите и здравствене неге. Тај обиман посао обавиле су Верица Ћорлука, Мирјана Савићевић и Жана Алексић. Књига је штампана и објављена у Службеном листу Републике Србије 2000. године. То је било озакоњење ПЗН, али је већина сестара и даље одбијала да ради по тој методи. Доста сестара ни данас не зна да су имале јединствену прилику да раде по ПЗН, а опирале су се говорећи да за то нема законске подлоге. Да су тада прихватиле ту документацију, не би морале да и данас доказују колико је здравствена нега сложена и одговорна дисциплина. Као много пута пре тога, и овде је била изражена неспремност утицајних појединаца да раде за заједничко добро, па је тај једини законом предвиђен документ који се односи на здравствену негу остао неупотребљен. Нису поштовале труд колегиница и нису имале снаге и визију као Жана, Верица и Мирјана.

Верица Ћорлука и Жана Алексић написале су и прво и јединствено стручно штиво у виду књиге – „Нови квалитет у здравственој нези“. Биле су то прве сестре из праксе које су написале стручну књигу и то о квалитету.

Жана је била и један од чланова Радне групе за здравствену негу при Министарству здравља Србије од 2002. године, знатно доприносећи осмишљавању и реализацији многих активности. Верица Ћорлука, Мирјана Ђерић и Жана Алексић припремиле су и први „Водич за медицинске сестре техничаре –стандардизоване активности здравствене неге и збрињавања пацијента“.

Жана је имала читав низ других активности у којима је учествовала као део тимова, комисија или других радних тела: припреме Елабората за високо образовање сестара у Србији; предлога закона о здравственој нези; програма стручних испита за средњу и вишу медицинску школу; припреме приправничких књижица и других докумената.

И породица прожета љубављу за сестринство

Суптилна, благог осмеха и нежног корака, а у бити стамена као стена и упорна као тиха киша, отварала је врата знања и љубави у своје две куће – „Бежанијској коси“ и своме дому, верујући у визију модерног сестринства у Србији.

Радна група при Министарству здравља: Слева надесно, седе: проф. др Снежана Симић, Жана Алексић, Драгица Стојановић, Наташа Перчић; стоје: Драгица Булатовић, Миња Гајевић, Верица Миловановић, Милијана Матијевић, Верица Ћорлука и Верица Сеничић

Животног сапутника срела је 1965. године. Радомир Алексић Раша можда није знао какву енергију има његова будућа супруга, али је разумео њену потребу да буде максимално ангажована. Несебично и свесрдно јој је помагао у испуњавању преузетих обавеза. Кућа је увек била пуна младих људи и деце. Своју децу нису имали. Ипак, радост, смех и љубав становали су у њиховом дому. Њихов породични живот био је испуњен Жаниним професионалним ангажманом. У пензији ће надокнадити то време, мислили су, бавиће се више собом, њима двома. Године 1992. одлази у пензију и исте године изненада одлази и њен Раша. Туга и празнина у Жанином срцу. Утеху налази у унуцима, деци свога брата, Жарку, Јелени и Мирјани, који су данас успешни студенти.

Наравно, и у сестринству, увек спремна да помогне, усмери и подржи рад за унапређење стручних и струковних питања професије. Импонује једноставношћу, отвореношћу, упорношћу. Једна је од оних чији нам пример даје моралну снагу за нова прегнућа.

Дугачак је списак награда, захвалница, диплома и других признања за дугогодишњи прегалачки и успешан допринос развоју здравства, а посебно сестринства. Најзначајније су: Награда за допринос развоју здравствене заштите „Др Сима Милошевић“ – 1989, Орден рада поводом дана ослобођења Београда 1985. године и Награда за животно дело „Статуа Милена Тијанић“ – 2005. године.

Шта би поручила следбеницима:

После свега, моја порука младим колегиницама била би једноставна: уједините се, изаберите лидере који имају визију развоја професије и које ће своје знање све чешће стечено на мастер и докторским студијама подарити професији. За развој професије неопходне су промене пре свега у нашем мишљењу, начину сарадње и односу према професионалним обавезама. Наша најважнија професионална обавеза је унапређивање садржаја и квалитета здравствене неге пацијената.

И наша порука Жани:

Драга Жана, уживај у плодовима свога рада и у љубави за све нас!

***Милијана* Матијевић**

Други конгрес кардиоваскуларних сестара Србије са међународним учешћем

ЧИМЕ СЕ ПОНОСИМО

Клиника за кардиологију Клиничког центра Србије као и небројано пута до сада учествовала је и на Другом конгресу кардиоваскуларних сестара Србије са међународним учешћем, који је 2–3. јуна одржан у Хотелу „Холидеј Ин“ у Београду.

Под покровитељством УМСТ КЦС „Сестринство“, учествовало је наших 10 чланова предвођених главном сестром Клинике Горданом Исаковић. Истакнути су велика стручност, доследност и поштовање према позиву, те потреба да се наша клиника представи као водећа у земљи по броју и квалитету остварених инвазивних и неинвазивних дијагностичко-терапијских процедура на годишњем и деценијском нивоу.

У чланству радне групе за интервентну кардиологију, којом је председавала Миланка Лукић, главна сестра сале за катетеризацију срца КЦС, остварено је више предавања и потврђен угледан статус наше клинике и њене делатности. Клиника плени професионализмом и перспективама које тежимо да остваримо у годинама које су пред нама.

Од постављених тема издвајамо оне које су завределе да се чују и оставиле утисак да поред практичног домена у професији, умемо да представимо оно чиме се поносимо у свом раду: Компликације у примарној ПЦИ – приказ случаја, ПЦИ главног стабла током акутног инфаркта миокарда, Аортна стеноза и њен значај, Сестринске активности у превенцији компликација после примарне перкутане коронарне интервенције, Улога медицинске сестре у конверзији атријалне фибрилације – спољашњим синхроним ДЦ соком, Стресна ехокардиогрфија у дијагностици исхемијске болести срца, те Стандардизоване сестринске процедуре код болесника са акутним застојем срца приликом пријема у коронарну јединицу и многи други радови.

Оно што је такође привукло велику пажњу и захвалност свакако су реномирани лекари са Института за КВБ „Дедиње“, који су са високим степеном досетљивости, хумора и својом непосредношћу успели да пренесу своја дугогодишња искуства на пољу интервентне кардиологије, кардиоваскуларне хирургије и научноистраживачке делатности у свом и светском раду.

Учесници Конгреса: Јелена Цигарановић и Дејан Лазовић

На овом величанственом конгресу имали смо и могућност да се први пут опробамо у улози интервентних кардиолога у „Виртуелној ангио-сали“. Под покровитељством Medthronica, извели смо прву вођену селективну коронарографију на симулатору. То је изазвало велико узбуђење. Омогућено нам је да бар на неколико десетина минута осетимо одговорност према себи, а најпре према пацијентима који се свакодневно подвргавају овој рутинској дијагностичкој процедури.

Такође смо захвални организатору овог изузетног скупа Велисави Перовић, председници Удружења КВСС, која је својим шармом, угледом, високом способношћу и мотивисаношћу до перфекције изнела овај пројекат, са свим организаторима и асистентима.

Сасвим је извесно да су представници наше клинике оставили утисак, па ће с правом обезбедити учешће и на свим наредним конгресима које ово удружење буде организовало. Надамо се да ће доћи време када ће наше знање и наша стручност изаћи из оквира наше земље, да ћемо стати уз раме са колегама из окружења и света, јер то због легитимитета с правом и заслужујемо.

Гордана Исаковић,
Дејан Лазовић

Први симпозијум медицинских сестара ортопедске хирургије и трауматологије Србије

ДРАГОЦЕНА РАЗМЕНА ИСКУСТАВА

У Београду је, у амфитеатру ВМА, 7. јуна 2016. године одржан Први симпозијум медицинских сестара ортопедске хирургије и трауматологије Србије у организацији Клинике за ортопедску хирургију и трауматологију Војномедицинске академије.

Симпозијум је свечано отворила главна сестра Клинике за ортопедску хирургију ВМА Живка Ђерић. Активним учешћем у раду дале су допринос и медицинске сестре и техничари Клинике за ортопедску хирургију и трауматологију Клиничког центра Србије на челу са главном сестром Андријаном Аћимовић.

Симпозијум су обележиле занимљиве теме из области ортопедске хирургије и трауматологије, са посебним освртом на професионални рад ортопедских сестара и техничара, на обавезе, одговорности и допринос медицинских сестара за побољшање квалитета живота пацијената како деце тако и одраслих у односу на повреде и последице саобраћајног трауматизма, инва-

лидитета и развојним поремећајима кукова.

У име Клинике за ортопедску хирургију и трауматологију изложени су радови:

„Здравствена нега и збрињавање особа са инвалидитетом“ – Јелене Танасковић,

„Задаци медицинске сестре у нези и лечењу нестабилних прелома потколенице лечених методом спољашње фиксације’“ – Зоране Тешић,

„Постављање гипсане имобилизације код прелома потколенице“ – Мирка Чејовића.

У оквиру симпозијума др пук. Александар Радуновић одржао је и радионицу „Имобилизација стандардним и приручним средствима за транспортну имобилизацију и гипсану имобилизацију“.

Поред Клинике за ортопедију КЦС, на симпозијуму су учествовале медицинске сестре Клинике за ортопедску хирургију и трауматологију ВМА и КБЦ Бежанијска коса, Института за ортопедску хирургију и трауматологију Бањица и КБЦ Земун. То је драгоцена размена искустава и знања са медицинским сестрама и техничарима из исте области.

***Љиљана* Стаменковић**

СТРУЧНИ СУСРЕТ СЕСТАРА ПРЕДШКОЛСКИХ УСТАНОВА

Деветнаести стручни сусрети“ медицинских сестара предшколских установа Србије са темом „Оснаживање медицинских сестара за развијање професионалних компетенција стицањем нових знања и вештина“, одржани су од 3. до 5. јуна у хотелу „РУЦ ЖДРЕЛО“ у Ждрелу.

Били смо гости и почасни чланови сусрета.

Причињавало нам је задовољство да упознамо колегинице из предшколских установа и сагледамо посвећеност и озбиљност с којима раде.

Посебно захваљујемо председници Јадранки Спасић и њеним сарадницима.

***Д.* П.**

У Улцињу од 26. до 29. маја

КОНГРЕС ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА ЦРНЕ ГОРЕ

Са мотом „Увијек ново, увијек искуство“, у организацији НВО асоцијације здравствених радника Црне Горе, у Улцињу је од 26. до 29. маја, у Хотелу „Bellevue“ одржан конгрес здравствених радника Црне Горе.

Одазвали смо се позиву организатора. Пријавили смо 13 радова: једанаест из Клиничког центра Србије и два из Клиничког центра у Нишу. Конгресу је присуствовало девет медицинских сестара из наше земље.

Наше удружење финансирало је учешће на том скупу шест медицинских сестара. За остале учеснике трошкове је сносио спонзор. Добрила Пејовић била је гост организатора.

На скупу смо срели старе пријатеље, с којима смо ранијих година радили. Сусрет је изазвао велике емоције и задовољство што смо опет заједно. Разменили смо искуства. Успоставили смо нове везе и нова пријатељства.

***Д.* П.**

Здравствени техничари у белом свету

САВРШЕНСТВО ИПАК ПОСТОЈИ

Ово је прича о младим људима који су се отиснули у свет за бољим животом и о њиховом путу и сналажењу у Швајцарском здравству.

Осамдесетих година прошлог века Виолета Биочанин и Мирослав Пајић радили су на Неуролошкој клиници Клиничког центра Србије. Ту су се упознали, заволели и одлучили да опробају заједнички живот ван граница наше земље. Најпре је отишао Мирослав – 1986. године, а затим и Виолета, годину касније. У Швајцарској су добили две ћерке и сина. Виолета се вратила у земљу када је дошло време да ћерка крене у школу. Сматрали су да је за децу боље да одрастају у својој земљи. Виолета је запоставила професионални рад и посветила се својој деци. Мирослав још ради у Швајцарској и усклађује смене како би што више времена провео са породицом у Београду.

Радио сам на Неуролошкој клиници три године и учио немачки језик, каже Мирослав. *После неколико неуспелих покушаја, добио сам радну и боравишну дозволу за Швајцарску. Искуство и знање које сам понео из Београда много ми је помогло у раду у једној од највећих психијатријских установа у Швајцарској –Кантонална психијатријска клиника, Рајнау, где радим већ 30 година.*

Мирослав је радио на одељењу геронтопсихијатрије, на форензичком одељењу (психијатрија затворског типа), на пријемном одељењу, на одељењу за болести зависности – наркоманија, а последњих 13 година ради на одељењу за одвикавање од алкохолизма и таблетоманије. Његова каријера ишла је узлазном линијом. Врло је цењен међу колегама и колегиницама, али и пацијентима због знања која поседује, вештина којима је овладао и изванредном комуникацијом на свим нивоима.

Почела сам да радим на психијатријској клиници, као и мој супруг, на одељењу геријатрије, каже Виолета. *Знање из области неге неуролошких болесника и посвећеност пацијентима старијег доба много ми је олакшало прилагођавање у новој радној средини. Наравно, тежила сам неким новим открићима у својој струци, новим искуствима и научила много. Иначе, наша школа била је на добром гласу у Швајцарској, па су сви здравствени радници у то време били добродошли, јер је та земља имала велику потребу за њима. Критеријуми су били јасни и строги.*

Двоје младих људи остварило је жељу да оду у неку од европских земаља. Избор је пао у Швајцарску, земљу чија се лепота не може укратко описати. Кажу: морате је доживети. Надовезује се складно и беспрекорно организован живот, тако да је општи утисак био – да савршенство ипак постоји. Доказа за то има на сваком кораку, почевши од оне чувене изреке „тачан као швајцарски сат“. У то су се безброј пута уверили – „*... како погледате на сат, управо у секунди ће се испред вас појавити одговарајуће превозно средство*“. Лепоту ове земље не чине само природни предели. Посебна драж је бројност нација које у њој живе, кажу да их је око 160. Наводе пример њиховог пријатеља Кинеза, који је рођен у Лондону, ради у Швајцарској, прича такозвани „швице дијалекат“, али са кинеским нагласком. Дружење и пријатељство с некима од њих оплемењује и може бити веома занимљиво и забавно.

Кантонална психијатријска клиника, Рајнау

Ипак, почетак рада у Швајцарској био је изузетно тежак и напоран због прилагођавања на нову средину. Отежавајућа околност је и та што постоје три језичка подручја и што свако од њих има своје дијалекте, тако да знање језика који стекнемо у нашој земљи није довољно. Дијалекат је нешто сасвим друго у односу на књижевни језик и једноставно смо морали да га научимо.

А специфичности рада са психијатријским болесницима захтевали су и обнову и усавршавање знања из те области.

Рад у болници се одвија исто као и код нас, у сменама: преподневна, поподневна и ноћна. Радно време је углавном двократно, што значи да после рада од неколико сати, одређена смена има паузу 3 сата (за ручак). После тога се враћа да заврши своју смену. Радна ангажованост је практично читав дан. Дневне смене трају 8 сати и 50 минута, а ноћна смена 9 сати и 30 минута (једнократно). Ноћне смене су у континуитету, узастопно, седам ноћи. За ноћни рад, за рад суботом и недељом добија се новчана надокнада. За ноћни рад се, уз новчану надокнаду, добија и временска компензација.

Постоји више смена у току дана и свака од њих има свој назив и план рада. Свака је означена својом флуоресцентном бојом у распореду рада, тако да је сасвим упадљиво која особа коју смену ради, а спој свих тих смена чини један радни дан тима.

Одговорност сваког одређена је сменом коју обавља, тако да не постоји могућност да се не зна ко је одре-

ћену активност урадио или имао обавезу да уради. Јасна је лична одговорност. Време за које се све планиране делатности морају обавити тачно је процењено и израчунато, тако да, осим паузе за доручак, друге могућности одмора не постоје. Не може се одређена активност обавити за 10 минута ако је планирано време 20 минута. Ако ипак нешто урадите за краће време, сматра се да је то науштрб квалитета. Све активности у сестринској нези су планиране и план се мора испунити у току дана.

Као и у нашој земљи, у Швајцарској су на одељењима редовно на пракси ученици, који су под контролом једне сестре, која их обучава, уводи у посао и указује на све неправилности. Веома је занимљиво то што код нас не постоји, а код њих се подразумева – да ученици примају лични доходак и то сасвим солидан и довољан за самостални живот, тако да се њихова деца већ после завршетка основне школе, осамостаљују и настављају свој живот свесно и одговорно, што заиста заслужује сваку пажњу и похвалу. Данас се код нас тај вид едукације представља као дуално образовање. То је добро зато што на тај начин могу да напредују и да се даље усавршавају у својој или некој другој струци, што је честа појава.

За ових 30 година систем рада се битно променио. Последњих 10 година уведене су новине које су битно измениле рад сестара и техничара. Школски систем је реформисан. Образују се сестре и техничари током трогодишњег, четворогодишњег и четворогодишњег школовање плус две године за научна звања у сестринству.

Према степену образовања разликују се њихове надлежности, а из њих проистичу обавезе. Сестре са највећим образовањем праве терапијски и дијагностички програм заједно са лекаром и психологом. Сестре са четворогодишњим и трогодишњим образовањем спроводе задате терапијске програме и базично неговање.

Конкретно моја задужења са четворогодишњим образовањем су у спровођењу терапијских програма као што су акупунктура, спортска активност (фитнес), едукација о штетном деловању алкохола и хемијских супстанци, ерготерапија (ручни рад, сликање, цртање), аро-

Виолета Биочанин и Мирослав Пајић

матерапија. Примена парантералне и оралне терапије сведена је на минимум. На одељењу на којем сада радим лечење се одвија на добровољној бази. Пацијенти долазе на лечење самоиницијативно и без присиле, тражећи стручну медицинску помоћ, каже Мирослав.

Значајна новина је и то што однедавно не постоје примопредаја смена и усмени рапорти. Све информације о пацијентима сестра је дужна да пре почетка рада прочита из пацијентовог досијеа који је заведен у компјутеру. После завршене смене сестра има обавезу да упише све релевантне промене и догађаје код сваког пацијента појединачно у току своје смене. Све што је везано за пацијенте, сви у тиму (лекар, сестра, физиотерапеут, психолог и други чланови тима) дужни су да унесу у електронски облик историје болести. Приступ информацијама, у односу на своје компетенције, који се тичу пацијената имају сви здравствени радници уз претходну идентификацију (шифра). Уведено је и клизно радно време.

Сви запослени здравствени радници морали су додатно да се едукују и само са добијеним сертификатом да обављају одређене терапијске процедуре. За сваког од запослених једном годишње прави се радна квалификација, коју пише шеф одељења, односно главна сестра. Од те годишње оцене умногоме зависи напредовање у послу, а и новчана надокнада. Основ плате се одређује у односу на квалификације и искуство у послу. Повећања плате искључиво су везана за добру квалификацију коју је дефинисала главна сестра – шеф.

Свим запосленима обезбеђени су услови и средства за рад и едукација за обнову и унапређивање знања и напредовање у послу. Трошкове едукације сноси послодавац.

Наш рад и искуство из Швајцарске веома су позитивни и сматрамо да би и у нашој земљи могло доста тога да се промени како би здравствени систем био на оптималном степену квалитета. Надамо се неком бољитку који ће можда млађе генерације здравствених радника и будући нараштаји образованих сестара успети да спроведу у дело, кажу Пајићи.

М. Матијевић

Медицинске сестре са Неуролошке клинике настављају утабаним стазама образовања

АНГЕЛИНИН МАСТЕР СКОК

Клиника за неурологију Клиничког центра Србије један је од лидера у Србији када је реч о образовању сестара. Више од 30% сестара те угледне здравствене установе је са вишим и високим образовањем. Однедавно има и сестру са звањем мастера. То је Ангелина Шкодрић, која је одбранила академски мастер рад из области Јавног здравља за медицинске сестре на Медицинском факултету у Београду.

Ангелина Шкодрић рођена је 1981. године у Ужицу, где је завршила и средњу медицинску школу. Вишу медицинску школу завршила је у Земуну, а након тога и Факултет за пословну економију – смер менаџмент у здравству. Упоредо са формалним образовањем текао је и њен професионални развој, који је почео на Одељењу ургентне неурологије 2006. године. Своја знања и вештине стицала је уз најтеже неуролошке болеснике у Јединици интензивне неге, од почетка свога рада, где ради као главна медицинска сестра. Своје неформално образовање током рада дугује својим старијим и искуснијим колегама, од којих је много тога научила. Није било лако ускладити тежак рад у Јединици интензивне неге, школовање и живот, али „тешко“ за медицинске сестре представља изазов.

На академске мастер студије из Јавног здравља уписала се 2015. године и завршила их у року. У мају 2016. организована је јавна одбрана мастер рада „Предиктори морталитета код особа са можданим ударом“ у малој сали Медицинског факултета у Београду. Ментор рада била је проф. др Татјана Пекмезовић са Института за епидемиологију, која је дугогодишњи сарадник Клинике за неурологију. Професор др Љиљана Беслаћ Бумбаширевић, дугогодишња начелница Одељења ургентне неурологије, била је председник комисије а проф. др Дејана Јовановић као коментор и садашња начелница Одељења ургентне неурологије. Одбрани мастер рада присуствовали су бројне колеге и пријатељи.

Циљ рада био је да се испитају предиктори интрахоспиталног морталитета особа са акутним можданим ударом. Истраживање је спроведено по типу проспективне кохортне студије, која је обухватила 65 болесника са акутним можданим ударом, лечених на Одељењу ургентне неурологије Клинике за неурологију Клиничког центра Србије у Београду, током јуна и јула 2015. године. Као извор података у истраживању су коришћене и историје болести у којима је и сестринска документација и интервјуи са испитаницима. Прикупљени су подаци о демографским карактеристикама, и о личној и породичној анамнези, са посебним освртом на факторе ризика за развој цереброваскуларних болести. Из болничке документације преузимани су подаци о биохемијским анализама крви, неуролошким и другим прегледима. Посебна пажња посвећена је предиктивним факторима везаним за здравствену негу која је у делокругу рада медицинских сестара. Болесници су праћени до отпуста из болнице, односно за умрле од почетка можданог удара до времена смрти. Статистичка анализа података обухватила је методе дескриптивне статистике, т-тест, χ^2 тест, униваријантни и мултиваријантни Коксов пропорционални хазардни регресиони модел. Резултати рада указују на велики предиктивни значај различитих фактора везаних за статус особа са можданим ударом на пријему и фактора здравствене неге у предикцији исхода те болести која је у великом проценту заступљена у нашој популацији.

Ангелина Шкодрић

Иако су препреке за образовање медицинских сестара у Србији и даље бројне, надамо се да ће бити све више сестара које ће стицати дипломе на струковним студијама и факултетима, али и оних са дипломом мастера, па и доктора наука. И, наравно, да ће бити препознате као професионалци и материјално награђене.

Што се сестара са Клинике за неурологију тиче, ускоро очекујемо још неколико сестара које ће понети звање мастера. Знамо да ће међу њима бити и доктора наука у области сестринства као науке.

Сестре Клинике за неурологију знају да је знање моћ и једини ресурс који се не троши, али застарева ако се не обнавља или/и увећава.

Са срећом вам било!

М. М.

Снежана Будалић,
Ургентни центар – хирургија КЦС

ЗДРАВСТВЕНА НЕГА БОЛЕСНИКА СА АКУТНИМ АБДОМЕН0М

Снежана Будалић рођена је 27. марта 1983. године у Шапцу. Основну школу завршила је у родном Бадовинцу, а након тога средњу медицинску школу у Шапцу. Студент је Високе здравствене школе струковних студија у Београду, смер медицинска сестра од 2012. године.

Стручни испит положила је након средње школе, 2003. године, у Шапцу.

Од 2003 до 2004. године радила је на Институту за хематологију КЦС, у специјалистичкој амбуланти за обраду болесника са малигним хемопатијама. Затим је на одељењу је Хирургије 1, Ургентног центра, на месту одговорне сестре на одељењу у смени.

Од 2005. члан је Удружења медицинских сестара и техничара КЦС „Сестринство" а од 2007. године и члан Удружења медицинских сестара и техничара УИНАРС.

Snežana Budalić,
Emergency Surgery Center – KCS

HAELTH CARE OF PATIENTS WITH ACUTE AVDOMENOM

Snežana Budalić She was born on March 27, 1983 in Šapcu. I finished primary school in native Badovinac, and then secondary medical in Sabac. Student of the Medical College of Professional Studies in Belgrade, majoring nurse from 2012 VOCATIONAL exam in 2003 after high school in Sabac. From 2003 to 2004 I worked at the Institute of Hematology-KCS, in a specialist clinic for treatment of patients with malignant haemopathies. Since 2004 alone the Department of Surgery 1 Emergency Centre at the site of the sisters in the ward shift. Since 2005, member of the Association of nurses and technicians KCS ,, nurses "and since 2007 a member of the Association of nurses and technicians ,, UINARS".

Сажетак

Бол у абдомену један је од најчешћих разлога интервенције хитне медицинске помоћи. Према различитим статистикама, од 30% до 50% пацијената у пријемним амбулантама болница и хитних медицинских служби има бол у абдомену, названу акутни абдомен.

Акутни абдомен представља скуп симптома који се приказују у оквиру нагло настале болести неког телесног органа смештеног у перитоналној шупљини. Атрибут акутни упозорава на непосредну опасност за живот пацијента. Клиничком сликом доминира бол уз више пратећих симптома, који настају у зависности од патологије, механизма, локализације и начина ширења бола.

Дијагнозу поставља хирург на основу детаљне анамнезе, клиничког прегледа и лабораторијских и радиолошких анализа. Лечење је оперативно.

Здравствена нега као професионално подручје рада медицинских сестара саставни је део комплексног процеса у лечењу болесника са акутним абдоменом. Сестра је члан тима, учествује у препознавању симптома, дијагностици, припреми за операцију и постоперативно у нези и спровођењу ординиране терапије

Кључне речи: акутни абдомен, здравствена нега.

Abstract

Abdominal pain is one of the most common reasons for the intervention of emergency medical assistance. According to various statistics, 30-50% of patients receiving outpatient hospitals and emergency medical services have abdominal pain-called acute abdomen.

Acute abdomen is a set of symptoms that are presented in the context of rapid onset of illness of any bodily organ placed in the peritonalnoj cavity. The attribute acute warns of an immediate danger to the life of the patient. The pain is dominated by associated with a range of symptoms, which occur depending on the pathology, mechanism, location and methods of spreading the pain.

The diagnosis puts the surgeon based on a detailed medical history, clinical examination and with laboratory and radiological analysis. Treatment is surgical.

Nursing as a career Areas of work of nurses is an integral part of the complex processes in the treatment of patients with acute abdomen. Nurse is a member of a team, participating in recognizing symptoms, diagnostics, preparation for surgery along with postoperatively care and implementation of the prescribed therapy.

Key words: acute abdomen, medical care.

ТЕОРИЈСКИ ПРИСТУП ТЕМИ

Дефиниција

Под акутним абдоменом подразумевамо скуп симптома који се приказују у оквиру нагло настале болести некога телесног органа, смештенога у перитонеалној шупљини. Атрибут акутни упозорава на непосредну опасност за живот болесника. Управо због те околности многи аутори употребљавају термин хируршки и нехируршки акутни абдомен, стављајући нагласак на неопходност хитне, неодложне хируршке операције, којом се једино може спасти живот болесника.

Препознавање акутног абдомена непосредно зависи од три основне **дијагностичке компоненте**:

- анамнезе,
- клиничког прегледа и
- додатних лабораторијских и радиолошких претрага.

Важне категорије у анамнези су старост, пол, особине и локализација бола. Код старијих и исцрпљених болесника акутни абдомен може се понекад развити и без нарочите боли. Бол је основни субјективни знак на основу кога постављамо дијагнозу акутног абдомена.

Патофизиологија абдоминалног бола

Паријетални перитонеум, који облаже трбушну шупљину у нервној је компетенцији соматских еферентних нити, те је осетљив на надражаје било које врсте. Управо та особина паријеталног перитонеума да реагује оштрим и јаким болом чим у његовој близини настане неки упални процес једно је од најважнијих својстава тог органа које нас упозорава на патолошки процес у абдомену.

Висцерални перитонеум много је мање осетљив, а болови који потичу од надражаја висцералног перитонеума су тупи, неодређено локализовани и некарактеристични за тачну дијагностику.

Карактеристике бола

Када говоримо о нападима бола, разликујемо експлозивни, рапидни и поступни бол. Експлозивни бол настаје нагло, изненада, најчешће код руптуре неког шупљег, интраабдоминалног органа, или неког васкуларног поремећаја – повреде, као што је руптура анеуризме аорте. И абдоминалне колике настају нагло, али никада нису тако јаке као што је то тип експлозивног бола. Рапидни болни напад, такође је оштар и изненадан, све се више појачава и својствен је за акутни панкреатитис и мезентеријалну тромбозу. Поступни, градуирани бол карактеристичан је за развој инфламаторних процеса у трбуху (перитонитис, апендицитис, дивертикулитис итд.).

Абдоминалне колике најчешће се манифестују у виду грчевитих напада који се редовно јављају код гастроентероколитиса.

Колике су карактеристичне и за опструктивне болести абдоминалних органа, само што код њих постоје слободни временски интервали, који се ритмично смењују са нападима бола. Ти болови су у коинциденцији са чулношћу цревне хиперперисталтике код илеуса.

Локализација бола:

- Желудац и дуоденум изазивају бол у пределу епигастријума.

- Танко црево и проксимални колон изазивају бол периумбиликално.
- Дисталне 2/3 колона изазивају бол у пределу хипогастријума.
- Јетра, слезина и желудац, путем надражаја дијафрагме пројектују бол према рамену.

Карактеристике бола:

Бол који се јавља изненада, јак и оштар као „убод ножа“, локализован у епигастријуму водећи је симптом перфорације гастродуоденалног улкуса.

Бол око пупка, који се касније премешта и стационира у пројекцији илиеоцекума, упућује на акутни *appendicitis.*

Нагли и оштар бол, локализован у пределу десног горњег хипохондријума, са ширењем према средини трбушне линије и десној лопатици, упућује на акутни *cholecystitis et cholylitiasis.*

Јаки и оштри болови који се шире појасно, са ширењем према обе лопатице, а јављају се након узимања јаке, масне хране, упућују на акутни *pancreatitis*

Интензивни бол са грчењем црева и надутости, уз изостанак столице и гасова, знак је *ileusa.*

Дифузни болови целог стомака, са дефансом трбушне мускулатуре и повраћањем, упућују на дифузни *peritonitis*.

Акутни болови у слабинама, са ширењем према гениталијама и низ доње екстремитете, који имају карактеристике колика, јављају се код нефроуретеролитија.

Дијагноза

Исцрпна и свеобухватна анамнеза већи је део дијагнозе, па јој треба обратити пажњу не само у вези с породичном него и у вези са претходним болестима и са садашњом болести. Породична анамнеза открива наследно оптерећење малигним или крвним болестима и урођеним малформацијама. У ранијој анамнези болесника посебно треба обратити пажњу на хроничне сметње гастродуоденалног улкуса, васкуларне тешкоће, жучне, уринарне, цревне и болести коагулационог система. Траума у анамнези такође је важан податак. Руптура слезине може настати и након мале озледе, посебно ако је слезина већ била патолошки промењена. Развој садашње болести у већини случајева открива и дијагнозу иако постојање дифузног перитонитиса, исцрпљеност, старост, дечија доб и немогућност контакти-

рања са болесником због душевних болести могу прикрити различита патолошка дешавања у абдомену. Још неки анамнестички подаци заслужују пажњу, као што су промене у дефекацији, диурези, изгледу столице и урина. Главни симптоми су акутни бол у абдомену, мучнина, повраћање и сметње у вези са перисталтиком. Приликом прегледа најзначајнији су знакови, објективна болна осетљивост приликом палпације, мишићни дефанс, аксилоректална разлика у температури.

Клинички преглед

Клинички преглед болесника са акутним абдоменом најодговорнији је и најозбиљнији преглед, јер сваки дијагностички промашај може бити кобан за болесника. Код акутног абдомена клинички знаци су једини симптоми на основи којих се поставља индикација за операцију, а све остале дијагностичке процедуре само су помоћна, средства која обично немају пресудну улогу. Код клиничког прегледа абдомена треба примени-

ти следеће методе претраге:

- инспекцију,
- палпацију,
- перкусију и аускултацију,
- ректални преглед,
- гинеколошки преглед (код жена) и
- преглед тестиса и ингвиналних регија (код мушкарца).

Инспекција

Инспекција болесника са акутним абдоменом започиње са самим уласком болесника у амбуланту. Ако болесник долази ходајући, обично је погнут напред, а рукама се држи за стомак. Ако га доносе на носилима, лежи на боку са савијеним ногама, куковима и коленима. Након тога започиње инспекција абдомена, код које болесник мора лежати потпуно хоризонтално без подигнутог узглавља. Изостајање респираторних покрета види се код дифузног перитонитиса, а у првој фази механичког илеуса виде се контуре цревних вијуга, „кочење црева“. Инспекција ингвиналног подручја и скротума може открити узрок акутног абдомена, у првом реду инкарцериране хернije или торзије криптрохитичног тестиса, који изазива бол у абдомену. Ритмичке пулсације трбушне мускулатуре упућују на евентуално постојање анеуризме абдоминалне аорте.

Палпација

Пре саме палпације, замолимо болесника да сам покаже место најјаче болне осетљивости. Након тога се започне с површинском палпацијом у безболном подручју, опрезно се приближавајући месту најјаче болне осетљивости. При том се мора посматрати лице болесника и његова реакција на палпацију.

Палпацијом треба установити да ли је трбушна мускулатура затегнута и тврда (defence musculaire) и колики је део стомака захваћен дефансом. Упални надражај паријеталног перитонеума утврђује се Блумберговим знаком, а он је позитиван ако болесник осети јак бол када се полако утисну прсти у абдомен и нагло удаље од трбушног зида. Палпација патолошких процеса (инвагинација, тумор, код илеуса) такође је веома важна, јер упућује на етиологију илеуса.

Перкусија

Код акутног абдомена увек на палпацију треба надовезати перкусију. Код болесника који лежи на леђима започне се са перкусијом доње десне границе плућа, изнад које се чује плућни звук и како се прелази на предео јетре, чује се муклина. Ако се између јетре и ребарног лука налазе гасови, чуће се над јетром тимпанизам, а то најчешће упућује на перфорацију једног шупљег органа (желуца, дуоденума, колона и веома ретко танког црева). Тај је симптом лажан једино онда ако се колон смести између јетре и ребарног лука (Hialiditiev знак). Ако је абдомен дистендиран, тада је важно установити да ли дистензију узрокује гас (слободан или у дистендираним вијугама)или је реч о слободној интраабдоминалној течности (асцитес, крв, ексудат).

Аускултација

Посебно је важна код упалних процеса и илеуса. Код тешке упале трбушне марамице неће се чути цревна перисталтика, јер постоји рефлекторна парализа цревних вијуга. Код крварења и код уринарног перитонитиса цревна перисталтика није никада потпуно угашена. У првој фази механичког илеуса постоји хиперперисталтика са карактеристичним звучним феноменом, а у фази паралитичког илеуса перисталтика ће ишчезнути.

Дигиторектални преглед

Дигиторектални преглед саставни је део сваког клиничког прегледа код акутног абдомена. Код упалних

процеса у малој карлици утврдиће се болна осетљивост Douglasovog простора. Код илеуса у старијих особа није ретко да се у ректуму палпира стенозирајући малигни тумор.

Гинеколошки преглед

Код жена је потребно извршити гинеколошки преглед ради евалуације утеруса, аднекса и њихових односа са органима мале карлице.

Мерење аксиларне и ректалне температуре

Код акутних упалних процеса у абдомену аксилоректална разлика у температури већа је од 0,7 степени Целзијуса.

Лабораторијске анализе

Лабораторијска испитивања имају велики значај. Ту мислимо на рутинске прегледе хемограма, седиментације, урина, уреје, глукозе у крви, амилаза и трансаминаза, од којих свако на свој начин доприноси успостављању дијагнозе акутног абдомена.

Радиолошки прегледи

Основни радиолошки преглед код акутног абдомена је нативни снимак абдомена у стојећем положају и у PA пројекцији, на којем се може уочити дистензија црева, хипераеризација цревних вијуга, те патолошки нивои карактеристични за интестиналну опструкцију. На нативном снимку абдомена такође се може приказати српасто накупљени ваздух у супфреничном делу код акутне перфорације шупљих органа.

Ултразвук и компјутеризована томографија абдомена знатно доприносе постављању дијагнозе акутног абдомена. Међутим, и када се ураде сви ти прегледи, још постоји могућност погрешне дијагнозе. Операција се не сме дуго одгађати ако постоје знакови перитонеалног надражаја и ако се не могу поуздано дијагностиковати нехируршка обољења као узрок боли.

НЕХИРУРШКЕ БОЛЕСТИ СА КЛИНИЧКОМ СЛИКОМ АКУТНОГ АБДОМЕНА

Посебан практични значај имају нехируршка обољења која „имитирају“ акутни абдомен и често доводе хирурга у дијагностичку заблуду. То су они случајеви „акутног абдомена“ где се индикује неодложна операција, која се заврши на експлоративној лапаротомији. Ове болести су многобројне, а најчешће међу њима су:

- абдоминална епилепсија,
- плеуритис сика,
- пнеумонија,
- уремија,
- дијабетичка кетоацидоза,
- инфаркт миокарда,
- порфирија,
- тровање оловом.

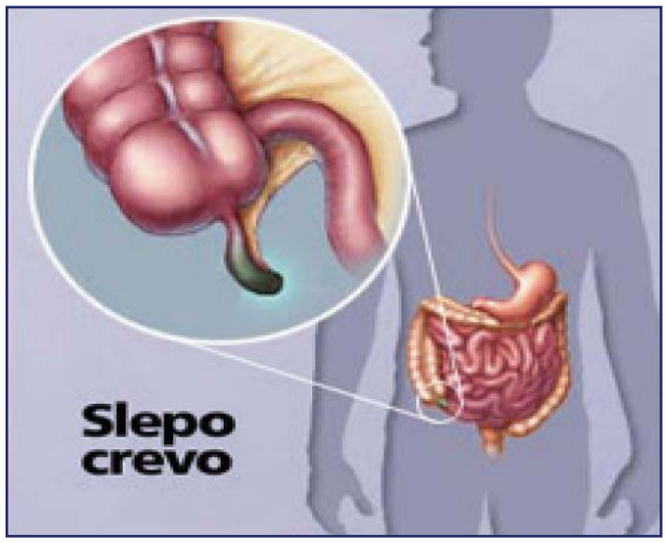
Поступак са болесником

Акутни бол наступа нагло и сваки болесник са сумњом на акутни абдомен сматра се хируршким све док се не докаже супротно. Лекари опште праксе, секундарци и специјализанти хируршких и других специјалности не морају поставити дијагнозу акутног абдомена, али морају знати да ли пацијента треба или хоспитализовати или вратити кући. Аналгетици, нарочито наркотици, могу потпуно замаскирати клиничку слику акутног абдомена, па се не смеју ординирати без дозволе хирурга. Хирург индикује ординирање аналгетика када је искључио потребу за оперативним захватом или је поставио индикацију за оперативни захват. Давање антибиотика пре постављања дефинитивне дијагнозе такође може прикрити клиничку слику акутног абдомена.

Терапију антибиотицима треба да одреди хирург, који ће их индиковати тек када се одлучи за оперативни захват или не.

АКУТНИ APPENDICITIS (УПАЛА СЛЕПОГ ЦРЕВА)

У хирургији акутног абдомена највеће практично значење има акутни апендицитис, јер је то најчешћа болест и болест код које се највише греши. Акутни апендицитис може имати веома једноставну и типичну клиничку слику, али и веома бизарну да могу погрешити и искусни хирурзи. За то има неколико разлога:



- различите локализације апендикса (пелвична, ретроцекална и ретроперитонеална и др),
- променљив интензитет у еволуцији упалног процеса (старачки, дечији апендицитис),
- стадијум у којем се налази болест у тренутку прегледа, итд.

Иако лаик сматра апендектомију мањом операцијом, апендикс и његове компликације узрок су прилично великог броја смртних случајева.

Apendix vermiformis (црвуљак) представља формацију лимфоидног ткива црволиког изгледа, која се у највећем броју случајева налази на споју дебелог и танког црева. Често се назива и трбушни крајник, јер по својој грађи подсећа на крајнике.

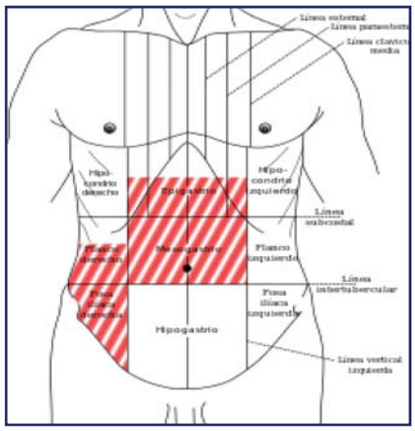
Апендицитис представља запаљенски процес који почиње на унутрашњем слоју ове формације, а може се проширити на све слојеве, или ван црвуљка.

Клиничка слика

Пошто се црвуљак може налазити на различитим местима у стомаку, а не само на споју дебелог и танког

црева, постоје разлике у клиничким манифестацијама.

Симптоми и знаци апендицитиса могу да буду:



- Губитак апетита, мучнина, гађење и повраћање.
- Бол се јавља прво у пределу око пупка (периумбиликално), а након неколико сати се премешта у доњи десни део трбуха.
- Пацијенти обично леже са савијеним ногама у куковима и коленима, јер је тада бол мањи.
- Бол у доњем десном делу стомака појачава се на притисак.
- Може се јавити повишена телесна температура.
- Може се јавити опстипација (затвор), али и пролив (дијареја).
- У случају перфорације са изливањем цревног садржаја може наступити краткотрајно побољшање, а касније наступају дифузни болови у стомаку, са појавом шока (бледило, малаксалост, несвестица, убрзани рад срца, убрзано и отежано дисање).

Бол у абдомену приказује се као субјективни и објективни бол. За дијагнозу је најважније тачно утврдити објективну болну осетљивост. Због тога и преглед болесника треба да буде веома пажљив и прецизан.

Симптоми

Код типичног акутног апендицитиса субјективни болови започињу у епигастријуму или око пупка, а након неколико сати спуштају се у десни доњи абдомен. С почетком болести обично се јаве мучнина или повраћање. Код атипичних клиничких слика, које нису реткост, могу се јавити, па чак и доминирати, пролив и повраћање (код пелвичне локализације), дизуричне тегобе, реналне колике (код ретроцекалне локализације).

Преглед болесника

- **Инспекција** абдомена неће дати никакав патолошки налаз.
- **Палпација** има највеће значење, којом ће се установити место најјаче болне осетљивости, а то је довољно да се постави индикација за операцију. Површинску палпацију треба почети у левом абдомену и наставити је преко епигастријума у десни абдомен. Најјача болна осетљивост како на површинску тако и на дубоку палпацију биће код типичних случајева у Mc Burneyevoj тачки, која се налази између средње и спољне трећине линије која спаја умбиликус са спином карличне кости. Понекад је најјача болна осетљивост у Lanzovoj тачки, која се налази на граници десне спољне и средње трећине интерспиналне линије. Rowsingov знак је позитиван ако се појави бол у десном доњем абдомену након дубоког притиска на силазни колон. Бол настаје због потискивања гасова из левог колона у подручје цекума. Бол у абдомену се поред палпације може изазвати и другим надражајем. Код лаке перкусије абдомена јавиће се бол у десном доњем абдомену (Grassmannov знак). Болови у десном доњем абдомену могу бити проузроковани кашљем због наглих покрета дијафрагме (Owingov знак), или повлачењем тестиса надоле (Hornov знак

Дигиторектални преглед

Код пелвичне локализације апендицитиса осетљив је десни Дагласов простор. Ретроцекални и пелвични апендицитис због атипичних симптома, често представља тежак дијагностички проблем. Код ретроцекалног апендицитиса мучнина и повраћање једва су назначени, док је благи пролив нешто чешћи. Ако апендикс лежи на уретеру, може се јавити учестало мокрење, реналне колика, хематурија.

Место најјаче болне осетљивости нешто је латералније и проксималније од McBurneyeve тачке. Ту је позитиван Krugerov знак, а изводи се тако да доктор палпира абдомен у пределу апендикса, а болесник истовремено подиже испружену ногу увис. Покретом ноге појачавају се болови у абдомену, јер цекум и апендикс буду притиснути између докторове руке и мишића *psoasa*, који се контрахује приликом дизања ноге увис. Исто тако болови се могу појачати у подручју апендикса само приликом подизања испруженог десног доњег екстремитета (позитивни знак psoasa). Код ретроцекалне локализације апендицитиса нема упалног надражаја паријеталног перитонеума, те стога нема ни појаве дефанса.

Код пелвичне локализације апендицитиса повраћање и пролив су први симптоми болести. Знак оптуратора може бити позитиван. Приликом ротације кука ка унутрашњости појачавају се болови у абдомену (позитиван знак оптуратора). Код пелвичног апендицитиса ректалним прегледом јаче је болно осетљив десни Дагласов простор.

Акутни апендицитис у узнапредовалој фази

Ако се акутни апендицитис не дијагностикује у почетној фази, настаће компликације. Долази до перфорације и ширења упале у околину. Ако се упални процес локализује на налепљену трбушну марамицу или вијуга танког црева на упално жариште, развиће се перитифлитички инфилтрат, који опет код нелечених пацијената прелази у апсцес.

Ако се упала не ограничи на илеоцекално подручје, развиће ће се слика пелвеперитонитиса, а касније и дифузног перитионитиса. Код узнапредовалог апен-

дитициса, и након апендектомије, могу се развити касне компликације као што су:

- Дагласов апсцес,
- интеринтестинални апсцес,
- супфренички апсцес,
- пилефлебитис итд.

Дијагноза акутног апендицитиса

Дијагноза се поставља на основу анамнезе, клиничког прегледа, лабораторијских анализа, леукоцитозе у крвној слици, прегледа урина, рендгена абдомена (појава неколико мањих нивоа течности који су локализовани у десној илијачној јами, слободан ваздух испод дијафрагме ако је апендицитис перфориран) и ултразвука абдомена.

Диференцијална дијагноза

Диференцијално дијагностички треба мислити на примарни мезентеријални лимфаденитис, уринарну инфекцију, базалну пнеумонију са десне стране, упалу или перфорацију Mekelovog дивертикулума, примарни перитонитис, торзију и странгулацију тестиса, обољења десног оварија и Falopijevih туба, ектопичну трудноћу, пијелитис са десне стране, перфорацију дуоденалног улкуса, акутни холециститис, торзију оваријалне цисте, карцином цекума, инфаркт миокарда, руптуру анеуризме абдоминалне аорте, тромбозу мезентеријалне артерије ...

Лечење је хируршко.

Перитифилитичка инфилтрација

Ограничењем упале уз помоћ оментума и вијуга танког црева на илеоцекално подручје након трећег дана ствара се периапендикуларни инфилтрат.

Симптоми

Болесник постаје високо фебрилан (38-40 C), а температура има облик континуе.

Преглед абдомена

Код инспекције запажа се у илеоцекалном подручју испупчење трбушног зида с ослабљеним респираторним покретима. Нежном палпацијом може се ограничити тумор који је врло болан, а остали део трбушног зида је мекан. Понекад је то теже извести, јер изнад инфилтрата може постојати мање или јаче изражени „defense musculaire“. За праћење тока болести потребно је на кожи означити величину тумора.

Дијагноза

Поставља се на основу анамнезе, клиничког прегледа и ултразвука абдомена.

Терапија

Конзервативна, локално се примењује лед изнад инфилтрата у трајању пет до седам дана, што превенира стварања периапендикуларног апсцеса. Потребно је ординирати антибиотике широког спектра. Када се стање болести санира, болеснику треба саветовати елективну апендектомију шест до осам седмица након отпуста из болнице.

Перитифилитички апсцес

Код нелечених перитифлитичких инфилтрата или код случајева који не реагују на конзервативну терапију упала се шири и развија се апсцес.

Симптоми

Пацијент је високо фебрилан, температура је митентног типа или ремитентног типа, пулс је убрзан, у хемограму је леукоцитоза већа од 20.000.

Преглед абдомена.

Ако трбушни зид није затегнут, тада се у подручју апцеса може изазвати феномен флуктуације. У узнапредовалој фази кожа изнад апцеса постаје топлија, црвена и едематозна. Када се лекар налази пред избором како најбоље лечити болесника са периапендикуларним апсцесом, најбоље се руководити трајањем и тежином симптома и локалних знакова обољења. Код неких болесника, као што су деца, труднице, старији болесници и болесници код којих је дијагноза апсцеса суспектна, треба увек саветовати оперативни захват, који представља најбољи начин лечења. Апендикс треба одстранити ако то због техничких разлога није сувише тешко и ако не доводи до непотребног продужавања операције. Ако је пацијент витално угрожен, оперативни захват се скраћује и уради се дренажа апсцеса, парентерална хидрација, те се ординирају антибиотици широког спектра. Ако је лумен апендикса опструиран, а не постоји инфекција, апендикс се растегне под притиском мукуса који луче његове мукозне ћелије, и на тај начин се формира мукоцела. Мукоцела даје мало симптома и често се нађе случајно. Може се открити ултразвучним прегледом искусног радиолога. Ако мукоцела спонтано руптурира или руптурира у току одстрањивања, мукозне ћелије се могу имплантирати у перитонеалну шупљину и наставити да луче мукус. У том патолошком стању цела перитонеална шупљина испуњена је масом пихтијасте слузи. Према томе, руптура апендикуларне мукоцеле узрок је перитонеалног псеудомиксома.

Акутни апендititис и пелвеоперитонитис

Кад је апендикс медиопониран, а није на време оперисан, долази до ширења упале и на малу карлицу.

Симптоми

Опште стање таквих болесника је тешко, високо су фебрилни, дехидрирани, с обложеним и сувим језиком, са упалим очима, пулс је убрзан. Субјективни осећај боли у абдомену је појачан.

Дијагноза

Поставља се на основу анамнезе и клиничког прегледа. Леукоцитоза у крвној слици је умерено повишена, а ултразвук мале карлице употпуњује дијагнозу.

Терапија је оперативна.

Акутни пелвеотонитис и дифузни перитонитис

Између клиничке слике пелвеотонитиса и дифузног перитонитиса постоји само квантитативна разлика.

Симптоми

Опште стање таквих болесника веома је тешко, они су високо фебрилни, пулс је мекан и убрзан, а крвни притисак у паду. Јавља се олигурија. Болесници су при свести. Обично се не жале на бол, али су уплашени, узнемирени, касније еуфорични. Повраћају зеленкасто-смеђ густи садржај (због пропратне парализе црева). Језик је сув, обложен смеђим наслагама, очи су упале, нос ушиљен, а уши хладне (Facies hippocratica).

Дијагноза

Поставља се на основу анамнезе, клиничке слике, лабораторијских анализа и ултразвука абдомена.

Терапија

Терапија је оперативна. Два сата пре операције, потребно је пацијенту дати антибиотике (гарамицин, ме-

тронидазол и ампицилин), који се настављају у постоперативном току од седам до десет дана.

Примарни перитонитис

Примарни перитонитис најчешће је пнеумококни, а може бити узрокован Echerichiom colli код инкопетентне валвуле Bauchini. Примарни перитонитис често се замењује перитонитисом, који је последица акутног апендицитиса, и то је најчешћи перитонитис. Према локалном налазу, примарни перитонитис тешко је диференцијално дијагностички одвојити од апендикуларног перитонитиса, али постоје неки општи симптоми који су карактеристични за ту болест.

Болест се јавља код девојчица, а наступа нагло са дрхтавицом и високом температуром, уз изражено црвенило лица и херпес, а у мокраћи је позитиван ацетон.

Дијагноза

Поставља се на основу анамнезе (неколико дана пре ове манифестације постојала инфекција респираторног тракта), клиничког прегледа и повећаних леукоцита у крви. Нативни снимак абдомена искључује слободан ваздух у перитонеалној шупљини, који би могао бити последица перфорације шупљег органа или апендикса и ултразвука абдомена, који не описује патолошко стање илеоцекалне регије.

Диференцијална дијагноза.

У диференцијалној дијагнози су дифузни перитонитис као последица перфоративног апендицитиса, пелвеоперитонитис, мезентеријални лимфаденитис, упала Meckelovog диветикулума и друго.

Терапија

Конзервативни начин је укључити пацијенту парентералну надокнаду течности, искључити орални унос хране и од антибиотика дати ампицилин. Ако перзистира дифузни подражај перитонеума, експлоративна лапаротомија је неопходна како би се доказао узрок перитонитиса и урадила апендектомија.

Апсцес Дагласовог простора

Дагласов апсцес настаје ако се у малој карлици накупи већа количина гноја, која је потпуно одвојена од остале трбушне шупљине. Та се компликација клинички манифестује симптомима од мокраћне бешике и ректума, а наступа око седмог постоперативног дана.

Симптоми

Болесник почиње да се жали на тегобе као код упале мокраћне бешике (често мокрење и печење) и код пролива (учестали нагон на столицу с нешто слузи). Опште стање може бити мање или више поремећено. Увек постоји септички тип температуре и леукоцитоза.

Дигиторектални преглед

Има пресудну улогу у дијагнози, тонус сфинктера је смањен, а предња страна ректума, на удаљености од 5 до 12 цм изнад аналног отвора избочена је према лумену и ту се палпира болна резистенција, мекано еластичне конзистенције.

Пукнцијом те творевине вади се гној.

Дијагноза

Поставља се на основу анамнезе, дигиторектални прегледа и ултразвука мале карлице. У лабораторијским налазима постоји леукоцитоза, и повишена седиментација еритроцита.

Терапија

Састоји од дренаже апсцеса кроз предњи зид ректума, уз ординирање антибиотика широког спектра.

Прогресивна бактеријска гангрена (Meleneyeva гангрена)

У више од 50% болесника та компликација настаје након апендектомије, а ређе након других абдоминалних или торакалних операција. У већине болесника нађе се смањена отпорност организма, анемија, хипопротеинемија...

Етиологија

Узрок болести је вероватно мешовита инфекција грампозитивним и грамнегативним бактеријама.

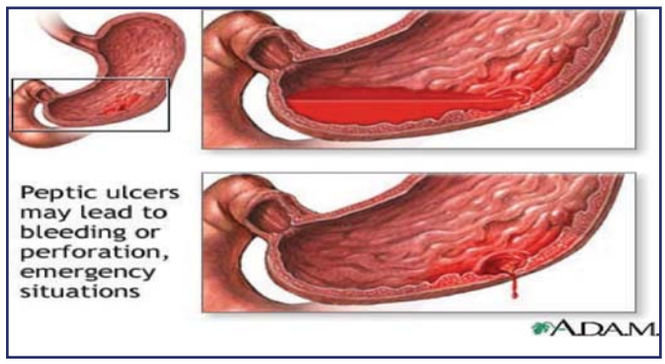
Симптоми

Почињу се јављати се крајем прве постоперативне седмице. Кожа око ране постаје едематозна, црвена и болна, а мало затим јавља се некроза коже која се брзо шири. Ако није захваћена већа површина, опште стање болесника није теже поремећено.

Терапија је циљана антибиотска на основу антибиограма бриса ране и спољне дренаже

СЛОБОДНА ПЕРФОРАЦИЈА ПЕПТИЧКОГ УЛКУСА ЖЕЛУЦА

Перфорација је компликација пептичког улкуса дуоденума или желуца, а врло ретко се јавља код карцинома. Изливањем желудачног или дуоденалног сока у слободну трбушну шупљину развија се слика хемијског перитонитиса.



Симптоми

Почетак је нагао и драматичан, без икаква повода иако већина болесника има анамнезу за постојање улкуса. Изливањем желудачног садржаја у перитоналну шупљину наступају веома снажни и оштри болови који се брзо шире из епигастријума по целом абдомену. У првим сатима пулс је у нормалним границама, да би касније постао убрзан, телесна температура је обично субнормална због шока, али постоје и изузеци. Брзо се развијају знакови дехидратације, а нешто касније и бактеријски перитонитис (након 12 сати).

Преглед абдомена.

Већ приликом уласка у амбуланту болесници имају карактеристично држање, а покушај устајања из седећег положаја не успева због бола.

Инспекција

У раној фази, ако је болесник мршав и мишићав, изражена је ретракција епигастријума, а то је последица контракције дијафрагме и мишића предњег трбушног зида.

Дијагноза

Поставља на основу анамнезе, клиничког прегледа, нативног РТГ снимка абдомена са базама плућа, те ултразвука абдомена.

Терапија је оперативна.

Сува перфорација или perforatio sicca

Понекад се код перфорације дуоденума брзо на перфорацијски отвор налепи оментум. Код таквих пацијената опште стање је добро, ригидност трбушног зида је обично ограничена на горњи абдомен или је уопште нема, а у абдомену се може доказати постојање слободног ваздуха.

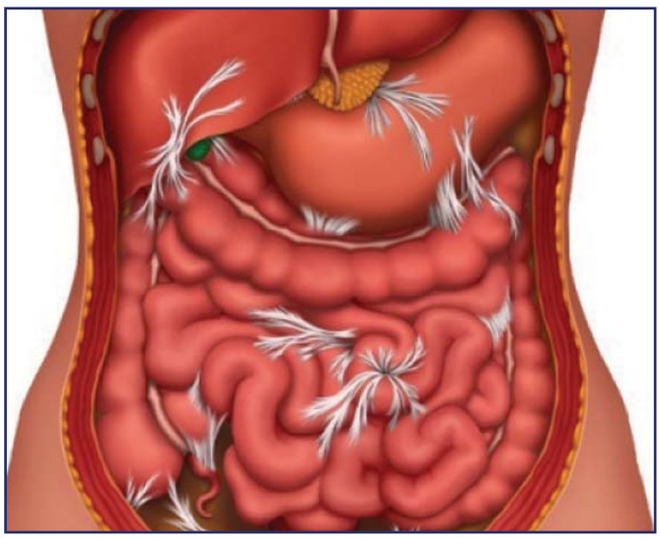
Дијагноза

Поставља се на основу анамнезе, клиничког прегледа, нативног снимка и ултразвука абдомена.

Терапија је хируршка.

ИЛЕУС

Ако је у једном делу танког или дебелог црева прекинута пасажа, било услед механичких или динамичких фактора, настаће клиничка слика илеуса. Код типичних случајева механички илеус манифестује се следећим симптомима:



- бол у абдомену (цревне колике),
- повраћање,
- видљива и чујна перисталтика,
- дистензија абдомена,
- изостанак столице и гасова.

Што је опструкција оралније (у вишим деловима дигестивног тракта) смештена, то је почетак болести наглији и повраћање се јавља раније, а што је узрок илеуса ниже (у дисталним деловима дигестивног тракта), дистензија абдомена ће се развити раније, а тек онда повраћање. С обзиром на клиничку слику и ток болести илеус се може поделити на илеус танког и илеус дебелог црева.

Илеус танког црева

Етиологија

Најчешћи узрок илеуса танког црева јесу укљештене киле, постоперативне прираслице, које доводе до странгулације црева, волвулус, васкуларне опструкције, тромбоза, емболија ...

Симптоми

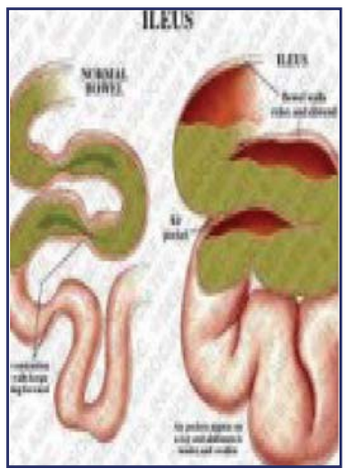
У анамнези доминира бол који има карактер цревних колика. Бол се може упоредити са грчевима који се јављају пре пролива, међутим код илеуса болесник неће добити ни столицу ни гасове. Болесници често изјављују да у фази грчева осећају „претакање“ у цревима, а то је последица појачане цревне перисталтике, која настоји да надвлада место опструкције. У почетку болесник повраћа желудачни и дуоденални садржај обојен жучи (инцијално повраћање), а након неколико сати, почиње да повраћа прави илеусни садржај „мизерера“ – фекалоидни садржај. Ако болесник дође у почетку болести, неће одати утисак тешког болесника за разлику од болесника у узнапредовалој фази болести. Брзина којом ће се развијати болест зависиће од узрока илеуса. У болесника код којих уз механичку препреку пролаза постоји и странгулација мезентеријалних крвних судова, развиће се у краћем времену тешка клиничка слика.

Клиничка слика

Губитак течности, електролита и беланчевина много су бржи како у лумен црева тако и у перитонеалну шупљину. Због оштећене цревне циркулације брзо долази до исхемије и развоја перитонитиса. Због дехидратације и електролитног дисбаланса, тургор коже је смањен, језик сув и обложен, очи упале, пулс убрзан, а уз погоршање ових симптома, појављују се и симптоми инфекције и токсикемије.

Инспекција

Важно је прегледати цели абдомен, укључујући ингвиналну и феморалну регију, јер се лако може превидети мала феморална кила, посебно код гојазнијих болесника, или се може помешати са повећаним лимфним чвором. У почетној фази болести абдомен није јаче дистендиран. Када се појави дистензија, она је у почетку ограничена на средњи абдомен, јер је дилатирано танко црево. Код мршавих људи може се видети и „кочење“ црева попут повремених степеничастих избочења трбушног зида. Видљивост перисталтике може се провоцирати перкусијом абдомена.



Преглед абдомена

Палпација је мање важна за дијагностику. Могу се палпирати дилатиране вијуге црева, а ако већ постоји перитонитис, трбух ће постати болан на палпацију.

Аускултација абдомена веома је важна, јер се њоме могу чути карактеристични феномени, од хиперперисталтике у самом почетку болести, до претакања и буњкања код развијеног илеуса и, коначно, до потпуне тишине код паралитичних црева

Дигиторектални прегледом код илеуса танког црева обично наилазимо на празну ампулу. Понекад се у Дагласовом простору могу палпирати конволути вијуга, а налаз крви и слузи у столици може указивати на васкуларно порекло илеуса.

Дијагноза

Поставља се на основу анамнезе, клиничког прегледа и РТГ нативног снимка абдомена у стојећем положају. На нативном снимку абдомена у стојећем поло-

жају виде се аероликвидни нивои, који су резултат проширених вијуга танког цријева.

Терапија је хируршка.

Илеус дебелог црева

Етиологија

Најчешћи узроци илеуса дебелог црева јесу карциноми дебелог црева и осталог колона, ређе дивертикулитис, волвулус сигме или цекума. Илеус дебелог црева има спорији ток, а опште стање болесника обично је добро и по неколико дана, посебно ако од почетка опструкција није комплетна.

Симптоми

У анамнези се обично чују и ранији симптоми примарног патолошког процеса, а од садашње болести најзначајнији симптом је грчевити бол у трбуху и појава дистензије абдомена. Повраћање наступа касније него код илеуса танког црева.

Клиничка слика

Локални налаз абдомена указује на дистендиране латералне делове абдомена, а цекум се у фази перисталтичког таласа избочи као балон. У случају торзије сигме леви доњи абдомен постаје балониран.

У току ректалног прегледа може се наићи на стенозирајући карцином ректума, јер је карцином најчешћи узрок и опструкције дебелог црева. Код волвулуса сигме може се палпирати едематозна стеноза ректума због прекинуте циркулације у доњој мезентеријалној вени.

Дијагноза

Поставља се на основу, клиничког прегледа, нативног РТГ снимка абдомена, и ултразвука абдомена.

Терапија је оперативна.

Паралитички илеус

Парезу црева сусрећемо често након абдоминалне операције, а она се клинички манифестује ослабљеном перисталтиком и лошим општим стањем. Код парализе црева постоји инхибиција перисталтике, а налази се код гнојног перитонитиса, тежег акутног панкреатитиса и у узнапредовалој терминалној фази механичког илеуса.

Симптоми

Болесници су у тешком општем стању, са знаковима дехидратације, хиповолемије и токсемије. Повраћају цревни садржај (фекалне масе), осећају јаку надутост, али немају бол.

Преглед абдомена

- **Инспекцијом** се налази јака дистензија абдомена.
- А при **перкусији** се чује тимпанизам. Абдомен није болно осетљив
- **Аусктацијом** се утврђује да је перисталтика угашена.

Дијагноза

Поставља се на основу анамнезе, клиничког прегледа и нативног РТГ снимка абдомена на којем се види мноштво равномерно распоређених мањих аероликвидних нивоа.

Терапија је конзервативна и оперативна.

АКУТНА ДИЛАТАЦИЈА ЖЕЛУЦА (Dilatatio ventriculi acuta)

Акутна дилатација желуца јавља се обично нагло у постоперативном току, затим код болесника имобилизованих са коксофеморалним гипсом, али се може појавити и без икаквих повода.

Симптоми

Рани симптоми болести су убрзани пулс, мучнина и лоше осећање иако болесници немају бол. Након тога почињу обилно повраћати желучани садржај који је сангвинолентан. Врло брзо се развијају знакови хиповолемичког шока.

Прогноза

Код таквих болесника доста је лоша али се, на срећу, болест ретко јавља.

Дијагноза

Поставља се на основу анамнезе, клиничког прегледа и РТГ снимка нативног абдомена, где се види енормно увећани желудац.

Терапија је конзервативна.

АКУТНА УПАЛА ПАНКРЕАСА (Panceratitis acuta)

Акутни упала панкреаса је небактеријска упала која је резултат аутодигестије панкреаса властитим ферментима.

Клиничка слика

Зависи од тежине патолошких промена у гуштерачи, јер постоји читав низ патолошких и клиничких форми, од серозног панкреатитиса, па све до акутне хеморагичне некрозе панкреаса. Акутни панкреатитис чешће се јавља код особа које болују од билијарног система (опструкција у подручју папиле Vateri и засто-

ја), код алкохоличара, код хиперпаратироидизма, код хиперлипидемије, а код деце се панкреатитис јавља и фамилијарно.

Симптоми

У анамнези доминирају болови у подручју епигастријума, који се могу ширити у леви хемиабдомен, чак и у лево раме. Болови су стални, не попуштају као код колика, а обично се појављују након обилног оброка. Уз болове, јавља се мучнина, повраћање и осећај надутости (због парезе црева). Код тешких форми панкреатитиса брзо се развија клиничка слика шока.

Преглед абдомена

Код палпације увек постоји болна осетљивост у супраумбиликалној регији, а код тежих случајева читав горњи абдомен интензивно је болно осетљив, али никада није тврд као даска. Обично недостаје перисталтика црева.

Код акутне некрозе панкреаса долази до токсичног перитонитиса и услед стварања ексудата абдомен постаје још јаче дистендиран. Водени ексудат може се доказати перкусијом. Након неколико дана по кожи трбуха, посебно око пупка и са стране, појаве се ливидне пеге услед деловања панкреасних сокова на масно ткиво.

Приликом прегледа грудног коша може се доказати плеурални излив са леве стране.

Дијагноза

Понекад дијагноза није лака, посебно ако ензими гуштераче (дијастаза) нису енормно повећани, те је потребно диференцијално дијагностички искључити инфаркт миокарда, перфорацију пептичног улкуса. Дијагноза се поставља на основу анамнезе, клиничке слике, лабораторијских налаза повишених вредности ензима панкреаса у крви .

Терапија је конзервативна и оперативна.

ПОВРЕДЕ АБДОМЕНА

Повреде абдомена могу бити пенетрантне и непенетрантне. Без обзира на то који је орган повређен, настају два ефекта:

- шок и
- перитонитис.

Било да постоје појединачно или заједно, више од 50% смртних случајева наступи услед повреда абдомена које узрокују шок.

Захваљујући савременим методама лечења, увелико је смањен морталитет од перитонитиса.

Пенетрантне повреде

Пенетрантне или отворене повреде настају када страно тело продре у перитонеалну шупљину или продре кроз њу. Пенетрантне повреде абдомена се у већини случајева наносе оружјем. Ране зида абдомена треба сматрати пенетрантним ако се не докаже супротно. Свака рана од рамена до колена може продрети у абдоминалну шупљину. За сваку пенетрантну рану абдомена треба претпоставити да је и перфорантна ако не постоје поуздани знаци који говоре против тога.

О начину повређивања сазнајемо из анамнезе. Физикалним прегледом анализирамо стање циркулације. Изглед ране може варирати. Мала рана може бити једини видљиви знак потенцијално леталне повреде. Најпоузданији знак повреде шупљег висцералног органа представља недостатак цревне перисталтике. Осетљивост абдомена и мишићни дефанс могу постојати код повреде шупљег органа или код крварења.

Дијагноза

Поставља се на основу анамнезе, клиничког прегледа, ултразвука абдомена и ЦТ абдомена.

Лечење

Терапија је реанимација пацијента, а код пенетрантне повреде абдомена треба увек извршити експлорацију абдомена.

Непенетрантне повреде

Непенетрантне повреде зовемо и затворене и узроковане су тупом силом. Затворене повреде су чешће од отворених.

Етиологија

Приближно 50% затворених повреда абдомена настаје у саобраћајним удесима, док су остали узроци спортске повреде, несреће приликом пада ...

Чешће су повреде фиксних него мобилних органа.

Клиничка слика

Повреде често захватају више органа и тада морталитет расте од 10% до 30%. Шок и перитонеална контаминација су летални фактори, који су често удружени. Крварење може наступити и касније. Такво одложено крварење најчешће се појављује код одложене руптуре слезине. Одложено интраабдоминално крварење може настати и услед повреде јетре, дуоденума, панкреаса и бубрега.

Дијагноза

Поставља се на основу анамнезе, клиничког прегледа, лабораторијских налаза, ултразвука абдомена, ЦТ абдомена.

Абдоминална пункција у локалној анестезији представља корисно дијагностичко средство.

Терапија је реанимација пацијента и, по потреби, оперативна.

СЕСТРИНСКЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ У НЕЗИ И ЛЕЧЕЊУ АКУТНОГ АБДОМЕНА

Здравствену негу болесника са акутним абдоменом у хоспиталним условима можемо да поделимо на два дела: на преоперативну и постоперативну негу. У зависности од тога можемо да говоримо о потребама за негом и о сестринским задацима:

Сестринске интервенције у преоперативној нези

Нега болесника у преоперативном току је посебно значајна и усмерена према потребама болесника.

Сестрински задаци и интервенције у преоперативном периоду:

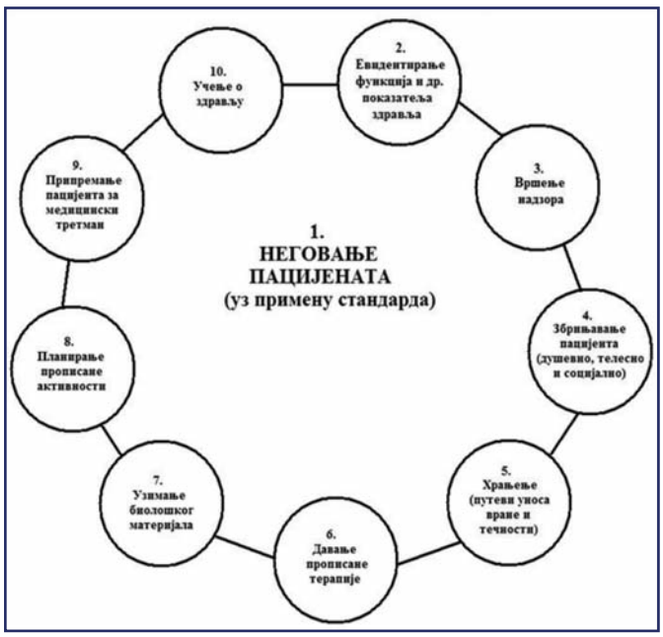
- Болесника смешта у постељу.
- Континуирано 24 часа прати виталне функција (ставља пацијента на мониторинг).
- Болеснику ограничава кретање или потпуно забрањује устајање из постеље у зависности од његовог стања и налога хирурга.
- Поставља венски пут и узима крв за лабораторијске анализе и крвну групу.
- По потреби и налогу хирурга, ставља назогастричну сонда.
- По потреби и налогу хирурга, пласира уринарни катетер.
- По налогу хирурга, спроводи ординирану терапију и надокнаду течности.
- Посебну пажњу обраћа на дефекацију, а, по потреби и налогу лекара, даје клизму болеснику.
- Спроводи комплетну преоперативну припрему:
  - општу,
  - специјалну.
- Води болесника на РТГ плућа и срца ако није сликан приликом пријема.
- Након урађених дијагностичких процедура, позива се анестезиолог, који даје закључак за могућност увођења болесника у анестезију.
- По процени анестезиолога, припрема болесника за пласирање централног венског катетера и асистира у његовом пласирању.
- Води болесника на контролни РТГ плућа након пласирања централног венског катетера.
- Прати стање оперативне ране и место око дренова.
- Прати садржај дренова (количину и изглед) и евидентира у температурној листи:
- Мења дренажне кесе сваког дана или зависно од околности и чешће.
- Прати садржај назогастричне сонде (количину и изглед) и евидентира у температурној листи.
- Прати централни венски катетер и одржава његову проходност:
- Води пацијента на РТГ плућа ако је централни венски катетер постављен у операционој сали.
- Контролише диурезу болесника и евидентира је (а некад прати и сатну у зависности од налога које добија од хирурга и анестезиолога).
- Асистира приликом превијања болесника.
- Вади крв за постоперативне анализе.
- Негује пацијента.

СТАНДАРДИ И НОРМАТИВИ ЗА УРГЕНТНУ ХИРУРГИЈУ

Стандарди јасно дефинишу послове и задатке медицинских сестара – техничара, прецизирају поступке и обезбеђују максимално прилагођавање рада здравственим потребама пацијента. Свака промена стања или тежина болести пацијента условљава и промену врсте неге, што здравствену негу чини ефикасном, динамичном и економичном.

Неговање пацијента је независна (самостална) сестринска функција у делу који се односи на неговање пацијената, а међузависна функција у медицинском збрињавању.

НОРМЕ ЗА ОСТВАРИВАЊЕ ФУНКЦИЈЕ



а) Кадровски профил: број лица
Виша медицинска сестра техничар 1
(у функцији руководеће сестре – вође смене)
Виша медицинска сестра техничар 1
Медицинска сестра техничар 1
Помоћни радник у здравству 1

Квалитетно неговање и континуирано збрињавање болесника у све три смене за 24 часа, захтевају ангажовање потребног броја виших медицинских сестара – техничара (3), медицинских сестара техничара (3) и помоћних радника (3).

Сва лица учествују само делом свог радног времена у раду са болесником.

б) Временски норматив: 360 минута (6 сати) у току 24 часа за негу и збрињавање једног пацијента.

Упутство за припрему пацијената, лица, опреме и материјала за рад:

Припрема пацијента за планирани медицински захват, специјалистички преглед, дијагностичку процедуру, примену опште или специфичне терапије, за спровођење утврђене врсте неге обавља се уз потребни телесни и душевни третман (ако је то могуће). Све ове припреме углавном обавља медицинска сестра – техничар.

Припрема лица, опреме и материјала за рад обавља се у зависности од врсте активности.

МЕТОДОЛОГИЈА ИЗРАДЕ РАДА

Циљ: Сагледати све задатке високоструковне медицинске сестре приликом збрињавања пацијента са акутним абдоменом.

Задаци:

- Проценити ниво оспособљености медицинске сестре за збрињавање пацијента са акутним абдоменом.
- Утврдити делокруг рада медицинске сестре приликом пријема пацијента са акутним абдоменом.
- Утврдити делокруг рада медицинске сестре приликом преоперативног и постоперативног тока пацијента са акутним абдоменом.
- Истражити да ли се пацијенти са акутним абдоменом негују по стандардизованим процедурама.

Методи истраживања:

- Дескриптивни метод.
- Опсервациони индиректни метод (упитник и тест знања).

Технике истраживања:

- Анкетирање.
- Тестирање.

Инструменти истраживања:

- Упитник.
- Тест знања.

Популација:

Медицинске сестре Хирургије 1 Ургентног центра КЦС у Београду.

Узорак:

Медицинске сестре Хирургије 1 – 30 (тридесет).

Организација и ток истраживања:

- **Место:**

Одељење Хирургије 1 у Ургентном центру КЦС у Београду.

- **Време:**

Мај, 2015. године.

ЗАКЉУЧЦИ ДОБИЈЕНИ АНАЛИЗОМ УПИТНИКА ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

- Анализом добијених података можемо рећи да радну популацију на Хирургији 1 Ургентног центра у Београд чине особе женског пола у постотку од 97%, старосне доби од 21 до 29 година – 60%, са завршеном средњом школом – 77%, дужином радног стажа од 10 година – 74%.
- 53% сматра да је знање које се стиче у школи недовољно за рад на ургентној хирургији и да је неопходна додатна едукација.
- Почетно знање у 73% наводи да је стекло од старијих и искуснијих колега, што нас опет упућује на то да је знање из школе недовољно.
- 63% редовно посећује стручне састанке, предавања и конгресе.
- 60% сматра да је лекар дужан да објасни пацијенту све што је везано за преглед, дијагностичку процедуру и терапију.
- 87% активно прати стање пацијента, од пријема на одељење хирургије, па до поласка кући.
- 73% каже да су пацијенти уплашени пре ОП.
- Више од половине (54%) медицинских сестара бави се здравствено-васпитним радом, а 60% покушава личним примером да делује на пацијента.
- Здравствено-васпитни рад се у 53% заснива на правилној исхрани и 33% на штетности алкохола и никотина, те избегавању ризико-фактора.
- На Хирургији 1. у Ургентном центру се користе мере личне заштите приликом рада (капе, маске, униформе, кецеље)
- У свом раду се 67% придржава стандарда.
- Главне тешкоће запослених на Хирургији 1 су: лоша комуникација са лекаром и колегиницама, обим и тежина посла, слаба стимулација за рад, недовољан број запослених, материјал за рад, прекобројни пацијенти.

Литература

1. Поповић, М., Кнежевић, С.: *Акутни абдомен* Ин: Стевовић, Д. (Ед) Хирургија, Београд, Савремена администрација, 2000. година.
2. Стефановић, Б.: *Преглед и дијагностика хируршких болесника* Ин: Стевовић, Д. (Ед) Хирургија, Београд, Савремена администрација, 2000. година.
3. Мајлс, Ј. и сарадници: *Ургентна медицина*, Београд, Савремена администрација, 1989. година.
4. Милићевић, Р.: *Дијагностичке методе у хирургији*, Ин: Милићевић, Р., Стоиљковић М. (Ед), Принципи опште хирургије, Ниш, Просвета, 1998. година.
5. Млинарић, И.: *Акутни абдомен* Ин: Драговић, М., Герзић, З. (Ед), Хирургија, Београд.
6. Глишић, С., Јанковић, З., Славик, Е.: *Лечење бола*, Ин: Стевовић, Д. (Ед) Хирургија, Београд, Савремена администрација, 2000. година.
7. Kazemi, K., Jalaeian, H., et al: *Ruptured Meckel Mesodiverticulum and Meckel Diverticulum Following Blunt Abdominal Trauma*, Medical Principles and Practise. 2008.
8. Liu, K., Ahahchi, S., et al.: *Can Acute Appendicitis be Treated by Antibiotics*, Am Surg, 2007.
9. Winn, RD., Laura S.: *Protocol based approach to suspected appendicitis incorporating Alvorado score and outpatients antibiotics*, Journal of Surgery, 2004.
10. Стојиљковић, Ј.: *Ургентна медицина*, Београд, Савремена администрација. 2006. година.
11. Ћорлука, В. и други (2007): *Стандардизоване активности здравствене неге и збрињавања пацијената: водич за медицинске сестре – техничаре и бабице*, Београд, Удружење медицинских сестара и техничара Клиничког центра Србије –„Сестринство“.
12. Васиљевић, Р.: *Методика и организација здравствене неге*, Београд, ВТЕШ, 2000. година.
13. *http://urgentna-medicina.blogspot.com/akutni-abdomen.html*
14. *http://www.miramontimedic.rs/sr/*

Љубица Паковић,
Министарство здравља Републике Србије

ПЕРЦЕПЦИЈА СТАНОВНИШТВА О РИЗИКУ УПОТРЕБЕ АЛКОХОЛА

Љубица Паковић, дипломирани правник, рођена је 2. октобра 1974. године у Београду. Дипломирала је на Правном факултету у Београду. Специјалистичке студије са називом „Високе европске студије“, у огранизацији Правног факултета Универзитета у Београду и Европског универзитетског центра Универзитета у Нансију (Француска), у оквиру којих је изучаван рад институција Европске уније, карактеристике правног поретка Европске уније, европско пословно право, европска спољна, заједничка пољопривредна и трговинска политика, завршила је са одличним успехом. Мастер рад са називом „Перцепција ризика и ставови становништва о употреби алкохола“ одбранила је на Медицинском факултету Универзитета у Београду. Од 2010. године запослена је у Министарству здравља Републике Србије, у Сектору за европске интеграције и међународну сарадњу.

Ljubica Paković,
Ministry of Health of the Republic of Serbia

THE PERCEPTION OF THE POPULATION ABOUT THE RISKS OF ALCOHOL USE

Ljubica Paković, lawyer, was born on 2 October 1974 in Belgrade. She graduated from the Faculty of Law in Belgrade. Specialist studies called "High European Studies" in organization the Faculty of Law, University of Belgrade and the European University Centre, University of Nancy (France), in which he studied the work of the institutions of the European Union, the characteristics of the legal order of the European Union, European Business Law, European foreign , the common agricultural and trade policies, ended with great success. Master's thesis entitled "Risk perception and attitudes of the population on the use of alcohol" defended at the Faculty of Medicine, University of Belgrade. Since 2010 she is working in the Ministry of Health of the Republic of Serbia, in the Sector for European Integration and International Cooperation.

Сажетак

Увод

Конзумирање алкохола у свету и у Србији веома је често иако носи ризик од бројних последица на појединца и целокупно друштво. Светска здравствена организација процењује да у свету око две милијарде људи конзумира алкохол и да је могуће дијагностиковати различите поремећаје настале његовом употребом код 76,3 милиона људи. У Европској унији алкохол је одговоран за прерану смрт и инвалидитет 12% мушкараца и два посто жена. Током 2012. године алкохол у Србији био је узрочник 77% оболелих мушкараца од цирозе јетре и 59,5% оболелих жена.

Циљ

Циљеви овог рада су анализа перцепције ризика и последица у вези са употребом алкохола према социјалнодемографским својствима: израчунавање преваленције редовног и повременог узимања алкохола у испитиваном узорку; идентификовање социјалнодемографских одлика испитаника, те фреквентности употребе алкохола и других психоактивних супстанци као предиктора конзумирања алкохола.

Метод

Истраживање знања, ставова и понашања становника Србије старости од 18 до 64 година у вези са употре-

Abstract

Introduction

Alcohol consumption in the world and in Serbia is very often, even though it carries the risk of a numerous consequences for the individual and the whole society. The World Health Organization estimates that worldwide about two billion people consume alcohol and that it is possible to diagnose a variety of disorders resulting from its use at 76.3 million people. In the EU, alcohol is responsible for the premature death and disability 12% of men and 2% of women. In 2012, the alcohol is in Serbia was the cause of 77% diseased men from liver cirrhosis and 59.5% among women.

Objective

The aim of this work is analyzes perceptions of the risks and consequences associated with the use of alcohol by socio demographic characteristics; calculate the prevalence of regular and occasional alcohol intake in the test sample; identifying socio demographic characteristics of the respondents, as well as the frequency of use of alcohol and other psychoactive substances as potential predictors of alcohol consumption.

Methods

The survey of knowledge, attitudes, and behavior of Serbian population aged 18 to 64 years concerning the use of

бом алкохола урађено је на основу података прикупљених у оквиру „Националног истраживања о стиловима живота становништва Србије 2014. године“ и студије пресека, спроведене током јануара–марта 2014. године.

Резултати

Две трећине испитиване популације пије. Од тога трећина редовно (једном недељно – свакодневно), а две трећине повремено (1–11 пута годишње – 1–3 пута месечно). Сваки дванаести испитаник припада групи високоризичне употребе алкохола. Међу последицама сопственог узимања алкохола које су испитаници доживели доминира неповољан утицај на финансије. Следе последице на здравље, дом, посао, пријатељство, учешће у тучи и полицијско заустављање због вожње у алкохолисаном стању. Скоро петина испитаника је због туђег пијанства скренула са сопственог пута, а сваки десети испитаник био је изложен непријатностима или је осетио несигурност на јавном месту, укључујући и градски превоз. Саобраћајну незгоду због туђег пијанства доживело је 1,5 пута више мушкараца него жена (1,4%:0,9%). Испитаници процењују да највећи ризик носи редовно пушење марихуане или хашиша, а најмање пет или више пића током викенда.

Закључак

Учесталост и ниво конзумирања алкохола варира у зависности од социодемографских својстава испитаника. Алкохол редовно конзумира скоро половина мушкараца, незнатно већи проценат сеоског становништва, испитаници узраста 55–64 године, сваки трећи неожењени и испитаници са средњом школом. Повремено пију три од четири жене, градско становништво и испитаници старосне доби 18–24 године. Употребу алкохола као високоризично понашање највише процењују најстарији испитаници, жене, сеоско становништво, те разведени, односно удовице – удовци. Због туђе конзумације алкохола сваки десети мушкарац и свака седма жена нису могли да заспе ноћу или су били ометани у сну. Вербално је нападнут сваки осми мушкарац, а сваки осамнаести и физички. Мушки пол, градска средина, млађа старосна доб испитаника и виши ниво образовања предиктори су конзумације алкохола. Наведени резултати указују на то да је неопходан стратешки приступ државе према сузбијању последица употребе алкохола, побољшано усаглашавање свих мера због мултисекторске природе проблема, те континуирано спровођење превентивних мера усмерених на целокупну популацију.

Кључне речи: конзумирање алкохола, последице сопствене конзумације, последице туђе конзумације, високоризично пијење, перцепција ризика, Република Србија.

УВОД

Конзумирање алкохола у свету и код нас веома је често иако носи ризик од штетних здравствених и социјалних последица везаних за интоксикацију, тровање и зависност. Светска здравствена организација (СЗО) процењује да у свету око две милијарде људи конзумира алкохол и да се могу дијагностиковати различити поремећаји настали његовом употребом код 76,3 милиона људи. У Европској унији (ЕУ) алкохол је одговоран за прерану смрт и инвалидитет 12% мушкараца и два посто жена.

alcohol has been done on the basis of data collected in the framework of “National research on the lifestyles of population in Serbia in 2014,” the cross-sectional study, conducted in January - March 2014.

Results

Two-thirds of the tested population drinks. A third of them drinks regularly (1 per week / day), and two-thirds drink occasionally (1-11 times a year / 1-3 times per month). Every twelfth respondent belongs to a group of high-risk alcohol use. Among the consequences of their own alcohol consumption by respondents experienced dominates adverse effects on finances. Effects on health, home, work, and friendship, participation in a fight or being stop by the police for driving while intoxicated. Almost a fifth of respondents due to someone else’s drunkenness depart from the route that started, and every tenth respondent was exposed to unpleasantness or felt insecurity in public places, including public transport. An accident due to someone else’s drunkenness was experienced by 1.5 times more men than women (1.4%, 0.9%). Respondents estimate that the greatest risk entails regularly smoking marijuana or hashish and that the lowest risk is drink five or more drinks during the weekend.

Conclusion

The frequency and level of alcohol consumption varies depending on the socio-demographic characteristics of respondents. Regular alcohol consumers are almost half of the males, a slightly higher percentage of rural population, respondents ages 55-64, every third unmarried respondents with high school. Occasionally drink 3 out of 4 women, urban residents and respondents aged 18-24. The oldest respondents, women, rural residents, and divorced / s or widows / widowers largely evaluated the use of alcohol as a high-risk behavior. Because other people’s alcohol consumption every tenth man and every seventh woman could not fall asleep at night or were disturbed in his sleep. Every eighth man was verbally abused, and every eighteenth verbally and physically. Male sex, urban environment, the younger the age of the respondents and a higher level of education were predictors of alcohol consumption. These results indicate that the necessary strategic approach of the state towards combating the consequences of alcohol use, improving the coordination of all the measures for multi-sector nature of the problem as well as the continuous implementation of preventive measures aimed at the entire population.

Keywords: alcohol consumption, consequences of consumption of their own, the consequences of others’ consumption, high-risk drinking, risk perception, the Republic of Serbia.

Светска здравствена организација процењује да је алкохол узрочник 2,5 милиона смртних случајева годишње, више од АИДС или туберкулозе. У Руској Федерацији и бившим совјетским државама једна од пет смрти мушкараца узрокована је пићем.

Пијење алкохола најчешће је друштвено прихватљива активност, а у неким културама (као што је наша) чак и фаворизована до нивоа обавезног ритуала у многим друштвеним ситуацијама. У неким друштвима алкохол игра централну улогу у преломним догађајима током животног циклуса (живот и смрт), али и у мањим, свакодневним збивањима

Процењује се да око 58.000.000 (16%) одраслих становника Европске уније конзумира алкохолна пића, од којих је 23.000.000 (6,5%) зависно од алкохола. Резултати истраживања Еуробарометра из 2010. године показују да готово 133.000.000 грађана Европске уније ризично пије (≥50 грама алкохола по поводу) бар једном месечно, што је једна од три одрасле особе. Просечна потрошња је 10,7 литара чистог алкохола по одраслој особи (per adult). Највећа потрошња је у Аустрији, Француској, Летонији, Литванији и Румунији – од 12 или више литара по особи. На другој страни скале су земље јужне Европе (Кипар, Грчка, Италија, Малта), заједно са нордијским земљама (Исланд, Шведска и Норвешка), са просечном потрошњом од 7–8 литара чистог алкохола по особи. У Турској и Бившој Југословенској Републици Македонији потрошња је чак мања од четири литра.

У Србији просечна потрошња износи 9,6 литара чистог алкохола по глави становника (per capita).

Конзумирање алкохола и последице на здравље

Штетна употреба алкохола може узроковати повреде и настанак више од 200 болести (зависност од алкохола, хронично обољење јетре и малигни тумори усне дупље, ждрела, гркљана, једњака и јетре, повећан ризик од рака дојке и карцином дебелог црева). Прекомерна употреба алкохола узрочник је 3,3 милиона смрти годишње у свету (5,9% свих смртних случајева на планети), односно један од 10 смртних случајева у одраслој популацији. Током 2012. године у Србији је алкохол био узрочник 77% оболелих мушкараца од цирозе јетре и 59,5% оболелих жена.

Алкохолизам је, после депресије, ментални поремећај који највише доприноси појави инвалидитета на глобалном нивоу. Узимајући у обзир године живота изгубљене због преране смрти и године проживљене са инвалидитетом, оптерећење алкохолом представља 10,8% оптерећења болестима у региону. То чини алкохол трећим најучесталијим фактором ризика лошег здравља у Европској унији.

Посебно значајан здравствени, али и економски проблем представља штетна употреба (злоупотреба) алкохола без знакова зависности (саобраћајни удеси, туче, убиства, оштећења јетре, кардиоваскуларна обољења, дуготрајно лечење, одсуствовање с посла, незапосленост, смањена продуктивност, насиље и криминал). Око 23.000.000 Европљана зависно је од алкохола, са годишњом нематеријалном штетом од око 68.000.000.000 евра (бол и патња чланова породица).

Алкохол је високи фактор ризика и за настанак саобраћајних удеса (возача и пешака). Истраживања спроведена у земљама у развоју показала су да је једна до две трећине погинулих возача моторних возила била под дејством алкохола, а више од половине пешака страдало је од удара возила којим су управљали пијани возачи. У укупном броју саобраћајних удеса у Србији током 1997–2007. године просечно 7% удеса изазвали су пијани возачи.

Током векова алкохолизам је прешао дуг пут од порока до болести и од моралистичког до социјално-медицинског приступа. „Статус" болести добио је 1951. године, када су га први пут дефинисали експерти Светске здравствене организације.

Појам алкохола, дефинисани обрасци конзумирања алкохола

Реч алкохол је арапског порекла и значи „савршено пречишћена супстанца". Данас се, међутим, под термином алкохол подразумевају бројни напици у којима је доминантна супстанца етил-алкохол. Алкохол је легализована психоактивна супстанца и његов промет и трговина законски су регулисани.[2]

Ради конструктивнијег приступа проблему важно је направити разлику између „употребе", „злоупотребе" и „зависности од алкохола". Термин „употреба алкохола" односи се на свако уношење алкохола у организам. „Злоупотреба алкохола" подразумева било коју врсту друштвено неприхватљивог пијења, од ризичног, преко штетног, до зависности од алкохола.

Светска здравствена организација алкохолизам дефинише као хронично континуирано пијење или периодично конзумирање алкохола, које се одликује оштећеном контролом пијења, честим епизодама тровања и преокупацијом алкохолом и употребом алкохола упркос неповољним последицама.

У литератури нема јединственог става у погледу дефинисања редовне, односно повремене употребе алкохола. У неким радовима наводи се да умерено, односно повремено конзумирање алкохола подразумева конзумирање од једног пића седмично до највише два дневно. Поједине студије у својој методологији дефинишу појмове у вези са учесталошћу конзумације алкохола: „веома учестало" – свакодневно, „учестало" – од једном до четири пута недељно, „повремено" – од једном до три пута месечно, „ретко" – ређе од једном месечно и „апстиненти" – мање од једанпут годишње или никада у животу.

ЦИЉ РАДА:

Циљеви истраживања су:

1. анализа ставова, перцепције ризика и последица у вези са употребом алкохола према социјалнодемографским карактеристикама,
2. израчунавање преваленце редовног и повременог узимања алкохола у испитиваном узорку,
3. идентификовање социјалнодемографских карактеристика испитаника, те фреквентности употребе алкохола и других психоактивних супстанци као могућих предиктора конзумирања алкохола.

МЕТОД РАДА

У овом раду анализирани су ставови, перцепције ризика и последица у вези са употребом алкохола становника Србије од 18 до 64 година старости, на основи података прикупљених у оквиру „Националног истраживања о стиловима живота становништва Србије 2014. године“, студије пресека, спроведене током јануара–марта 2014. године. У истраживању је учествовало 5.385 особа.

Истраживање о стиловима живота становника Србије прво је истраживање на националном нивоу, урађено у сарадњи са Европским мониторинг центром за дроге и зависности од дрога (EMCDDA), агенцијом Европске уније чији је задатак да обезбеди упоредиве и валидне податке о различитим аспектима злоупотребе дроге на националном нивоу. Спровео га је Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, уз подршку Твининг пројекта „Имплементација Стратегије за борбу против дрога (компоненте смањења понуде и потражње)”, који је финансиран из средстава Европске уније.

РЕЗУЛТАТИ

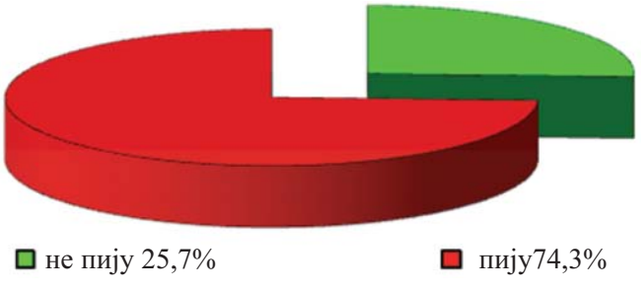
„Национално истраживање о стиловима живота становништва Србије 2014. године: коришћење психоактивних супстанци и игре на срећу” спроведено је у четири географско-економска подручја. Учествовало је 5.385 испитаника: 3.274 (60,8%) у руралним срединама и 2.111 (39,2%) у урбаним срединама.

Мушкараца је било 2.626 (48,8%), а жена 2.759 (51,2%). Највећи број испитаника, готово трећина, припадала је старосном интервалу од 25 до 34 године.

Међу испитаницима највећи број је оних са завршеним средњим образовањем. Проценат оних са завршеном вишом и високом школом и оних са основном школом приближно је исти.

Нешто више од половине испитаника живи са партнером у браку или ванбрачној заједници. Најмањи број испитаника су разведени или удовци – удовице (9,2%), док је сваки пети испитани неожењен – неудата.

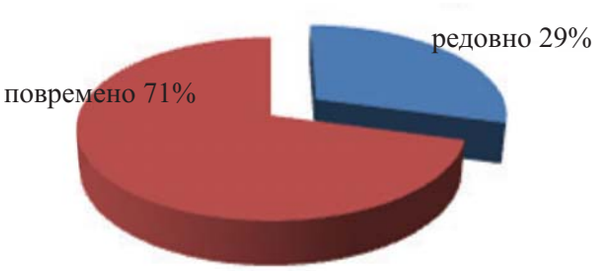
Од укупног броја испитаника у протеклих 12 месеци 1.376 не пије, а 3.980 пије.



Графикон број 1.
Конзумирање алкохола

Трећина испитаника пије једном до пет пута годишње, а сваки десети конзумира алкохол од три до шест пута недељно или свакодневно.

Од укупног броја испитаника који су се изјаснили да конзумирају алкохол 29,3% (1165) редовно пије, док 70,7% (2815) то чини повремено.



Графикон број 2.
Редовно и повремено пијење алкохола

Највећи број испитаника конзумира алкохол 1–5 пута годишње. Степен позитивне повезаности између учесталости конзумације и година старости је низак као и у односу на брачни статус.

Статистички знатна разлика постоји између свих социодемографских одлика у односу на редовно и повремено конзумирања алкохола, осим када је у питању место живљења. Редовно алкохол конзумира скоро половина мушкараца, незнатно већи проценат сеоског становништва, испитаници узраста 55–64 године, сваки трећи неожењени и испитаници са средњом школом. Повремено пију 3–4 жене, градско становништво и испитаници старосне доби од 18–24 године.

Од укупног броја оних који су се изјаснили да конзумирају алкохол више од 90% њих у протеклих 12 месеци није имало осећај кривице и не сматра да је њихова конзумација довела до неиспуњавања обавеза које се од њих очекују. Ипак 8,3% (330) испитаника дало је позитиван одговор на два или више питања о високоризичној употреби алкохола и може се сматрати да припадају категорији високоризичне употребе алкохола – RAPS.

Испитаници који припадају категорији високоризичне употребе алкохола много чешће конзумирају алкохол од испитаника који не припадају тој категорији .

Испитаници који припадају категорији високоризичне употребе алкохола наводе много већи број последица сопственог пијења од испитаника који не припадају тој категорији и обрнуто.

Категорији високоризичне употребе алкохола – RAPS припада сваки осми мушкарац (12,4%) и свака тридесета жена (3,3%), односно сваки десети (9,2%) испитаник узраста 25–34 године. Постоји статистички значајна разлика између социодемографских одлика испитаника и припадности, односно неприпадности групи високоризичне употребе алкохола.

Највећи број испитаника, 97,7%, током протеклих 12 месеци није никада заустављена или привела полиција због вожње у алкохолисаном стању или понашања у таквом стању. Пијењем једанпут сопственом здрављу је нашкодило 4,2% испитаника, док је 4,6% више пута имало утисак да је пијење било неповољно за њихове финансије.

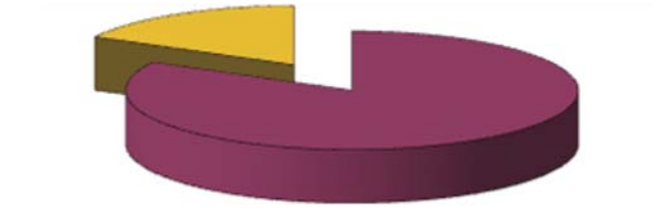
Последице сопственог пијења:

Због (сопственог) конзумирања алкохола ниједну последицу није имало 3.442 (85,9%) испитаника. Међутим, укупно 563 (14,1%) испитаника имало је последице пијења: 241 (6,0 %) једну последицу, а њих десеторо (0,2 %) свих седам последица: конзумирање ал-

кохола нашкодило је њиховом дому или браку, пријатељствима или друштвеном животу, здрављу, утицало штетно на посао или студије (изостајање са посла, из школе, недовољно добро обављање посла – обавеза на студијама, или чак губитак посла – избацивање из школе, факултета, неповољно утицало на финансије, потукли се док су пили или одмах након тога, заустављала их или привела полиција због вожње у алкохолисаном стању или понашања у таквом стању.

Последице туђег пијења:

Многи су доживели непријатности због конзумирања алкохола других: нису могли да заспе ноћу или су били ометани, били су вербално или физички нападнути, били су део озбиљне свађе, имали су осећај несигурности на јавном месту, укључујући и градски превоз, скретали су с пута којим су кренули како би избегли пијане особе или места на којима се оне окупљају, били су изложени непријатности док су особе под дејством алкохола повраћале, уринирале или се унередиле, доживели су неки проблем због пијаних особа у продавници где се продаје и алкохол или у ресторану – бару – пабу у којима се служи и алкохол, доживели саобраћајну незгоду због некога ко је био у алкохолисаном стању.

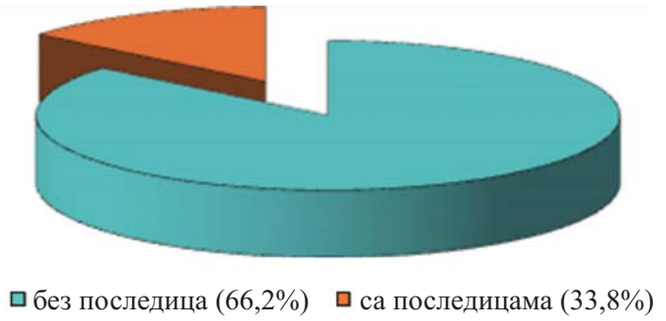


Графикон број 3.
Испитаници са последицама сопствене конзумације алкохола и без њих

Више од половине мушкараца доживело је бар једну последицу сопственог пијења. У готово истом проценту становници градова и села осетили су неку од последица пијења алкохола. Постоји статистички значајна разлика међу испитаницима без последица и са последицама сопственог конзумирања алкохола према социодемографским одликама.

Међу последицама сопственог узимања алкохола које су испитаници доживели доминира осећај неповољног утицаја на финансије 296 (7,4%): сваки осми мушкарац, сваки десети испитаник узраста 18–24 године, сваки девети неожењени испитаник и сваки дванаести са основним школским образовањем. На другом месту су последице на здравље 287 (7,2%), које је имао сваки девети мушкарац, сваки десети неожењени испитаник, сваки дванаести испитаник узраста 25–34 године и сваки тринаести испитаник из сеоске средине и средњошколским образовањем (табела број 4.3.4.). Затим следе последице на: дом 189 (4,7%), посао 140 (3,5%), пријатељство 130 (3,2%), учешће у тучи 111 (2,8%) и полицијско заустављање због вожње у алкохолисаном стању 92 (2,3%).

У протеклих 12 месеци 3.552 (66,2%) испитаника није имало ниједну последицу због туђе конзумације алкохола. Укупно 733 испитаника навело је једну последицу (13,7 %), а њих једанаесторо (0,2%) одговорило је да су имали свих девет последица туђе конзумације алкохола.



Графикон број 4.
Испитаници са последицама туђе конзумације алкохола и без њих

Скоро петина испитаника је као последицу туђе конзумације алкохола у протеклих 12 месеци доживела то да је скренула са сопственог пута како би избегла пијане особе или места на којима се окупљају. Такође, сваки десети испитаник због туђег пијења није могао да заспи ноћу, био је изложен непријатностима док су особе под дејством алкохола повраћале, уринирале или се унередиле, или су осетиле несигурност на јавном месту, укључујући и градски превоз.

У протеклих 12 месеци због туђе конзумације алкохола сваки десети мушкарац и свака седма жена нису могли да заспе ноћу или су били ометани у сну. Због истих разлога вербално је нападнут сваки осми мушкарац, а 5,3% њих и физички. У готово истом проценту су припадници оба пола били изложени непријатностима, док су особе под дејством алкохола повраћале, уринирале или се унередиле. Саобраћајну незгоду због туђег пијанства доживело је 1,4% мушкараца и 0,9% жена

Најстарији испитаници бројчано највише процењују постојање ризика од штетне употребе алкохола, жене више у односу на мушкарце, сеоско у односу на градско становништво, те разведени, односно удовице – удовци у односу на оне који живе са партнером у браку или ванбрачној заједници. Статистички велика разлика постоји између старосних доби, изузев између узраста 25–34 и 35–44 године, 25–34 и 45–54 године, те између испитаника различитих брачних статуса и нивоа образовања о процени ризика о штетности конзумирања алкохола. Испитаници који не конзумирају алкохол сматрају да је то знатно штетније за здравље од оних који пију.

Испитаници који су навели да конзумирају алкохол су у старосној групи од 18 до 24 године, имају средњи степен образовања, неожењени су или неудати и живе у граду. Статистички велика разлика постоји између свих социодемографских одлика, и у погледу постојања ризика код особа које су пробале кокаин, крек или екстази једанпут или двапут, односно које попију пет или више пића сваког викенда.

Испитаници у старосној групи 25–34 године имају два пута већу „шансу“ да пију алкохол од млађих испитаника. Неожењени испитаници 1,1 пут више пију

од испитаника који су у браку, односно ванбрачној заједници, а испитаници са високом и вишом стручном спремом два пута више пију од испитаника са средњошколским образовањем.

Испитаници процењују да највећи ризик носи редовно пушење марихуане или хашиша, а најмање пет или више пића током викенда. Испитаници који су проценили да пробање кокаина или крека не носи ризик за здравље имају 1,6 пута већу шансу да конзумирају алкохол.

ЗАКЉУЧАК

На основу добијених резултата могу се донети следећи закључци:

Сваки трећи испитаник, 1165 (29,3 %) пије редовно, док две трећине, 2815 (70,7 %) пију повремено.

Ризик од штетне употребе алкохола највише процењују најстарији испитаници, жене, сеоско становништво, те разведени, односно удовице – удовци.

Међу последицама сопственог узимања алкохола које су испитаници доживели доминира осећај неповољног утицаја на финансије. На другом месту су последице на здравље.

Због туђе конзумације алкохола сваки десети мушкарац и свака седма жена нису могли да заспе ноћу или су били ометани у сну. Вербално је нападнут сваки осми мушкарац, а сваки осамнаести и физички. У готово истом проценту су припадници оба пола били изложени непријатности, док су особе под дејством алкохола повраћале, уринирале или се унередиле. Саобраћајну незгоду због туђег пијанства доживело је 1,4% мушкараца и 0,9% жена

Предиктори и социодемографске одлике испитаника могу допринети конзумацији алкохола. Мушки пол, градска средина, млађа старосна доб испитаника и виши ниво образовања предиктори су конзумације алкохола.

Употреба алкохола прихватљива је међу становништвом и наилази на мање осуда у поређењу с употребом других психоактивних супстанци.

Литература

1. World Medical Association: Alcohol and Health, 2015. (цитирано 2015 фебруар 23) Доступно на URL: http://www.wma.net/en/20activities/30publichealth/60alcohol/
2. Републичка стручна комисија за израду и имплементацију водича добре клиничке праксе Министарства здравља Републике Србије: Национални водич добре клиничке праксе за дијагностиковање и лечење алкохолизма, Министарство здравља Републике Србије, Београд, 2013. година.
3. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут": Здравље становника Србије, аналитичка студија 1997–2007. Београд, 2008. година.
4. Global status report on alcohol and health – 2014 ed., WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2014. (цитирано 2015 март 25) Доступно на URL: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1
5. TNS Opinion & Social. EU citizens' attitudes towards alcohol. Special Eurobarometer 72.3. Brussels: European Commission; 2010.
6. Health at a Glance: Europe 2012: Determinants of Health: Alcohol consumption among adults, OECD library, 2012. (цитирано 2015 април 5) Доступно на URL: http://www.oecd-ilibrary.org/sites/9789264183896-en/02/06/index.html?itemId=/content/chapter/9789264183896-25-en
7. Centers for Disease Control and Prevention: Alcohol and Public Health, 2015. (цитирано 2015, април, 7) Доступно на URL: http://www.cdc.gov/alcohol/index.htm
8. Management of substance abuse, Country profiles 2014. Доступно на: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/srb.pdf?ua=1
9. Републички завод за статистику: Насилне смрти у Републици Србији 1997-2007, Београд, 2010. година.
10. Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization, WHO, 2015. (цитирано 2015 април 10) Доступно на URL:http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
11. Lise Alschuler, ND, FABNO: Optimal Longevity Hinges on Telomeres: Telomerase activity determines factors of overall health, Natural Medicine Journal, 2015. (цитирано 2015, април, 10) Доступно на URL: http://naturalmedicinejournal.com/journal/2013-06/optimal-longevity-hinges-telomeres
12. Ipsos Strategic Marketing: Истраживање здравља становника Републике Србије – 2013. година, Београд, 2014. година.
13. Национално истраживање о стиловима живота становништва Србије 2014. године: коришћење психоактивних супстанци и игре на срећу, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут", Београд, 2014. година.
14. Европско истраживање о употреби алкохола и других дрога међу младима у Србији 2008: извештај за Републику Србију, Министарство здравља Републике Србије, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут", 2009. година.
15. The 2011 ESPAD Report, Substance Use Among Students in 36 European Countries, Björn Hibell, Ulf Guttormsson, Salme Ahlström, Olga Balakireva, Thoroddur Bjarnason, Anna Kokkevi, Ludwig Kraus, 2011.
16. European Social Survey Education Net: Sampling with Probability Proportional to Size, (цитирано 2015, април, 11) Доступно на URL:http://essedunet.nsd.uib.no/cms/topics/weight/2/6.html
17. EMCDDA: Handbook for surveys on drug use among the general population, final report, 2002.
18. US National Library of medicine, National Institutes of Health: The Everyday Memory Questionnaire-revised: development of a 13-item scale, (цитирано 2015 април 15) доступно на URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17852284
19. The Executive Agency for Health and Consumers: Standardised Measurement of Alcohol Related Troubles: Smart Project, Luxembourg, 2011, (цитирано 2015 април 15) доступно на URL: http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/ev_20110301_co10_en.pdf
20. Cherpitel, C. J., Ye, Y., Bond, J., Borges, G., Cremonte, M., Marais, S., Poznyak, V., Sovinova, H., Moskalewicz, J. & Swiatkiewicz, G: Cross-national performance of the RAPS-4/RAPS4-QF for tolerance and heavy drinking: data from 13 countries. J Stud Alcohol, 66, 428-32, 2005
21. Peter Anderson, Lars Møller and GaudenGalea: Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policyapproaches, World Health Organization, 2012.
22. Министарство здравља Републике Србије: Истраживање здравља становника Републике Србије – 2006. година, финални извештај, Београд, 2007. година.
23. SLAN 2007: Survey of Lifestyle, Attitudes and Nutrition in Ireland. Alcohol use in Ireland: Aprofile of drinking patterns and alcohol-relatedharm from SLAN 2007, Royal College of Surgeons in Ireland, 2009. (цитирано 2015, април, 25) Доступно наURL: http://epubs.rcsi.ie/psycholrep/30/

super Collagen+C

u službi Vaše lepote

Kako bi se colagen apsorbovao i dao svoj maksimum mora se konzumirati zajedno sa vitaminom C.
Mi Vam nudimo formulu koja u jednoj tableti sadrži sve što je potrebno da ostanete lepi i spolja i iznutra.

Već nakon kratke upotrebe ovog preparata videćete benefite:

- Umanjuje bore i fine linije
- Poboljšava tonus kože
- Minimizira ožiljke i sitne nepravilnosti
- Minimizira pojavu hiperpigmentacije
- Hidrira kožu iznutra
- Zadužen je za održavanje tonusa kože i čini je blistavom
- Poboljšava rast kose čineći je gušćom i jačom
- Minimizira opadanje kose
- Utiče na rast noktiju
- Minimizira listanje noktiju i njihovo lomljenje
- Poboljšava varenje i rad digestivnog trakta, te se preporučuje kod specijalnih ishrana
- Utiče na smanjenje i pojavu celulita
- Jača i regeneriše kosti, mišiće, zglobove, tetive i ligamente

UPUTSTVO ZA UPOTREBU – TABLETE
2 x 2 tablete dnevno na prazan stomak (zbog max. apsorpcije). Za optimalan efekat uzeti ga 30 minuta pre jela. Da bi se povećala apsorpcija i ugradnja kolagena, smanjiti unošenje mleka ili drugih proteinskih napitaka jer mu smanjuju efekat. Može se koristiti sa vitaminskim preparatima.

100% PRIRODAN
Super Collagen + C 120 tableta

SASTAV
Vitamin C (sa calcium ascorbate), alanine, hydroxproline, Arginine, aspartic acid, cystine, glutamic acid, glycine, praline, threonine, valine, histidine, hydroxylysine, isoleucine, leucine, lysine, methionine, phenylalanine, serine i tyrosine.

Zaustavite starenje i opadanje kose, jedini collagen sa vitaminom C na tržištu.Obnavlja kožu, nokte, jaca kosu i zaustavlja njeno opadanje. Osecajte se mladje i zdravije uz super Collagen+C. Super Collagen + C možete kupiti u svim bolje snabdevenim apotekama i u našim maloprodajnim objektima za više informacija posetite:
www.aleksandarmn.com
tel: 011/7838-010; 011/7838-054; e-mail: info@aleksandarmn.com

NOVO

Više lepog uz Royal Jelly

Matična mleč je izvanredan koncentrat biološki aktivnih sastojaka, bitnih za pravilno funkcionisanje organizma. Matična mleč jača vitalnost i otpornost organizma, ubrzava oporavak, poboljšava funkcionalne sposobnosti i usporava starenje. Preporučuje se preventivno u stresnim situacijama i pri velikim psihofizičkim naporima.

ROYAL SUPERIOR® Jelly (matična mleč 2000 mg) se preporučuje u bilo koje doba godine, naročito kod osoba izloženih velikim fizičkim naporima, osobama sa oslabljenim imunitetom i osobama sa smanjenim libidom.

ROYAL SPORT® Jelly (matična mleč 1000 mg i L – karnitin) je namenjen osobama koje žele poboljšati svoju fizičku spremnost i izdržljivost (profesionalni i rekreativni sportisti) ili održati odgovarajuću telesnu težinu.

ROYAL ReVITA® Jelly (matična mleč 1000 mg i žen-šen) kombinacija matične mleči i žen-šena, specijalno dizajnirana za situacije svakodnevne fizičke i psihičke iscrpljenosti izazvane brzim načinom života.

ROYAL KINDER® Jelly (matična mleč 500 mg) je dodatak ishrani namenjen deci starijoj od tri godine. Može se primenjivati u svako doba godine, a posebno se preporučuje tokom smene godišnjih doba i u periodu čestih prehlada, kod gubitka apetita i telesne težine, fizičkog i psihičkog zamora, stanja anemije, tokom školske godine i pojačanog stresa pred provere znanja učenika.

royal-jelly.ba

BOSNALIJEK