

ФТ

ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЈА

Година 28

YU ISSN 0354-706x

број 2

Јануар 1996.

Цена 10 дина.

ЧАСОПИС ЗА ФИЗИОТЕРАПЕУТЕ И РАДНЕ ТЕРАПЕУТЕ

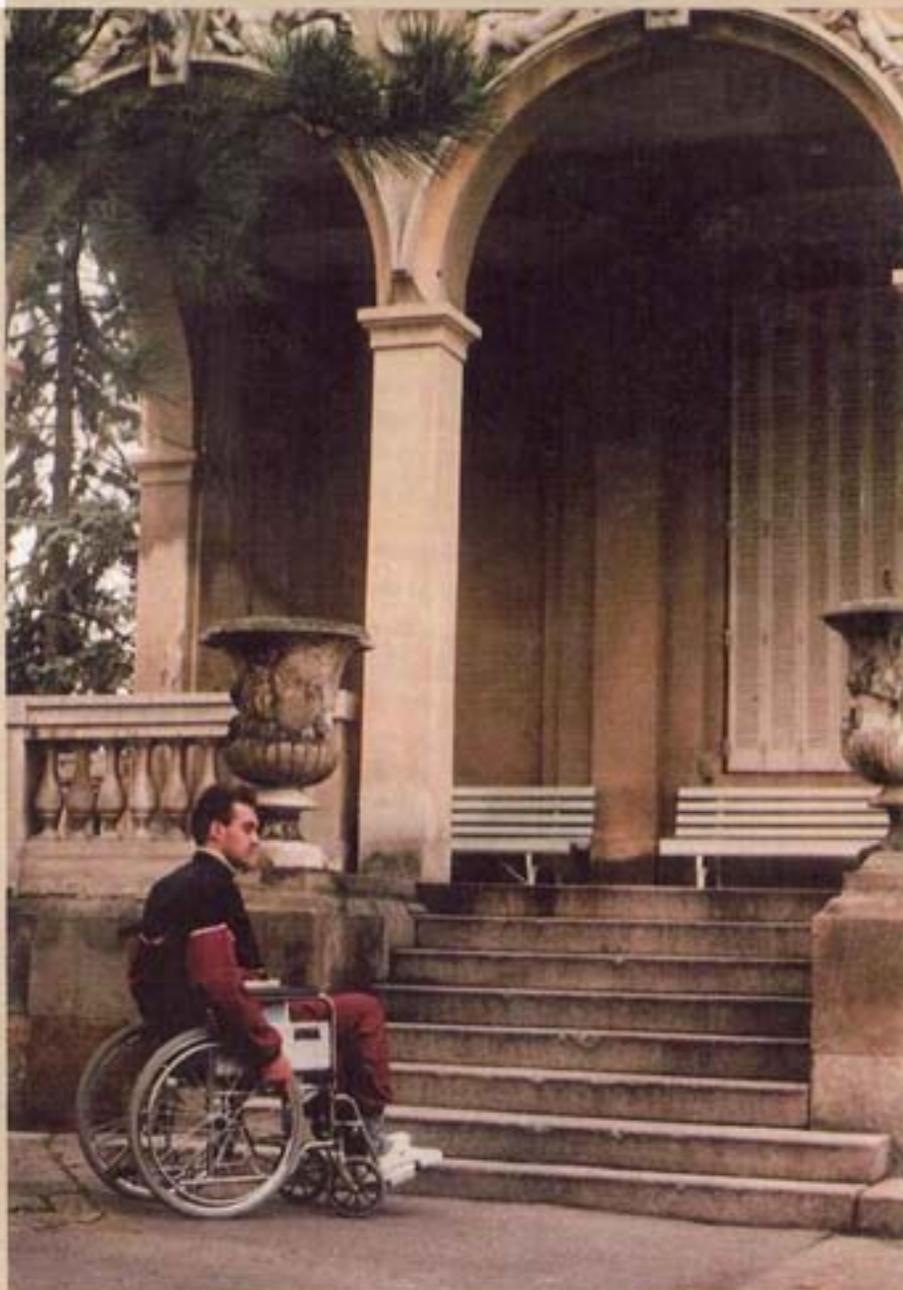
□ **ЕЛЕКТРОСТИМУЛАЦИЈА
ДЕБЕЛОГ ЦРЕВА ПРИМЕНОМ
ЕКСПОНЕНЦИЈАЛНИХ
И ИНТЕРФЕРЕНТНИХ СТРУЈА**
С. ЦОНИЋ

□ **ЗНАЧАЈ РАНЕ ПРИМЕНЕ
КИНЕЗИТЕРАПИЈЕ КОД
ПОСТТРАУМАТСКИХ СТАЊА**
М. АНТОНИЋ, Р. МАРИЋ, А. НИКОЛИЋ

□ **СПЕЦИФИЧНОСТИ
АНГАЖОВАЊА ПОЈЕДИНИХ
МИШИЋА У АКТУ ДИСАЊА
КОД ДЕЦЕ СА РЕСПИРАТОРНИМ
СМЕТЊАМА**
М. МИЛОЈЕВИЋ, Р. МАРИЋ, С. ВУЧУРЕВИЋ

□ **ИСКУСТВА У ЛЕЧЕЊУ
ULCUS CRURIS-а
И ДЕКУБИТАЛНИХ РАНА**
А. ФИЛИПОВИЋ, Л. ГРБИЋ

□ **АДАПТАЦИЈЕ У КУЋИ КОД
ПАЦИЈЕНАТА СА ЛЕЗИЈАМА
КИЧМЕНЕ МОЖДИНЕ**
М. УМИЋЕВИЋ, Б. СЕНИЧИЋ



**РЕХАБИЛИТАЦИЈА
СПРОВОЂЕНА У ДРУШТВЕНОЈ
ЗАЈЕДНИЦИ ЗА И СА
ИНВАЛИДНИМ ОСОБАМА**

Позив и упућивање сарадницима

Часопис **ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЈА** је (као што је у заглављу наведено) намењен првенствено физиотерапеутима и радним терапеутима, али не крије амбицију да привуче интересовање свих стручњака из области физикалне медицине и рехабилитације, и традиционих области, као и здравствених установа, медицинских центара, приватних клиника и центара за рехабилитацију, произвођача опреме и помагала за инвалиде а, надамо се, и заинтересованих пацијената.

Позивамо читаоце да буду сарадници и да шаљу што више прилога да се укључе у обликовање лика часописа.

Очекујући сараднике са различитим искуством овде дајемо минималне услове за техничку обраду прилога, преузимајући обавезу да наше техничко уредништво у сарадњи са главним уредником, и рецензијом, а у договору са аутором, уобличи прилоге (који буду прихваћени за објављивање) по временним стандардима не нарушавајући идеју аутора.

Све прилоге редакција ће сарисати у једну од следећих група.

1. Оригинални научни радови у виду својштва о истраживању које мора бити тако обрађено и изложено да се могу поновити и проверити. Прикази и критичке мајсторских и докторских радова, радова младих истраживача и дипломата.

Овде се очекује да аутори познају методологију интерпретације резултата истраживања.

Биће нам часно да нам се понуде они радови ради чега ће им бити даи најбољи шрстван у приказу.

2. Стручни радови физиотерапеута и радних терапеута из праксе који показују досијелна и искуства у примени познатих, проверених, а и нових техника и метода.

3. Стручни радови масажиста и специјалиста који приказују технике и методе и који помажу едукацији терапеута и студента.

4. Преводи чланака из страних часописа који приказују ново и досијелна истраже у иностранству.

5. Референте и прикази усвојених установа и личности из струке који подижу знања физикалне медицине и рехабилитације.

6. Излози књижа: прикази, препоруке и информисање о издашним књигама и публикацијама из области физикалне терапије и терапије радом.

Чланке највише стандардним Српским језиком уз употребу прихваћене терминологије струке, кориснећи законске јединице мера. Нека буду јасни и разумљиви просечном читаоцу.

Рукописе достављавајте штампане исаћам машином.

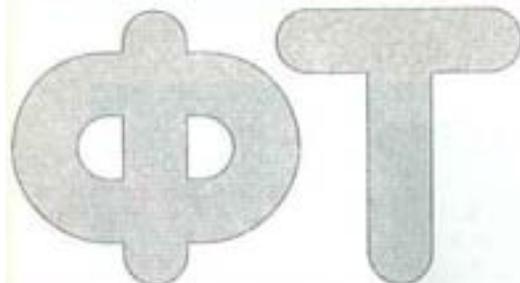
Бићемо обрадовани ако радове достављајте на компјутерској дискеи, што нарочито олакшава рад у припреми.

Подсећамо да имате обавезу да у чланку наведете изворе које сје корисили пошљујући морална права аутора.

За научне радове треба доставити резиме на српском језику и на српском језику.

Не устручавајте се да сарађујете. Ако волите своју струку и ако живите од тог занимања изађите из анонимности, од тога ће имати користи и струка и Ви.

Нека је са срећом
редакција ФТ



ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЈА

YU ISSN 0354-706x

Година 28

број 2

Јануар 1996.

ЦЕНА 10 ДИН.

ЧАСОПИС ЗА ФИЗИОТЕРАПЕУТЕ И РАДНЕ ТЕРАПЕУТЕ

С А Д Р Ж А Ј :

ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЈА

Часопис за физиотерапеуте
и радне терапеуте
Основа септембра 1995. год.
Издање шестомесечно

Часопис (ФТ)
ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЈА
уписан је у рејскалар
средствима јавног информисања
YU ISSN 0354-706x

Оснивач и одговорни уредник:
Нада Сенић

Заменик одговорног уредника:
Милена Бојовић

Редакција:
Јасмина Стојановић,
Вера Илићковић,
Драгица Филиповић,
Милена Бојовић,
Живана Алексић,
Слабомир Братковић и
Снежана Силићковић

Адреса редакције:
Булевар Лазара 166,
11070 Нови Београд,
тел/факс. 011-698-906

Производња:
ДРАГО доо
Жиро рачун: 40815-601-2-53851

Директор:
Горан Сивачевић

Компјутерска дизајн:
Дада, Београд

Штампа:
ГП "Космос" Са. Саве 14-16
Београд

Рукописи се не враћају

РЕХАБИЛИТАЦИЈА СПРОВОЂЕНА У ДРУШТВЕНОЈ
ЗАЈЕДНИЦИ ЗА И СА ИНВАЛИДНИМ ОСОБАМА

ПРАКСА - ТЕХНИКЕ 10

ЕЛЕКТРОСТИМУЛАЦИЈА ДЕБЕЛОГ ЦРЕВА ПРИМЕНОМ
ЕКСПОНЕНЦИЈАЛНИХ И ИНТЕРФЕРЕНТНИХ СТРУЈА
С. ЦОНИЋ

ЗНАЧАЈ РАНЕ ПРИМЕНЕ КИНЕЗИТЕРАПИЈЕ КОД
ПОСТТРАУМАТСКИХ СТАЊА
М. АНТОНИЋ, Р. МАРИЋ, А. НИКОЛИЋ 13

СПЕЦИФИЧНОСТИ АНГАЖОВАЊА ПОЈЕДИНИХ
МИШИЋА У АКТУ ДИСАЊА КОД ДЕЦЕ СА
РЕСТРАТОРИЈАМ СМЕТЊАМА
М. МИЛОЈЕВИЋ, Р. МАРИЋ, С. ВУЧУРЕВИЋ 15

ПОМОЋ ДИСАЊУ И ИСКАШЉАВАЊУ
Е. PFLÜGER 18

ИСКУСТВА У ЛЕЧЕЊУ ULCUS CRURIS-а И
ДЕКУБИТАЛНИХ РАНА
А. ФИЛИПОВИЋ, Ј. ГРЕБИЋ 22

АДАПТАЦИЈЕ У КУЋИ КОД ПАЦИЈЕНАТА СА ЛЕЗИЈАМА
КРЧМЕНЕ МОЈДИНЕ
М. УМИЋЕВИЋ, Б. СЕНИЋИЋ 24

РУКОВАЊЕ КОЛИЦИМА 27

РАДОВИ СТУДЕНАТА 30

ПАСИВНА МОБИЛИЗАЦИЈА ЗГЛОБА КУКА - ТЕХНИКЕ
М. ДРЕШЕВИЋ 30

ПИСМА РЕДАКЦИЈИ 33

ИНФОРМАЦИЈЕ 33

ЧЕТАЉИ СМО ЗА НАС 38



Насловна страна:

Говори се о десетопроцентној онемогућености човечанства. То свакако алармира на далеко већу ангажованост људи који се баве рехабилитацијом, почев од мењања филозофских ставова, до измена у организацији службе, у образовању кадрова и проширивању круга обучених. Служба рехабилитације треба да буде усмерена на примарну здравствену заштиту, на месну заједницу, радну организацију, кућно лечење. Немамо право градити свет по мери здравих. Морамо мењати навике и гледишта, законски регулисати неке ставове, школовање, професионално оспособљавање, запошљавање инвалида, нормативе у вези архитектонских баријера и сл. У десетопроцентној онемогућености човечанства постоји огроман потенцијал вредности, које треба искористити. Разлози су више-струки и врло исплативи.

Слика: Снежана Силићковић



Уз други број

Специјализовани часопис намењен привремено физиотерапевтима и радним терапеутима је пред Вама.

Потреба за њим, чини се, одавно постоји и сваки дан је све већа. Ове професије делокрутно ради значајно учествују у скоро свим медицинским специјалностима и субспецијалностима, у превентиви од рођења до дубоке старости и у великом броју делатности где постоји потреба за очувањем и побољшањем здравља и квалитета живота.

Ценећи да постоји довољно интересовање и да ће продаја покрити трошкове издавања усудили смо се да покренемо овај часопис.

Часопис има намеру:

- да стручним ставовима сарадника, јавно изложеним на критику, допринесе усклађивању методологија рада, усавршавању процена и техника, поступака и метода из свих стручних области у којима делују физиотерапеути и радни терапеути.
- да прати и обавештава о новинама у струци, презентацијом савремених метода, техника, и научних достигнућа,
- да извештава о стручним искуствима у раду, примени и корелацији метода, размени искустава, сучељавању ставова и сл.
- да прати иколоваче на свим нивоима у смислу анализе стања и потребе усклађивања наставних програма захтевима струке,
- да информисе о питањима од заједничког интереса, о сталским питањима, о раду Друштва физиотерапеута и радних терапеута Југославије, Србије и Црне Горе, о стручним семинарима и календару стручних активности, о новим издањима књига из струке и граничних области (у виду приказа), о стручним часописима (уз превод изабраних чланака), о Вама, о Вашој установи, о месту и улози физиотерапеута и радног терапеута у њој.

Наше жеље нису мале, а ни неorealне. Остваримо их заједно.

Бићемо отворени за све са којима сарађујемо, и за студенте, и за пацијенте, у виду прилога, интервјуа, сугестија, предлога и идеја.

Желимо да budete сарадници. Желимо да сами уређујете један од бројева.

Желимо да нас читате. Захваљујемо унапред на сарадњи и разумевању.

С поштовањем

Ната Семић

РЕХАБИЛИТАЦИЈА СПРОВОЂЕНА У ДРУШТВЕНОЈ ЗАЈЕДНИЦИ ЗА И СА ИНВАЛИДНИМ ОСОБАМА

(Ванштитутујски програми рехабилитације)

Заједнички стратешки документ
МЕЂУНАРОДНЕ ОРГАНИЗАЦИЈЕ
ЗА РАД (ILO)

ОРГАНИЗАЦИЈЕ УЈЕДИЊЕНИХ
НАЦИЈА ЗА ОБРАЗОВАЊЕ НАУКУ
И КУЛТУРУ (UNESCO) СВЕТСКЕ
ЗАДРАВСТВЕНЕ ОРГАНИЗАЦИЈЕ (WHO)

1994 године

Током прошле године састали су се представници надлежних Служби ILO-а, UNESCO-а и WHO да би разговарали о концепту програма рехабилитације спровођене у друштвеној средини, у циљу размене информација стечених на искуству током разраде овог програма, као и ради усаглашавања заједничког прилаза у циљу унапређења рада и убрзавања мулти-секторске координације и сарадње при имплементацији овог Концепта.

Сврха овог стратешког документа је да пружи потребна објашњења законодавцима, као и руководиоцима овог програма, како би се разјаснили циљеви рада и методе за имплементацију истог. На том се састанку такође разговарало и о користи и оправданости спровођења оваквог програма.

Са надом се очекује да ће овај стратешки документ потстаћи владине и невладине организације да изврше процену свега онога што је урађено у оквиру овог програма или неког сличног концепта, како би се дошло до његовог усвајања од стране оних који се баве инвалидском заштитом и програмима намењених инвалидним особама, а што би у крајњој линији водило инкорпорирању овог програма у целовите друштвене програме извођене у друштвеној заједници.

Службе три наведене организације посебно желе да унапреде сарадњу здравствених, образовних и социјалних служби, као и одговарајућих служби за рад и запослење.

Акцент се посебно ставља на побољшање сарадње запослених у области рехабилитације, организација и служби инвалидне заштите, као и организација / удружења инвалидних особа.



Ценећи време у којем живимо Редакција се одлучила да упозна читаоце са заједничким стратешким документом Међународне организације за рад (ILO), Светске здравствене организације (WHO) и UNESCO-а, а односи се на нове и иновативне облике рада у служби рехабилитације. Ови програми, започети пре скоро две деценије у земљама у развоју, добили су задњих година ширу популаризацију и право грађанства и у високо развијеним земљама у свету. Искрено се надамо да ће овај стратешки документ три међународне организације наићи на интересовање ширих стручних кругова и да ће бити од користи у даљем развоју службе рехабилитације у нашој земљи.

Захваљујемо се проф. др. Бошку Зотовићу, који нам је уступио материјал за објављивање.

ЦИЉЕВИ РЕХАБИЛИТАЦИЈЕ СПРОВОЂЕНЕ У ДРУШТВЕНОЈ СРЕДИНИ

Главни циљ овог програма је да осигура инвалидним особама да у највећем могућем степену побољшају своје физичке и менталне способности, да им се обезбеди приступ и укључивање у редовне друштвене и јавне службе, уз задовољење свих њихових потреба, како би на тај начин постигли пуну социјалну интеграцију, у оквиру својих средина и заједнице у целини.

Овако постављен циљ користи шири концепт рехабилитације, концепт који подразумева и укључује изједначавање могућности и интеграцију на нивоу животне средине и читавог друштва.

Овај циљ користи шири концепт рехабилитације који полази од неопходности да се инвалидним особама обезбеди равноправне могућности и пуна интеграција са својим неинвалидним суграђанима. По својој свеобухватности, овај програм представља комплексан приступ инвалидним особама који обухвата превенцију инвалидности, укључивање рехабилитације у програме основне здравствене заштите, као и интеграцију инвалидне деце у отворене образовне / школске системе, као и стварање услова за смисаоне економске активности одраслих инвалидних особа.

Као компонента социјалне политике овај програм се залаже за унапређење права људи са инвалидношћу да живе у оквиру својих друштвених заједница, да имају иста права у погледу здравствене и социјалне заштите и да равноправно суделују у образовним, друштвеним, културним, религиозним, економским и политичким активностима.

Овај програм захтева од влада да пренесу одговорност и неопходне ресурсе на друштвене заједнице, како би оне биле у стању да обезбеде основу за спровођење оваквих програма рехабилитације.

Овај програм је подесан, како за индустријски развијене земље, тако и за земље у развоју. Методи који служе за имплементацију овог програма су применљиви у сваком друштвеном миљеу. Међутим, детаљи и методе примене самог концепта, као и расположиви ресурси у сваком случају ће варирати од земље до земље.

Доле изложена дефиниција представља есенцијалне елементе рехабилитације засноване на нивоу друштвене заједнице.

РЕХАБИЛИТАЦИЈА СПРОВОЂЕНА У ДРУШТВЕНОЈ ЗАЈЕДНИЦИ ЈЕ СТРАТЕГИЈА У ОКВИРУ РАЗВОЈНИХ ПРОГРАМА ТЕ СРЕДИНЕ ДА БИ СЕ СТВОРИЛИ УСЛОВИ ЗА РЕХАБИЛИТАЦИЈУ, ЗА РАВНОПРАВНОСТ МОГУЋНОСТИ И ЗА ДРУШТВЕНУ ИНТЕГРАЦИЈУ ИНВАЛИДНИХ ОСОБА. КОНЦЕПТ / ПРОГРАМ СЕ ИМПЛЕМЕНТИРА И СПРОВОДИ ПУТЕМ ЗАЈЕДНИЧКИХ НАПОРА САМИХ ИНВАЛИДНИХ ОСОБА, ЊИХОВИХ ПОРОДИЦА И СРЕДИНА У КОЈИМА ОНЕ ЖИВЕ, КАО И ОДГОВАРАЈУЋИХ ЗДРАВСТВЕНИХ, ОБРАЗОВНИХ, ПРОФЕСИОНАЛНИХ И СОЦИЈАЛНИХ СЛУЖБИ.

МЕТОДИ ЗА ПРИМЕНУ ПРОГРАМА

Овај програм треба пре свега сагледати као програм који припада друштвеној средини, и то у облику како је представљен од стране локалне владе или локалних служби. Он треба да се схвати као компонента социјалне, образовне и здравствене политике на свим нивоима, али нарочито на нивоу, који је најдецентрализованiji сектор државне управе.

У националном погледу, овај програм је део свеобухватне националне политике у односу на инвалидне особе свих старосних група. У односу на регионални, средњи или општински ниво, овај програм треба да је подржан службама за праћење и упућивање са вишег нивоа, као и преношењем стручног знања са националног нивоа на ниво друштвених заједница.

На нивоу локалних комуна, као уже територијалне заједнице, политика интеграције се спроводи под контролом те заједнице, која је у „поседу“ овог програма и која има главну и водећу улогу у оспособљавању инвалидних особа, као и рада са њиховим породицама.

Отуда постојање свеобухватних метода за развој овог програма укључује формулацију и имплементацију овог програма, као и подстицај и подршку самих друштвених заједница да преузму одговорност за рехабилитацију својих инвалидних суграђана. Методи примене овог програма, исто тако предвиђају јачање служби које уз надлежне за медицинску, образовну и професионалну рехабилитацију на локалним нивоима, као и њихову координацију са тим истим службама на националном нивоу. Овде такође спада и развој рехабилитационог менаџмента, као и редовних проце-

на ефикасности читавог овако концептираног система рехабилитације. Учешће инвалидних особа и њихових организација у овако концептираном раду, од изузетног је значаја.

Формулација националне политике у смислу давања подршке оваквим програмима може да потекне са стране, као што је рецимо, Препорука Светског Програма активности за инвалидне особе, који је припремљен од стране Уједињених Нација за време Декаде инвалидних особа.

Ова иницијатива може да потекне исто тако и из притисака унутар земље, у смислу инсистирања на пример, организације инвалидних особа, као и од представника служби које су надлежне за рехабилитацију или пак, то може да буде комбинована иницијатива више ових чинилаца.

Када се формира овакав програм рехабилитације у друштвеној заједници и када је он озаконен и на националном нивоу, требало би да му се подреде и да се са њим ускладе сви програмски приоритети и све надлежне службе на свим нивоима делатности.

Често су ови програми на нивоу друштвене заједнице спровођени на иницијативу министарства, комисија или организација надлежних за службу рехабилитације.

Код таквих иницијативних дискусија од стране представника ван друштвене заједнице, одлучујућу реч ипак треба да има сама та заједница. Наиме, друштвена заједница треба сама да искаже спремност да укључи програме рехабилитације у своје постојеће друштвене делатности.

Различити партнери, као што су комитети за развој или организације инвалидних особа и друге невладине организације на нивоу друштвене заједнице треба да буду стимулисани и оснажени да би могли да преузму одговорност за спровођење оваквог програма.

Пошто се друштвена заједница определи да иницира овакав програм рехабилитације, руководство овог програма треба да обезбеди неопходну помоћ и подршку одговарајућих служби, њихову стручну и друштвену сензибилност, као и да обави све припремне радње ради мобилисања читавог јавног и стручног миљеа на територији друштвене заједнице.

Важно је да се подвуче неопходност темељне и корените припреме на свим нивоима, како би програм почео несметано да се одвија.

Концепт рехабилитације засноване на нивоу друштвене заједнице мо-

же да испуни услове за потpуну смислену интеграцију свих инвалидних особа, као што, уосталом, може да буде и лимитиран у неким својим деловима. Ово, пре свега, зависи од степена нагажваности служби друштвене заједнице и начина коришћења њених ресурса, као и подршке владиних и невладиних организација овом програму.

Градске или општинске власти једне индустријски развијене државе или земље располажу различитим ресурсима и финансијским средствима који не постоје у руралним срединама, као што су земље у развоју, мада и једне и друге треба да се обавезу да помажу својим инвалидним члановима.

Обе наведене средине, мада у различитим степенима, биће зависне од пратећих служби и установа са виших нивоа власти. Овде се, пре свега подразумева помоћ и подршка службама територијалних заједница, како би оне могле да се активно ангажују у програмима рехабилитације на својим локалним нивоима. Међутим, овде спада и непосредно пружање помоћи инвалидним особама у смислу третмана, образовања или опреме које, иначе, инвалидне особе не могу да добију на територији заједнице где оне живе.

ПОДРШКА И ПОМОЋ ЧЛАНОВИМА ДРУШТВЕНЕ ЗАЈЕДНИЦЕ

Програми рехабилитације на нивоу друштвене заједнице захтевају иницијалну подршку од управе и руководства програма у погледу трансфера знања и вештина које чланови такве заједнице треба да поседују како би спровели рехабилитационе активности, као и даљу подршку у смислу оспособљавања кадрова служби праћења.

Учитель који у свом разреду има слепо дете; здравствени радник из области примарне здравствене заштите од кога се очекује да помогне детету са парализованим ногама да прохода; механичар који се пита да ли млад човек који не чује, уопште може да се оспособи за механичара; традиционални исцелитељ, који не може да третира и лечи неobiчно „чудно“ понашање детета; председник општине или градоначелник, који жели да планира градску или општинску већницу, без архитектонске баријера - сви ови чланови такве заједнице, захтевају одређена знања о инвалидности, као и усмеравање како и на који начин да помогну разним инвалидним особама.



Да би се реализовао циљ оваквог програма рехабилитације, саме друштвене заједнице морају да јачају своје способности за помоћ људима са инвалидношћу као и њиховим породицама. То је заправо та основна одговорност власти и руководства таквих програма, као и особља које спроводи ову врсту рехабилитације. Заједничким снагама свих њих потребно је обезбедити услове да друштвена заједница, инвалидна лица и њихове породице добију потребне информације, које се односе на разне аспекте инвалидних стања.

Овај трансфер информација мора да обухвати знања и вешине које су неопходне да би се помогло инвалидним особама да развију своје способности и потенцијале. Информација мора да је једноставна и илдасве практична, али свеобухватна.

Таква информација треба да обухвати релевантне чињенице у вези начина живота и живљења са инвалидношћу, као што је развој детета, активности дневног живота, школовање, професионално оспособљавање и рад; она исто тако треба да обухвати и смернице како идентификовати и користити ресурсе унутар и изван територијалне заједнице.

Те информације треба да буду чињеничне; оне треба да стимулишу позитивне реакције; треба да креирају свест и мотивацију ка променама и мењању навика уопште, ка предрасудама и понашањима људи; оне треба да се залажу и да подстичу позитивне културне и етичке вредности.

Припрема и дисеминација/ширење информативног материјала захтева мулти-дисциплинарне напоре свих релевантних владиних

министарстава и служби, као и агенција и организација, нарочито организација инвалидних особа. Заједничко креирање таквих материјала повећава њихов кредибилитет, вероватноћу, веродостојност и ефикасност.

ОДГОВАРАЈУЋЕ СЛУЖБЕ ЗА ИНВАЛИДНЕ ОСОБЕ

Друштвена заједница је у стању да се бави широким дијапазоном рехабилитационих процеса, међутим, постоје ситуације када се од те заједнице не може очекивати да поседује стручност, искуство и знања за обављање одређених задатака.

Тако, на пример, извршилац програма рехабилитације на нивоу друштвене заједнице не уме и није у стању да изврши корекцију деформисане ноге, нити је у стању да одлучи када ће дете које је било подвргнуто некој хируршкој интервенцији због корекције деформације почети да хода. Дакле, потребна је одговарајућа служба по питању хируршких захвата, али је такође потребна и служба за праћење таквог детета, за пружање савета детету и његовој породици као и извршиоцу оваког програм рехабилитације инвалидних особа.

Нека деца ометена у развоју, као и одрасла инвалидна лица, могу да имају специфичне потребе у погледу образовања или овалдавања посебним радним вештинама и знањима које није могуће обезбедити или добити на нивоу друштвене заједнице.

У том случају, те особе треба да добију високо-стручне процене евалуације, као и интервенције од стране специјалиста изван територије друштвене заједнице, тј. у специјализованим установама за рехабилитацију.

Зато је веома важно, због кредибилитета и веродостојности овим програмима рехабилитације да инвалидне особе са територије шире друштвене заједнице имају приступ специјализованим службама и установама, за рехабилитацију, образовање и рашу обуку.

Повезаност са одговарајућим центрима, могућност одласка у друге институције и повратак у своју животну средину, као и уопште сарадња друштвених заједница, различитих центара и институција исто је толико важна за ове програме рехабилитације инвалида, као што су важне и саме активности које се спроводе искључиво на нивоу територијалне заједнице.

Одговарајуће службе које обезбеђују сектори за социјална питања, здравство, образовање и рад, треба уско да сарађују у пружању помоћи и подршке територијалној заједници, као и да учествују у одбиру одговарајућих специјализованих служби са територије заједнице. Није, наиме, довољно да свака од ових служби има добар систем комуникације са неком територијалном заједницом, већ је далеко значајније да различити сектори деловања такође успоставе уску сарадњу између себе.

ОПРАВДАНОСТ ПРОГРАМА РЕХАБИЛИТАЦИЈЕ ИНВАЛИДНИХ ОСОБА НА НИВОУ ДРУШТВЕНЕ ЗАЈЕДНИЦЕ

Овакав програм ће бити оправдан ако постоји усаглашеност 3 фактора: јасно изражена и дефинисана потреба, реакција из саме друштвене средине којом се индикује спремност излажења у сусрет тој потреби, као и расположивост помоћи и подршке изван те територије.

Ако недостаје један од ових фактора, програм рехабилитације инвалидних на нивоу локалне заједнице нећ успети.

Не би требало очекивати ангажовање локалне заједнице без доброг познавања локалних потреба, као што не би требало ни пружати помоћ и подршку територијалној заједници, све док она сама није вољна и спремна да се суочи са и да сама жели да изађе у сусрет потребама инвалидних особа.

АРТИКУЛИСАЊЕ ПОТРЕБА

Ефикасна и добра власт ће увек истраживати шта је потреба људи са инвалидитетом, њихових породица, као и друштвених заједница у којима те особе живе.

Надлежни за спровођење ових програма рехабилитације инвалидних особа на територији друштвене заједнице ће омогућити свакој заједници да сама одреди своје приоритете у односу на рехабилитацију и друштвену интеграцију инвалидних особа. Инвалиди и њихове породице морају при томе и сами да учествују у процесу идентификације приоритета за ове програме рехабилитације инвалидних особа на територији где те инвалидне особе живе.

Ако такав програм не идентификује стварне потребе инвалидних особа, онда тај и такав програм не

може бити ефикасан. Међутим, они који су изван територије друштвене заједнице могу такође да укажу на мере које треба предузети у вези са правима инвалидних лица, а која можда нису била идентификована у оквирима те заједнице, мада су се могла реално сагледати.

РЕАГОВАЊЕ ДРУШТВЕНЕ ЗАЈЕДНИЦЕ

Да би се обезбедило да заједница реагује на уочене потребе инвалидних особа на нивоу локалне заједнице, потребно је да се постигну договори са руководиоцима те заједнице, како би они сами одлучили о евентуалним активностима које ће предузети. Све ово треба радити уз консултације и договоре са инвалидним лицима, њиховим породицама и организацијама инвалидних особа.

Аргументи засновани на чисто техничким разматрањима вероватно неће импресионирати нити оставити неки дубљи утисак на представнике власти неке територијалне друштвене заједнице.

Прилаз који има највише вероватноће да успе представља заједничко истраживање и заједнички рад, у циљу добијања најбољег могућег одговора у оквиру постојећих ограничења, тако да завршну реч и финални закључак има ипак територијална заједница и њено руководство.

Рехабилитациони програм који није схваћен од стране друштвене заједнице као њена сопствена делатност контрадикторан је, па и контрапродуктиван у односу на описану концепцију рада.

КОРИСНОСТ ПОДРШКЕ ОВИМ ПРОГРАМИМА

Ако постоји владина политика, која унапређује и промовише напоре заједнице за добробит и у корист инвалидних лица, такав став и оријентација могу да допринесу спремности територијалних заједница да и саме учествују у спровођењу ових програма.

Друштвена заједница може веома лако и брзо да дође до сазнања, да ли је њено ангажовање промовисано на вишем националном нивоу, јер ће се искрено и озбиљно залагање владе рефлектовати у виду разних облика помоћи и подршке таквим локалним територијалним заједницама.

Одсуство једног од три наведена фактора ће, без сумње, резултирати

програмом који није оправдан и сприсходан. Међутим, чак иако постоје сва три фактора, могу да постоје други разлози који слабе програм рехабилитације на нивоу друштвене заједнице, или пак спречавају његову имплементацију или извршење.

Неки изолован пројекат рехабилитације инвалидних особа на нивоу друштвене заједнице, који није повезан са политиком или програмом владе, односно државе има мало могућности да успе. Понекад нека организација у својој ревности и одушевљењу да промовише овакав програм рехабилитације на нивоу локалне заједнице, обезбеђује велику спољњу помоћ и подршку таквом програму, који иначе није повезан са владином политиком и приоритетима владе. У оваквом случају може да постоји уочена потреба, као и спремност друштвене заједнице да спроведе овакав програм због екстерне подршке и помоћи. Међутим, постепено смањење такве спољне подршке и помоћи, условљаваће постепено смањење, па на крају и замирање оваквог програма.

Друга слабост програма рехабилитације инвалидних особа на нивоу друштвене средине може да проистекне из помањкава стручних радника и сарадника на нивоу такве средине.

Један аспект подршке и помоћи таквим срединама огледа се у сопославању одобраних стручних и јавних радника у тој средини, који ће радити са инвалидним особама и њиховим породицама. Ово значи да такав радник / активиста програма рехабилитације инвалида на нивоу основне заједнице може да буде члан који иначе учествује у неком другом програму, али сада преузима додатне одговорности за спровођење рехабилитационе активности.

Понекад је у питању активиста који ради искључиво на спровођењу програма рехабилитације инвалидних особа на територији сопствене друштвене заједнице. У таквим ситуацијама, та заједница мора да изврши селекцију и да обезбеди таквог активисту / волонтера који поседује иницијативност и мотивисаност, а која махом варира у зависности од обичаја земље и заједнице.

Одржавање мотивације и лојалности при извршавању задатака, које поставља програм рехабилитације инвалидних особа у друштвеној средини, је један од главних изазова за локалне лидере и руководиоцима, као и за руководиоце и све надлежне за спровођење ових програма.

ЗАКЉУЧЦИ О ПРОГРАМУ РЕХАБИЛИТАЦИЈЕ ИНВАЛИДНИХ ОСОБА СРПОВОЂЕНОМ У ДРУШТВЕНОЈ ЗАЈЕДНИЦИ

Овај стратешки документ има за циљ да разјасни концепт Рехабилитације инвалидних особа спровођен у ванинституцијским условима и на територији друштвене заједнице, као и његове намере и методе. Постоји нада да ће овај концепт довести до јачања свести у вези тога шта се може постићи и испунити кроз ванинституцијски програм рехабилитације инвалидних особа на нивоу заједнице где оне живе, а чиме ће стимулисати и Владе, владине и невладине организације и удружења да прихвате и усвоје овај прилаз рехабилитацији уз изједначавање могућности за све грађане и уз остварење смислене социјалне интеграције свих људи, укључујући ту и оне са инвалидношћу.

Међународне владине и невладине организације заинтересоване за пружање подршке и помоћи програмима рехабилитације на нивоу локалних заједница подстицају се да се придруже напорима у креирању повољнијег животног милеа са болом и већом пријемчивошћу за формулисање националне политике у односу на инвалидне особе.

Такве организације треба да изнађаде начине и могућности за координацију својих активности и ангажмана, са циљем да овај програм постане ефикасан и прихватљив на националном нивоу, као и на нивоима територијалних заједница, како би заиста служио добробити инвалидних особа, њихових породица, као и заједница у којима оне живе.

ПОЗИВАЈУ СЕ ВЛАДЕ ДА УСВОЈЕ СТРАТЕГИЈУ ПРОГРАМА РЕХАБИЛИТАЦИЈЕ ИНВАЛИДНИХ ОСОБА, СПРОВОЂЕНИХ НА ТЕРИТОРИЈИ ДРУШТВЕНИХ ЗАЈЕДНИЦА КАО СВОЈУ ПОЛИТИКУ, ДА ОБЕЗБЕДЕ ПОДРШКУ ЗА УСВАЉАЊЕ ОВАКВИХ ПРОГРАМА ШИРОМ СВОЈИХ ЗЕМАЉА, ДА КРЕИРАЈУ УСЛОВЕ ЗА МЕБУРЕСОРСКУ САРАДЊУ СВИХ МИНИСТАРСТАВА, КАО И ДА СТВОРЕ УСЛОВЕ ЗА ИНТЕРДИСЦИПЛИНАРНУ САРАДЊУ И КООРДИНАЦИЈУ РАДА У ЦИЉУ ПОБОЉШАЊА УСЛОВА ЖИВОТА И РАДА ИНВАЛИДНИХ ОСОБА.

Инвалидне особе и њихове организације треба да играју активну улогу у постављању приоритета за овакве програме рехабилитације на територији друштвених заједница, као што треба и да се ангажују у добијању националне и локалне сагласности за њихову примену.

Инвалидне особе треба такође, да учествују у планирању, контроли, надзору и евалуацији свих овде описаних програма рехабилитације.

ИНТЕГРАЦИЈСКА САРАДЊА У ВЕЗИ ПРОГРАМА РЕХАБИЛИТАЦИЈЕ ИНВАЛИДНИХ ОСОБА НА ТЕРИТОРИЈИ ДРУШТВЕНЕ ЗАЈЕДНИЦЕ

Током неколико протеклих година специјализоване агенције Уједињених Нација (UN) су наступиле заједнички са програмима за инвалидне особе. Те организације су: Међународна организација за рад (ILO), Организација Уједињених Нација за образовање, науку и културу (UNESCO) и Светска здравствена организација (WHO). Поменуте организације су интензивирале своје напоре у правцу размене искустава и сарадње у вези развоја ПРОГРАМА РЕХАБИЛИТАЦИЈЕ ИНВАЛИДНИХ ОСОБА НА ТЕРИТОРИЈИ ДРУШТВЕНИХ ЗАЈЕДНИЦА.

Ова сарадња је обухватила и друге агенције UN, посебно UNDP, а односила се на развој интеррегионалних програма за инвалидне особе. Међународне невладине организације су такође прихватиле ову сарадњу.

Активно учешће ових агенција или служби на националном нивоу варира од земље до земље. Неке земље траже помоћ само једне агенције или службе, док друге земље могу да траже помоћ две или више агенција у зависности од националне ситуације и потребе за јачањем и развијањем здравља, образовања или професионалних компоненти рехабилитационих програма.

Док ће све специјализоване агенције да промовишу интересекторски прилаз на нивоу друштвене заједнице, свака ће понаособ обезбеђивати савете техничке природе одговарајућим службама који су релевантни за њихов мандат, овалашћења и стручне аспекте.

За даље информације, обратити се:

ILO

Vocational Rehabilitation Branch
4, route des Morillons
CH-1211 Geneva 22, Switzerland
Tel: (41-22) 799-6832
Fax: (41-22) 798-8685

UNESCO

Special Education
7, place de Fontenoy
75352 PARIS 07SP, FRANCE
Tel: (33-1) 45 68 11 37
Fax: (33-1) 40 65 94 05

WHO

Rehabilitation Unit
20, avenue Appia
CH-1211 Geneva 27, Switzerland
Tel: (41-22) 791-3656
Fax: (41-22) 791-0746



ЕЛЕКТРОСТИМУЛАЦИЈА ДЕБЕЛОГ ЦРЕВА ПРИМЕНОМ ЕКСПОНЕНЦИЈАЛНИХ И ИНТЕРФЕРЕНТНИХ СТРУЈА



Др Снежана Чонић, рођена 1957. год., завршила Медицински факултет у Београду 1980. год. Од 1982. ради у Институту за рехабилитацију, Београд. Специјалистички испит из физикалне медицине и рехабилитације положила 1984. год., магистрирала 1983. год., докторирала 1991. год. на Медицинском факултету у Београду. У периоду 1985-1987. ангажована на Вишој медицинској школи у Београду као предавач за предмет Физикална терапија. 1989. године изабрана за асистентку Медицинског факултета у Београду. Аутор је већег броја научних радова и три монографије.

Мишић и нерв спадају у тзв. „надражљива ткива“. То значи да реагују на стимулусе из спољашње и унутрашње средине окретањем акционих потенцијала. Нерви стварају и проводе електричне импулсе, захваљујући чему нервни систем контролише функционисања свих органа и система у организму. Мишић се контрахује, што омогућава кретање, рад срца и функцију шупљих унутрашњих органа као што су желудац, црева, бешика итд.

Контракције попречнопругастих мишића се могу изазвати експоненцијалним и интерферентним струјама. Истим овим струјама се могу стимулисати и глатки мишићи унутрашњих органа, и то преко предњег трбушног зида. Електро-стимулација глатке мускулатуре се помине како у настави физикалне терапије за Вишу школу, тако и у едукацији физијатара, али се мало користи, преваходно због предра-суда о њеној сложености.

Циљ овог текста је упознавање физиотерапеута са техником електро-стимулације глатке мускулатуре дебелог црева, дозирањем и терапијским ефектима.

Експоненцијалне струје су импулсне једносмерне струје, са ланганим порастом и падом интензитета. Примењују се у третману парализа, пареза и инактивитетних хипотрофија здраве мускулатуре. Што је теже оштећен неуромишићни апарат, употребљавају се импулси и паузе дужег трајања.

Интерферентне струје спадају у групу средњекрећентних струја. Биолошко дејство им зависи од фреквенције. За електро-стимулацију глатке мускулатуре су најважније фреквенције: од 0-30 Hz које директно изазивају мишићне контракције и фреквенције од 90 до 100 Hz, које делују преко вегетативног нервног система.

Ћелије глатког и попречнопруга-стог мишића реагују различито на електро-стимулацију. Ћелија попречнопруга-стог мишића реагује по закону „све или ништа“. То значи да се мишићно влакно контрахује када се достигне праг надражаја. Ако је надражај испод прага, контракције нема.

Глатки мишић је способан да сумира субпраговне надражаје који се понављају у правилним временским интервалима и да на сумиране надражаје реагује мишићном контракцијом. Перисталтички талас који настаје као последица електро-стимулације постаје независан од ње, што значи да се наставља и када се стимулација прекине.

Главни индикационо подручје за примену електро-стимулације дебелог црева су опстипације. Њих можемо најједноставније поделити на органске, изазване органским препрекама у лумену црева или ван њега, и функционалне, које су последица поремећаја на нивоу вегетативног нервног система.

Према тонуусу цревног зида опстипације делимо на спастичне и атоничне. Код спастичних опстипација цревни зид је повишеног тонууса, перисталтика постоји али није адекватна. Делови црева се контрахују сегментно, асинхроно, због чега изостаје покретање фекалних маса ка завршном делу дебелог црева. Лумен црева је сужен, а пацијент може имати непријатан осећај напетости и бола.

Код атоничне опстипације цревни зид је сниженог тонууса, смањене перисталтике а лумен црева проширен. Настаје накупљање гасова и фекалних маса и пацијент има непријатан осећај напетости стомака.

Оптимални параметри за електро-стимулацију глатке мускулатуре дебелог црева, добијени на основу клиничких испитивања су дати у табели. При електро-стимулацији експоненцијалним струјама позитивна и негативна електрода површине по 100 cm² се постављају параумбиликално десно и лево, тако да им доње ивице допиру до симфизе. При примени интерферентних струја две електроде површине по 100 cm² се постављају лумбално, а две истих површина параумбиликално десно и лево (као електроде за експоненцијалне струје), уз поштовање правила укретања електрода ради формирања поља интерференце у коме се налази дебело црево.

	СПАСТИЧНА ОПСТИПАЦИЈА	АТЕНИЧНА ОПСТИПАЦИЈА
ЕС	импулс $T=150\text{ ms}$	импулс $T=400\text{ ms}$
	пауза $P=2000\text{ ms}$	
	континуирана стимулација 30 мин, интензитет око 20 mA	
	серија од 20 терапија	
ИФС	фреквенција 90-100 Hz	фреквенција 0-30 Hz
	стимулација 20 мин, интензитет 20-30 mA	
	серија од 20 терапија	

Параметри за електростимулацију глатке мускулатуре дебелог црева.
ЕС - експоненцијалне струје, ИФС - интерферентне струје

Ефикасност терапије се може пратити помоћу електромиографског регистрација акционих потенцијала у цревном лумену. Метода је непријатна по пацијента и захева посебну припрему (клизму). У практичном раду је довољно клиничко праћење учесталости столица, болова при дефекацији, субјективног осећаја напетости стомака и сл. Честа је појава да се већ у току терапије, односно непосредно после ње јаве перисталтички таласи и нагон за дефекацијом, као најбољи показатељ успешности терапије.

У периоду од 1982. до 1990 год. третирали смо преко 200 пацијената са поремећајима мотилитета дебелог црева. Сумираћемо у најкраћим цртама резултате објављене на више научно-стручних скупова:

1. Сви пацијенти терапију добро подносе без нежељених ефеката и компликација.
2. Електростимулација дебелог црева је најефикаснија када се примењује код функционалних опстипација, код којих се проценат излечења креће и до 72%. Код органских промена (Хиршпрунгове болести, стенозе ануса, ректовагиналних фистула), постижу се побољшања највише до 42%, али не и излечења.
3. Експоненцијалне струје су ефикасније у третману атоничних, а интерферентне у третману спастичних опстипација.

4. Ефекат терапије зависи од дужине трајања тегоба. Код тегоба које трају до 1 године, позитивни резултати се постижу у 72-100% третираних пацијената, а код тегоба које трају 3 и више година, у 32-66% случајева.

Терапеути извештавају о изузетно доброј подношљивости лечења од стране пацијената, што сматрамо нарочито важним, јер су око 90% пацијената била деца узраста 1-5 година, које је иначе тешко придобити за сарадњу, поготово за електропроцедуре које трају тридесетак минута.

Механизам дејства дјиу примењиваних физичких агенаса још увек

није са сигурношћу разјашњен. Сматра се да они делују на ганглије у цревном зиду, помажући ослобађање neurotransmitera ацетилхолина, који ексцитира мембрану глатке мишићне ћелије и доводи до настанка контракција. Доказ за ову претпоставку налазимо код наших пацијената. У случајевима конгениталног мегаколона - Mb. Hirschsprung, постигнута су значајно боља резултата код парцијалног одсуства ганглија у зиду црева (парцијалне аганглиозе), него у случајевима потпуног одсуства ганглија (комплетне аганглиозе).

Интерферентне струје повољно делују на спастичне опстипације највероватније нормализујући режим рада парасимпатичког нервног система, док на атоничне опстипације делују изазивањем перисталтичких таласа у цревном зиду ниским фреквенцама стимулације.

Ефекат експоненцијалних струја на атоничне опстипације је једноставно објаснити: оне рокећу перисталтичке таласе. За спастичне опстипације је резултат на први поглед парадоксалан, наиме појачава се неадекватна перисталтика која већ постоји. Електромиографска испитивања спроведена код пацијената су показала да експоненцијалне струје заправо „уравнотежавају“ асинхроне контракције глатких мишића. Дакле, када се спастични сегмент „бомбардује“ електричним импулсима споља, његов рад се синхронизује и доводи у нормално стање, што резултује смањеном тонуса цревног зида и адекватном перисталтиком.

На основу свега наведеног, електростимулација глатке мускулатуре дебелог црева се може препоручити за ширу примену у свим установама за физикалну медицину и рехабилитацију.



Последњих година постоји све израженији тренд приватног рада терапеута. Стога напомињемо да електростимулација глатке мускулатуре дебелог црева сме да се ради само уколико постоје докази да је опстипација функционалног порекла, и само у бираним случајевима органских опстипација. Електростимулација у лоше индикуваним случајевима може да доведе до појаве илеуса. О индикацијама одлучује тим: гастроентеролог-хирург-физијатар.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Цонић С: ПРИЛОГ ПОЗНАВАЊУ ТЕРАПИЈСКЕ ВРЕДНОСТИ НАДРАЖАЈНИХ СТРУЈА У ФУНКЦИЈСКИМ СМЕТЊАМА КОД МЕГАКОЛОНА У ДЕЦЕ, Магистарски рад, Медицински факултет Универзитета у Београду, 1983.
2. Цонић С, Арџина П: МОГУЋНОСТИ ПРИМЕНЕ ФИЗИКАЛ-

НИХ АГЕНАСА У ЛЕЧЕЊУ ОПСТИПАЦИЈА КОД ДЕЦЕ. Српски Архив за целокупно лекарство 1988, 116: 887-892

3. Цонић С, Комзенић Д: ПРИМЕНА БАЛНЕОТЕРАПИЈЕ И ЕЛЕКТРОТЕРАПИЈЕ КОД МЕГАКОЛОНА У ДЕЦЕ. ИИИ Југословенски Балнеоклиматолошки Конгрес, са међународним учешћем, Врњачка бања 1993, Balneoclimatologia suppl II, 1992, стр. 59

Institute of rehabilitation „Beograd“, Sokobanjska 17, Belgrade

ELECTROSTIMULATION OF LARGE INTESTINE BY USE OF PULSED GALVANIC AND INTERFERENTIAL CURRENTS

Snežana Conić

In this paper, the experience of author in utilization of pulsed galvanic and interferential currents in motility disorders of large intestine is given. Electrostimulation of large intestine is useful method for the treatment of motility disorders, especially for cases of functional disturbances, while in organic disorders it is not so efficient. The pulsed galvanic currents therapy is recommended in cases of atonic, and interferential therapy in cases of spastic obstipation. Recommendation for parameters of stimulation and the details of application technique are given in text.



Tel/Fax:
011/109-916

**GARANCIJA
36
MESECI**

PRODAJA PROFESIONALNIH APARATA ZA:

- GALVANOTERAPIJU,
- ELEKTROSTIMULACIJU,
- TERAPIJU INTERFERENTNIM STRUJAMA,
- TERAPIJU DIJADINAMIČKIM STRUJAMA,
- ELEKTROAKUPUNKTURU,
- KOZMETIKU.



**БЕЗ АЛАТА
НЕМА ЗАНАТА НИ
РЕЗУЛТАТА**



SPORTEG

ПРОИЗВОДЊА И ПРОМЕТ
СПОРТСКЕ И МЕДИЦИНСКЕ
ОПРЕМЕ И РЕКВИЗИТА

Нови Сад, ул. Душана Васиљева 13, тел: (021)23-646

Производни програм: - атлетска вијача, породични тренажер, body bilding справе, ОПТЕРЕЂЕЊА...

Стандардне тежине ОПТЕРЕЂЕЊА у кг/ком:

0,35; 0,65; 1; 1,5; 2; 3; 4.

Остале тежине по договору.

О нашем квалитету говори 20.000 произведених комада

ЗНАЧАЈ РАНЕ ПРИМЕНЕ КИНЕЗИТЕРАПИЈЕ КОД ПОСТТРАУМАТСКИХ СТАЊА



Милорад Анђонић, пуковник, професор, др. сци. мед. начелник Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију ВМА, Београд. Аутор је већег броја објављених и својих стручних радова.



Ранка Марић, рођена 1953. дипломирао на ВМШ, Београд, одсеку физиотерапеутика 1974, а на Дефектолошком факултету 1993. Стручно искуство специјала у Заводу за рехабилитацију. Др. М. Зоићковић. Од 1987 ради у ВМШ, где се бави кинезиологијом и кинезитерапијом посебно трауматских стања и централних оштећења. Има више објављених стручних радова.



Александар Николић, рођен 1959, дипломирао на ВМШ, Београд, на одсеку физиотерапеутика 1986, а на Дефектолошком факултету 1994. Ради као виши физиотерапеут у ВМА, Београд, на Клиници за физ. мед. и РХБ и као наставник праксиичне наставе Клиничке кинезитерапије на Одсеку терапеутика ВМШ. Има више стручних радова и својих радова.

Актуелним догађајима у нашем окружењу, ова иначе бројна и разноврсна патологија, добила је још више на значају. Једна од основних карактеристика лечења ових пацијената јесте обезбеђење услова за формирање калуса, значи добар положај фрагмената и мировање. Са друге стране, инактивитет представља нефизиолошко стање и подразумева у једном случају имобилизацију у локалном смислу, у другом случају опште мировање. У нашем раду полазимо од чињенице да нема такве ситуације у којој су сви покрети у сваком зглобу контраиндиковани.

Основни циљ рада је да укажемо на значај ране примене кинезитерапије у смислу бржег и ефикаснијег лечења.

Индивидуално планирана, рана примена кинезитерапијског третмана има следеће задатке:

- превенцију компликација респираторног система,
- превенцију тромбоемболијских компликација,
- превенцију поремећаја хемодинамске равнотеже, пада опште кондиције и издржљивости,
- превенцију или санацију хипотрофија, дефицита мишићне снаге и мишићне издржљивости,
- превенцију или санацију контрактура,
- превенцију декубитуса,
- превенцију поремећаја метаболизма,

- стимулацију стварања калуса и репарације мекоткивних структура,
- превенцију стато-кинестких поремећаја и поремећаја координације покрета, и
- превенцију поремећаја статодинамике положаја и активности.

У односу на постављене циљеве, уз поштовање свих општих и локалних контраиндикација, користили смо следеће кинезитерапијске поступке:

- вежбе дисања, дозиране, на сваким 30 мин. у току дана,
- елевацију повређених екстремитета за око 15 степени,
- корективне положаје,
- дозиране статичке контракције

мишића имобилисаних сегмената, на сваких 30-60 мин. у току дана,

- у сврху мобилизације свих слободних сегмената, индиковане, дозирање терапијске покрете (пасивно релаксирајуће, пасивно интенционе, пасивно форсирајуће, активно потпомогнуте, активне, активне са додатним отпором) и технике неуромускуларне фасцилатације,
- рану вертикализацију према индикацијама и
- едукацију пацијента.

Истраживање је обављено на две од три саставне јединице Клинике за ортопедију и трауматологију ВМА, у периоду од краја марта до краја априла 1995. године. Обухваћен је 51 пацијент са различитом дијагнозом трауматске етиологије.

РЕЗУЛТАТИ РАДА СА ДИСКУСИЈОМ

Наш узорак од 51 пацијента сачињавало је 30 пацијената мушког пола, (58,82%) и 21 пацијент женског пола (41,17%). Према условима повређивања имали смо 35 пацијената са мирнодопским повредама (68,62%), а 16 пацијената са ратним повредама (31,37%).

Што се тиче старости пацијената у нашем узорку, они су готово равномерно дистрибуисани по старосним групама, са изузетком најстарије групе (80-90 година), где смо имали само једног представника. Највише је било пацијената старости 18-20 година, а затим пацијената у групи од 21-30 година.

Утврдили смо да је најчешћа локализација повреде на доњим екстремитетима, у нашем узорку заступљена са 42 пацијента или 82,35%. Затим следе пацијенти са повредама горњих екстремитета, којих у узорку има 8 (15,68%), и један пацијент са комбинованим повредама

доњих и горњих екстремитета.

Анализа узорка према прсти водеће повореде и упутне дијагнозе, показује да су највише заступљени пацијенти са преломом, којих је било 35, односно 68,62%. Следе пацијенти са повредама лигамената и менискуса, 7 (13,72%), пацијенти са ишчашењем, којих смо имали 4, пацијенти са псеудоартрозом 3 и 2 пацијента са трауматском ампултацијом.

Код 18 пацијената апликована је гипс имобилизација (35,29%), код њих 11 урађена је остеосинтеза (21,57%), а код 7 пацијената имплантирана је ендопротеза (13,72%). Имали смо 5 пацијената код којих је апликован спољни фиксатор, 2 пацијента са ампултацијом и 2 пацијента са остеосинтезом и гипс имобилизацијом истовремено. Регистрован је један пацијент са спољним фиксатором типа Илизаров, један пацијент коме је апликована трансосална тракција и један код којег је извршена екстракција слободног тела.

Од 51 пацијента, у току прве недеље боравка на Клиници отпуштено је 10 пацијената што чини 19,60%. У току друге недеље отпуштено је 12 пацијената или 23,53%, а у току треће 13 пацијената (25,49%). До четири недеље боравила су још 4 пацијента, а дуже од 29 дана остало је 12 пацијената. Просечна дужина боравка на Клиници за 40 пацијената колико их је отпуштено у периоду нашег истраживања износи око 14 дана.

Сутрадан од извршене интервенције, кинезитерапија је започета код 14 пацијената (27,45%). Између 2. и 5. дана у програм су укључена 32 пацијента (62,74%), а преосталих 5 пацијената укључено је 6. и 7. дана.

Анализом учесталости компликација у току лечења није регистрована ниједна од следећих: еџитус, инактивитетна пенумонија, тромбоемболија, тромбофлебитис, декубитус. При пријему смо имали 10 пацијената са присутном контрак-

туром. На крају истраживања, контрактура су биле присутне код 8 пацијената. Код 2 пацијента амплитуда покрета приликом отпуста идентична је оној на пријему, код 6 пацијената амплитуда покрета је повећана, просечно за 25-30 степени, а код 2 пацијента контрактура је у потпуности санирана.

Закључак

Из свега наведеног уочавамо да су најбројнији пацијенти код којих је дошло до прелома (68,62%), а да су најчешће примене интервенције: гипс имобилизација, остеосинтеза и имплантација ендопротезе, које укупно чине 70,58% свих интервенција. Највећи број пацијената укључен је у КТХ програм између 1. и 5. дана након интервенције, 90,19%, чиме смо испоштовали принцип ране примене кинезитерапије. Нарочито је значајно да се у току лечења није појавила ниједна од наведених компликација, а да се ниједна контрактура није развила у току боравка на Клиници. Од 10 пацијената код којих је контрактура била присутна на пријему код 6 пацијената је повећана амплитуда покрета, просечно за 25-30 степени, а код 2 пацијента је контрактура потпуно санирана.

Добијени резултати јасно указују на значај ране примене кинезитерапије код посттрауматских стања и практичну потребу да се са мобилизацијом пацијента започне што је могуће раније.

Литература

1. Бановић Д.: Трауматологија коштаног-зглобног система, Дечије новине, 1989. Г. Милановац
2. Недвидек Б.: Основи физикалне медицине и медицинске рехабилитације, Универзитет у Новом Саду, Медицински факултет, 1988. Н. Сад

Military Medical Academy
Physical Therapy and Rehabilitation Clinic, Belgrade
Medical College, Belgrade

IMPORTANCE OF EARLY APPLICATION OF KINESITHERAPY IN POSTTRAUMATICAL CONDITIONS

Milorad Antić, Ranka Marić, Aleksandar Nikolić

This study point out an importance of early application of kinesitherapy in sense of earlier and more effective therapy. The investigation was carried out in Physical Therapy and Rehabilitation Clinic, MMA, with 51 patients. Analyses of complications and recovering success acknowledged the importance of early application of kinesitherapy and mobilization of patient.

СПЕЦИФИЧНОСТИ АНГАЖОВАЊА ПОЈЕДИНИХ МИШИЋА У АКТУ ДИСАЊА КОД ДЕЦЕ СА РЕСПИРАТОРНИМ СМЕТЊАМА



Милена Милојевић, рођена 1950., дипломирала на ВМШ Београд, Одсек физиотерапеутика, 1971., а на Дефектолошком факултету 1979. Магистрирала на Центру за мултидисциплинарне студије Универзитета у Београду из области неуронаука 1994. Ради у ВМШ као предавач на предмету Кинезиотерапија. Посебно се бави кинезиотерапијом у школској медицини и код пацијената с обољењима и повредама ЦНС-а, из којих области има више објављених стручних радова.



Славица Вучуревић, рођена 1950., дипломирала на ВМШ, Одсек за физиотерапеутика, 1972., и на Дефектолошком факултету у Београду. Радила у Дому здравља Вождовац. Од 1985. је у ВМШ Београд. Сада је предавач на предмету Кинезиологија. Аутор је и коаутор више стручних радова.

Раика Марић

УВОД

Нормалан акт дисања код здравих особа најчешће је мешовит. Преминација дијафрагмалног, доњег или горњег косталног дисања зависи од активности која се обавља, положаја тела, грађе, пола...

Према томе да ли у процесу инспирације веће учешће имају дијафрагма, интеркостални мишићи или помоћна дисајна мускулатура - разликујемо абдоминално, доње костално и горње костално дисање. У зависности да ли учествују стални или само у одређеним условима у функцији дисања - мишићи се деле на главне и помоћне инспираторне мишиће.

Помоћни мишићи учествују само при форсираном инспирацији, односно ако је дисање из било којег разлога отежано. Они ову функцију могу да врше једино ако су им припоји на грудном кошу слобод-

ни, док су други фиксирани. Предуслов да помоћна дисајна мускулатура буде ефикасна у форсираном инспирацији је синхронизовано деловање свих група мишића.

Тако је деловање *m. pectoralis minor* у инспирацији условљено имобилизацијом лопатнице у add, дејством *m. trapezius*, *m. rhomboideus major* et *minor* и *levator scapulae*. Овом функцијом *mm. rhomboidei* се појављују као фиксатори и омогућају функцију *m. pectoralis minor* у фази инспирације. *m. rhomboidei* у салејству са *m. levator* anteriorom преко медијалне ивице лопатнице образују снажну кинетичку вијугу и заједничком контракцијом подижу ребра делујући као снажни удисачи.

1. Својим контракцијама *m. sternocleidomastoideus* и *mm. scaleni* подижу горњи отвор грудног коша ако су атлантоокципитални зглоб и пратни део кичменог стуба фиксирани.

2. *M. erectus spine* учествује у фази инспирације влакнима чији су централни припоји на ребрима.

3. Подхиондни мишићи учествују у подизању грудног коша ако је контракцијом надхиондних мишића учвршћена подјезична кост.

Готово сва дечја респираторна обољења прате деформације кичменог стуба, грудног коша и ребара. Већина ове деце имају кифосколиотично држање, наглашену антепулзију раменог појаса, „*scapulae alatae*“, што омета нормалан акт дисања. Такав став у фази инспирације спречава потпуну елевацију ребара, увлаче се предњи слабински делови трупа, спуштање дијафрагме је непотпуно и интеркостални мишићи се мање укључују. Самим тим у дејство ступа помоћна дисајна мускулатура.

ТАБЕЛА 1

РЕЗУЛТАТИ СНАГЕ ПОМОЋНЕ ДИСАЈНЕ МУСКУЛАТУРЕ

МИШИЋИ	ОЦЕНА 5		ОЦЕНА 4		ОЦЕНА 3		Укупан бр. испитаника
	број	%	број	%	број	%	
M. trapezius p. desc.	27	60	10	25	3	15	40
M. trapezius p. asc.	-	-	15	37,5	25	62,5	40
Мишићи флексори главе и врата	5	12,5	15	37,5	20	50	40
M. rhomboideus major et minor	10	25	16	40	14	35	40
M. serratus anterior	8	15	18	45	14	35	40
Мишићи екстензори трупа	18	45	15	37,5	7	17,5	40
Мишићи екстензори главе и врата	28	70	10	25	2	5	40

ТАБЕЛА 2

РЕЗУЛТАТИ ЕВАЛУАЦИЈЕ АКТИВНЕ ПОКРЕТЉИВОСТИ

ПОКРЕТЉИВОСТ	НОРМАЛНА ПОКРЕТЉИВОСТ	%	СМАЊЕНА ПОКРЕТЉИВОСТ	%	УКУПАН БРОЈ ИСПИТАНИКА
Флексија главе и врата	Н	100	-	-	40
екстензија главе и врата	Н	100	-	-	40
ротација главе и врата	Н	100	-	-	40
бочна флексија главе и врата	Н	100	-	-	40
покрети раменог појаса	нН	100	-	-	40

ТАБЕЛА 3

РЕЗУЛТАТИ ЕВАЛУАЦИЈЕ ПОКРЕТЉИВОСТИ ГРУДНОГ КОША

ПОКРЕТЉИВОСТ ГРУДНОГ КОША	УКУПАН БРОЈ ИСПИТАНИКА	ПРОСЕЧНА ВРЕДНОСТ ПОКРЕТЉИВОСТИ	НОРМАЛНЕ ВРЕДНОСТИ
Ниво аксиле	40	3,90	5-7
Ниво processus xisfoideus	40	3,40	5-7
Ниво испод ребара	40	1,98	5-7

ТАБЕЛА 4

РЕЗУЛТАТИ ЕВАЛУАЦИЈЕ ОБЛИКА ГРУДНОГ КОША

ТОРАКСНИ ИНДЕКС (ТН)	УКУПАН БРОЈ ИСПИТАНИКА	НОРМАЛАН ТН		ОДСТУПА ОД НОРМАЛНЕ ТН	
		Број	%	Број испитаника	%
ТН	40	13	32,5	27	67,5

ЦИЉЕВИ И ЗАДАЦИ

Циљ рада је био да се истакне и укаже како се услед слабости помоћне дисајне мускулатуре, лошег држања тела које је присутно код ове деце, знатно смањује ефикасност акта дисања.

Задаци рада:

1. да се евалуира стање помоћне дисајне мускулатуре;
2. да се евалуира покретљивост грудног коша, раменог појаса, главе и вратног дела кичменог стуба.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДА

Испитивање је обављено 1995. године у КБЦ „Дединје“ Дечја болница за плућне болести - Београд на групи од 40 деце старости од 5 до 9 година, која болују од бронхијалне астме и хроничног бронхитиса, од којих је било 24 дечака и 16 девојчица.

Сва мерења су извршена стандардним тестовима и методама.

РЕЗУЛТАТИ

Табела 1 показује евалуацију снаге помоћне дисајне мускулатуре:

Оцена 5 за снагу *M. trapezius p. desc.* нађена је код 27 испитаника, што чини 60 одсто;

Оцена 4 нађена је код 10 испитаника, што чини 25 одсто;

Оцена 3 нађена је код 3 испитаника, што чини 15 одсто.

Оцена 5 за снагу *M. trapezius p. asc.* није пронађена;

Оцена 4 нађена је код 15 испитаника, што чини 37,5 одсто;

Оцена 3 нађена је код 25 испитаника, што чини 62,5 одсто.

Оцена 5 за снагу мишића флексора главе и врата нађена је код 5 испитаника, што чини 12,5 одсто;

Оцена 4 је нађена код 15 испитаника, што чини 37,5 одсто;

Оцена 3 је нађена код 20 испитаника, што чини 50 одсто.

Оцена 5 за снагу *mm. rhomboidei* нађена је код 10 испитаника, што чини 25 одсто;

Оцена 4 нађена је код 16 испитаника, што чини 40 одсто;

Оцена 3 нађена је код 14 испитаника, што чини 35 одсто.

Оцена 5 за снагу *M. serratus anterior* нађена је код 8 испитаника, што чини 15 одсто;

Оцена 4 је нађена код 18 испитаника, што чини 45 одсто;

Оцена 3 нађена је код 14 испитаника, што чини 35 одсто.

Оцена 5 за снагу екстензора трупа нађена је код 18 испитаника, што чини 45 одсто;

Оцена 4 нађена је код 15 испитаника, што чини 37,5 одсто;

Оцена 3 нађена је код 7 испитаника, што чини 17,5 одсто.

Оцена 5 за снагу екстензора главе и врата нађена је код 28 испитаника, што чини 70 одсто;

Оцена 4 нађена је код 10 испитаника, што чини 25 одсто;

Оцена 3 нађена је код 2 испитаника, што чини 5 одсто.

Табела 2 показује евалуацију активне покретљивости раменог појаса, главе и вратног дела кичменог стуба која је у границама нормале.

Табела 3 показује евалуацију покретљивости грудног коша. Добијени резултати указују на смањену покретљивост грудног коша. Просечна вредност покретљивости у нивоу аксила износи 3,90; у нивоу процеса ксифоидеуса, 3,40; и у нивоу испод ребара 1,98.

Табела 4 показује евалуацију облика грудног коша. Нормалан облик грудног коша је нађен код 13 испитаника, што чини 32,5 одсто. Измењен облик грудног коша је пронађен код 27 испитаника, односно код 67,5 одсто. Код 16 испитаника трансверзални дијаметар одступа од нормале, док код 9 деце антеропостериорни дијаметар одступа од нормале.

ДИСКУСИЈА

Анализом добијених резултата испитивања дошли смо до следећих закључака:

- да је евидентно смањење снага помоћне дисајне мускулатуре;
- да је покретљивост грудног коша на сва три нивоа смањена посебно у нивоу испод ребара где је просечна вредност покретљивости 1,98.

- да велики број испитаника (27 испитаника, односно 67,5 одсто) има измењен облик грудног коша; разлог томе су велика одступања од нормале трансверзалног, односно антеропостериорног дијаметра.

ЗАКЉУЧАК

У досадашњим програмима лечења ове деце примарни део кинезитерапије су биле вежбе дисања и корективне вежбе.

На основу наших резултата, мишљења смо да, поред дефинисаних и примењених задатака кинезитерапије, треба укључити циљане вежбе ојачавања главне и помоћне дисајне мускулатуре, како би она била ефикаснија у акту дисања и одржавања нормалне постуре.



Medical College, Belgrade

SPECIFICITIES OF INVOLVEMENT OF INDIVIDUAL MUSCLES IN BREATHING OF CHILDREN WITH RESPIRATORY DISORDERS

Milena Milojević, Slavica Vučerević, Ranka Marić

Examinations of conditions of assistant respiratory musculature and mobility of thoracic cage, shoulder, head and neck part of spinal column in 40 children with respiratory disorders, point out that standard program of kinesiotherapy must be supplemented with target exercises for strengthening general and assistant musculatures to be more effective in breathing and in keeping normal posture.

ПОМОЋ ДИСАЊУ И ИСКАШЉАВАЊУ

Приручник указује на технике дренаже свих плућних лобуса. Било би добро да увод у третман буде блага инхалација воденом паром, којој може бити додато неко мирисљаво биље, као камилица, боровина и слично. Од детета на крају третмана треба тражити да се искашље.

Дете мора да буде обучено, да на себи задржи неку мајицу, јер се не сме лупкати по голој кожи.



Слика - 1. Дете седи под углом од 60 степени. Лупка се и вибрира са обе руке изнад и испод клавикула. Дренажу се горњи предњи делови плућа.

Слика - 2. Дете седи потпуно опуштено преко једног чврстог јастука нагнуто. Лупка се и вибрира са обе руке изнад лопатица. Дренажу се горњи задњи делови плућа.



Слика - 4. Дете лежи на равной подлози, полубочно, десна рука је испред груди на јастуку, лева је поред тела опружена. Лупка се и вибрира по десној лопатици и горњим ребрима. Дренажу се задњи горњи делови десног плућног крила.

Слика - 3. Дете лежи полубочно, под углом од 60 степени. Испод леве стране је постављен јастук. Десна рука је испружена поред тела. Лупка се и вибрира по левој лопатици и горњим ребрима. Дренажу се задњи горњи делови левог плућног крила.

БУДИТЕ НАШИ САРАДНИЦИ



Сматрамо да ће приказ популарне брошуре водича за кућну негу, Pflüger, E.: Physiotherapie bei Cystischer Fibrose, Schweizerische Gesellschaft für Cystische Fibrose, због илустративног и јасног приступа бити од користи, да подсети на технике постуралне дренаже, лакшег искашљавања и побољшања дисања код деце.



Слика - 5. Дете лежи полубочно, на десној страни ослоњено на јастук, нагнуто под углом од 30 степени. Десна рука је савијена, лева је опружена на јастуку. Колена су савијена. Лупка се и вибрира са обе руке по средини леве стране грудног коша. Дренажу се средњи делови левог дела плућног крила.



Слика - 6. Дете лежи на левој страни, наслонено на јастук, под углом од 30 степени. Десна рука лежи на јастуку, колена су савијена. Дренажу се средњи делови десног плућног крила. Лупка се и вибрира са обе руке по десној страни грудног коша.



Слика - 7. Дете лежи равно на леђима. Испод колена му је један јастук лупка се и вибрира обојстрано испод клавикула. Дренажу се предњи доњи делови горњег плућног режња.



Слика - 8. Дете лежи равно потрбушке. Лупка се и вибрира обојстрано средином леђа. Дренажу се задњи горњи делови доњег режња.



Слика - 9. Дете лежи потрбушке, под углом од 45 степени. Лупка са и вибрира обема рукама у висини доњих ребара. Дренажу се задњи доњи делови плућа.



Слика - 10. Дете лежи полубочно на десној страни, под углом од 45 степени, колена су савијена. Обе руке су испред тела. Лупка се и вибрира по левој страни доњег дела груди. Дренажу се леви бочни део доњег плућног режња.



Слика - 11. Дете лежи на леђима под углом од 45 степени. Лупка се и вибрира под доњим ребрима. Дренажу се предњи делови доњих режњева плућа. Не лупкати по трбуху!

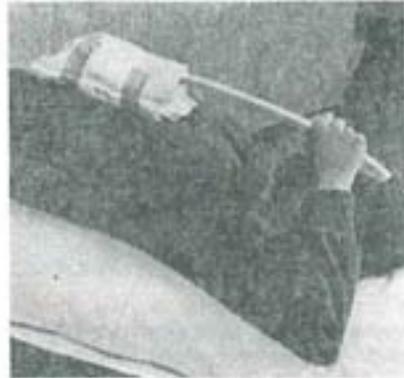


Слика - 12. Дете лежи бочно, на левој страни под углом од 45 степени. Колена су савијена, руке испред тела. Лупка се и вибрира по десном доњем делу грудног коша. Дренажу се десни бочни део доњег режња.



Обука родитеља је услов успешног лечења

АУТОТРЕТМАН КОД АДОЛЕСЦЕНАТА



Слика - 13. Аутотретман. Дренажу се горњи предњи делови плућа.

Слика - 14. Аутотретман. Дренажу се предњи доњи делови плућа. Не сме се лункати по трбуху.

Слика - 15. Аутотретман. Дренажу се задњи доњи делови плућа.

ДИСАЈНА ГИМНАСТИКА ЗА ДЕЦУ СТАРИЈУ ОД ЧЕТРИ ГОДИНЕ И ЗА АДОЛЕСЦЕНТЕ

Циљ ових вежби је боља вентилација дисајних путева и плућа, као и јачање мишића рамена и леђа, уз бољу покретљивост кичменог стуба.



Инспирација

Експирација

Слика - 16. Удисање се врши кроз нос. Издисање дубином ваздуха из уста уз изговарање ш, ш, ш... Експирација мора да буде два пута дужа од инспирације.



Слика 18. Форсира се покретљивост кичменог стуба, грудног коша, јачање мишића леђа, рамена и руку.

Почетни положај дубоки четвороножни (слика 1.), „Мачија леђа“ (слика 2.), сед на пете (слика 3.), и опет дубок четвороножни положај. За све време руке су на поду.

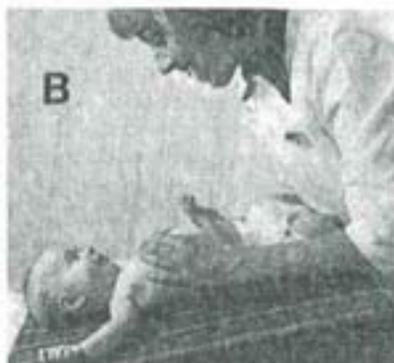


Слика - 17. Удисање се врши кроз нос. Издисање дубином ваздуха из уста уз изговарање ш, ш, ш... Експирација мора да буде два пута дужа од инспирације.

ТРЕТМАН БЕБА



а) Положај на стомаку



б) Положај на леђима



ц) Положај на десном или левом боку

Слика - 19. Код беба се третман спрободи у ове четири позиције на специјалној дасци обложеној сунђером, на јастуку или на коленима мајке. Ако је секрет мали третира се као на сликама 9 - 12.. Код обимног секрета користе се све позиције и технике од 1-12, које чине комплетан дневни програм. Третман не сме да буде дужи од 20 минута.

ВЕЖБЕ ЗА ОДОЈЧАД И МАЛУ ДЕЦУ

Циљ ових вежби је боља вентилација плућа, боља покретљивост кичменог стуба и грудног коша.



Слика - 20. Кад се доњи део тела окрене на десну или леву страну, а супротно раме притисне на подлогу изазива се рефлекс на истезање испружене стране грудног коша и тако постижемо бољу инспирацију.



Слика - 21. Лако истезање руке и бочно нагињање грудног коша на другу страну продубљује инспирацију.



Слика - 22. Инспирација, подићи обе руке изнад главе.



Са практичне наставе



Експирација. Укрстити обе руке преко груди, благо притиснути. Може се и лако вибрирати.

ИСКУСТВА У ЛЕЧЕЊУ ULKUS CRURIS-a И ДЕКУБИТАЛНИХ РАНА ПРИМЕНОМ BIO-BEAM-a СВЕТЛОСНОГ ГЕНЕРАТОРА ОД 660 nm



Дражица Филиповић, рођена 1957, дипломирала на одсеку физиотерапеутика, ВМШ, Београд 1988 год. Главни је терапеут Службе за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког Центра Србије. Аутор је више стручних објављених и саопштених радова.



Лидија Грбић, рођена 1963, дипломирала на Медицинском факултету у Београду. Сада на специјализацији из физикалне медицине и рехабилитације.

Фототерапија је један од најстаријих агенаса у лечењу повређених и оболелих. Клинички и експериментални радови указују да фототерапија има позитивне ефекте на лезије и улцерације коже.

Крајем XIX века постављени су модерни принципи лечења фототерапијом, нарочито невидљавог дела сунчевог спектра. Финсен је за своја истраживања добио Нобелову награду.

Почетком овог века открићем ласера, фототерапија заузима још значајније место у лечењу ортопедских, трауматолошких, реуматолошких болесника, као и ширу примену у физикалној медицини.

А у току последње четири године у Израелу, Мексику, САД, Јужноафричкој Унији, Француској, у лечењу улцерација и рана на кожи се користи терапија светлосним генератором таласне дужине 660 nm /Bio-Bim/.

Користи се заправо дисперзни светлосни сноп континуиран или импулсни.

Механизам деловања Bio-Bim-a још увек није у потпуности разјашњен.

У странијој, а и домаћој литератури налазе се подаци да делује:

- бактерицидно,
- аналгетски,
- антидедатозно,
- антифлогистички,
- стимулише оксидо - редуктивне процесе,
- смањује ткивну хипоксију и
- стимулише стварање гранулационог ткива.

Стога је најефикаснија примена у лечењу декубиталних рана, улцерација, и свих других рана на кожи.

Не препоручује се код малигних кожних промена.

Циљ нашег рада је да укажемо на могућности лечења улцерација и декубита коже применом светлосног генератора таласне дужине 660 nm тј. Bio-Bim-a.

Радам је обухватимо 15 болесника од којих су 5 биле жене а 10 мушкарци старосне доби између 55 и 60 година. Сви пацијенти су били дијабетичари, а један од њих је

имао ампутирану десну потколеницу и на месту ампутације изражену улцерацију дужине око 7 cm.

Сви болесници су лечени адекватном медикаментом терапијом, а превације задобијених рана на кожи је вршено свакодневно. Сви су били хоспитализовани, имали изражен бол и узимали аналгетску медикаментну терапију.

У току наших истраживања коришћен је дисперзни сноп светлосног генератора импулсни, таласне дужине 660 nm, фреквенције 100 Hz, јачине 75 μ W по 1 cm².

Терапија је апликована 2 пута дневно по 12 минута при чему је дисперзни сноп светлосног генератора био усмерен на место улцерације на растојању 1,5 до 2 cm од светлосног извора.

Контролни прегледи су прављени свакодневно при ординирању нове апликације.

Запажено је, већ после петог дана изразито смањење бола и отока, тако да наши пацијенти нису морали да узимају аналгетике. После десете апликације регистрована

на је појава гранулационог ткива и почетка епителизације и изразито смањење површине улцерације и декубиталне ране. После петнаесте апликације регистровано је смањење улцерозне површине за 50%.

После двадесете апликације у 79% болесника обухваћених радом постигнута је скоро потпуна епителизација улцерозних рана. Код пацијента са ампутираном десном потколеницом лечење је трајало дуже, јер је рана била у инфекцији. За

потпуно зарастање његове ране било је потребно 37 апликација применом Bio-Beam-а.

На основу нашег скромног истраживања - групе веома тешких болесника - слободни смо да закључимо да је терапија применом светлосног генератора некохерентног светлосног снопа таласне дужине 660 nm и фреквенције од 100 Hz показала изванредне резултате у лечењу ulcusa cruris-а и декубиталних рана.

- Третман је безболан,
- атермичан је - може се користити у акутној фази,
- нема контраиндикација,
- руковање апаратом је једноставно тако да се може користити како у болничким тако и у кућним условима.
- Препоручујемо га као једну веома ефикасну и значајну процедуру у лечењу пацијената са улцерацијама коже и декубиталним ранама.

Clinical Center of Serbia

Physical Medicine and Rehabilitation Service, Belgrade

SOME EXPERIENCES IN ULCUS CRURIS AND DECUBITIS THERAPY WITH APPLICATION OF „BIO BEAM“ LIGHT, GENERATOR 600 nm

Dragica Filipović, Lidija Grbić

The investigation was carried out with 15 patients with indications for applications of light impuls generator, wavelength 660 nm, frequency 100 Hz, power 75 mw-1cm². This therapy showed excellent results.



BioBeam™ 660

ELMAS Beograd

EXPORT - IMPORT
MARKETING I PROMET

НОВА МЕТОДА У ЛЕЧЕЊУ ФОТОТЕРАПИЈОМ

Bio Beam 660 је систем светлосног зрака концентрисаног на 660 nm таласне дужине дела спектра.

Трогодишњи клинички и истраживачки резултати потврђују успешно дејство и ефекте у лечењу рана на кожи различитог узрока.

ДРАГО®

(011) 697-033

Консултујемо и израђујемо све врсте помагала за хендикепиране, помагала за физикалну терапију и радну терапију, по задатку или по Вашој жељи иновативне ради договора!

Dada

(011) 345-502

Компјутерска опрема за штампање све врсте графичких услуга увек са Вама и за Вас!

АДАПТАЦИЈЕ У КУЋИ КОД ПАЦИЈЕНАТА СА ЛЕЗИЈАМА КИЧМЕНЕ МОЖДИНЕ



Мирко Умићевић, рођен 1949, дипломирао 1969, на одсеку за радне терапије, ВМШ, Београд. Ради у Заводу за рехабилитацију „Др Мирослав Зоићовић“ као оделењски терапеут, а као сарадник у настави за радне терапије у ВМШ од 1980. Бави се посебно централним оштећењима. Има велики број својих радова и објављених радова.



Бобан Сеничић, рођен 1961, дипломирао на одсеку за радне терапије 1984. Ради у Заводу за рехабилитацију „Др Мирослав Зоићовић“. Бави се углавном специјалним повредама и израдом помагала.

Рехабилитацијом пацијената са повредама кичмене мождине отклањају се бројне сметње на путу оспособљавања, али се ипак неке заобилазе, лоше решавају или се потпуно запостављају. Полазећи од оваквих закључака, овај рад има за циљ да по ка зна који пут укаже на оне проблеме који су везани за комплетну реинтеграцију парализичара - квадрилегичара. Реч је о грађевинско-урбанистичким препрекама, које се као огроман бедем уздижу испред пацијената са парализацијом и спречавају његово поновно укључивање у домаћу и професионалну активност, а чије би отклањање уз већ уложена средства у рехабилитацију, лечење учинило ефикасним за велики број ових пацијената.

Функционална оспособљеност парализичара уз максимално ангажовање и мотивисаност за повратак у радну средину, домаћу средину пада у воду оног тренутка кад се судари са реалном, често суровом стварношћу. Из овог закључујемо да не треба да се залажемо за решавање проблема, већ за разрешење и реализацију.

Радијус кретања пара и квадрилегичара остаје ограничен. У неким случајевима до те мере да га спречава да настави контролу свог здравственог стања због неприступачног прилаза здравственим институцијама. О великом броју солитера који су грађени тако да могу да их користе особе са здравим локомоторним системом, а потпуно занемарене инвалидне особе, да и не говоримо. Сва нова насеља заборавила су, а и данас заборављају на људе чије је кретање везано за помоћна средства: колица, апарате, штаке, протезе... Прилази јавним институцијама у које треба да уђе особа са колицима су у великом броју случајева отежани - општине, судови, поште... Сматрамо да проблем није преувеличан нити надуван из било којег разлога. Пре би се могло рећи да се дуго претрпано одбијало суочење са очигледним чињеницама да се констатују и тражи могуће решење. Међутим, то решење лежи и даље у званичним прописима, када су у питању архитектонске баријере. То је разлог да и овог пута подсетимо оне институције и градитеље који се баве стамбеном проблема-

тиком да не занемара групу болесника који су упућени на кретање са колицима, апаратима и другим помагалима.

Да би снагом аргумента оправдали ове чињенице приказујемо табелу од седамнаест испитаника који су завршили своје оспособљавање и вратили се у своје домове да би остали заробљеници простора или били смештани у старачке домове и неприкладне просторе. Од укупног броја анкетираних, своје домове напуштало је 4 од седамнаест након су имали потребе скоро сви. Остали су морали да своје проблеме решавају у својим домовима.

Избор је случајан, а чињенице га потврђују честим телефонским контактима. Наша тема указује и на реалности које су везане и за адаптацију, импровизацију, доградње и разне комбинације решења, када је у питању стамбени простор у који се парализичари враћају (усељавају). Разне врсте прилагођавања у 90% случајева почињу да се разматрају пред крај лечења након се крајњи циљ зна на почетку. Овакав став је неприхватљив.



Начин кретања	број пацијената	потреба за здрав. заштит.	судске потребе	админ. потребе	посете пријатељима	време у кући	напуштало у кући
колица	17	7	3	7	-	9	4

начин кретања	број пацијената	потреба за адаптацијама	најкраће време започињ. адаптац.	просек лежана
колица	17	11	15 мес	10 мес до 2 год

Предлажемо да се са разрешењем простора за боравак парализичара, тамо где постоји потреба, а она се јавља скоро код свих, почне по пријему у здравствену установу. Оваквом организацијом се скраћује дужина рехабилитационих поступака и ствара простор за бржи проток ове групе пацијената с једне стране, а са друге стране осећај сигурности даје снажну мотивацију за повратак кући и породици.

Адаптације које се спроводе код парализичара-квдриплегија су разноврсне. Њихова разноврсност произилази отуда што су функционални дефицити различити. Изводе се у: становима, кућама (са или без дворашта), градској или сеоској средини.

За успешно реализовање плана адаптација радни терапеут треба да одлично познаје функционални статус пацијента и средину у коју се враћа. Функционални статус обавезује (познавање) комплетну процену у коју спада начин кретања: колица, апарата, шине, штаке и друга неопходна помагала. На основу

личног увида средине у коју пацијент одлази, као и података:

- да ли поседује кућу или стан
- у какав стан се враћа (приземни или спретни)
- какав је прилаз стану или кући
- има ли дворашта
- да ли је кућа или стан у изградњи
- да ли може да користи лифт

Терапеут предлаже нацрт за комплетно решење.

Најчешћа потреба за адаптацијама односи се на WC-е и купатила, кухиње код домаћина, спаваће собе и дневне просторије, као и прилазе. Практично говорећи заједничко за све врсте прилагођавања је: скидање прагова, телиха, стаза, проширење врата на просторијама где је неопходна комуникација колицама, нивелисање намештаја за коришћење. Ако је стан или кућа у изградњи, могућности за прилагођавање су прави изазов за радног терапеута.

Посебан облик прилагођавања простора ради лакшег и могућег кретања је функционалније распоређивање ствари у боравишним просторијама. Најчешће адаптације у купатилу су: фиксирање таласера, трапеза, нивелисање WC шолје, каде, лавабоа и организације приступа њима.

У кухињи за домаћине адаптације се изводе у правцу њиховог осамостаљивања нивелисањем равних површина, обезбеђивањем прилаза средствима за коришћење и слично. Дневни боравак и спаваћа соба се прилагођавају у зависности од начина кретања функционалним распоредом ствари и ослобађањем површина за кретање помоћним средствима.

Наше искуство у овој области је скромно, иако би требало да буде плодније. Разлог не треба тражити у терапеутској служби која је у већини случајева била главни актер за помоћ парализичарима, већ у неажурности и небрзи појединих организација чији су чланови парализичари, као и у последње време, недостатку материјалних средстава.

Institute for the rehabilitation „M. Zotović, M.D.“, Belgrade

ADAPTATIONS IN HOME OF PATIENTS WITH SPINAL CORD LESIONS

Marko Umicević, Boban Seničić

In rehabilitation process of patients, with spinal cord lesion, architectonic adaptation and adaptations in working place and at home, have an important place. Occupational therapist, on bases of possibilities and needs of patient, gives useful suggestions for adaptations in enter of hose, kitchen, bathroom, bedroom, etc. Authors speaks about personal experiences.

Савез здравствених радника Србије

Друштво физиотерапеута и радних терапеута Србије

Заједно имамо више могућности да успешно решавамо наша струковна, организациона и стручна питања.

Заједно смо успешнији.

Заједно смо јачи.

Заједно ћемо лакше афирмисати нашу струку, она то заслужује.

Позивамо Вас да се учланите у Друштво.

Београд, Знаја од Ноћаја 9/4

РУКОВАЊЕ КОЛИЦИМА

Познајете ли неког ко је у колицима? Радо бисте га повели у шетњу, или у возњу колима или на неку јавну манифестацију? Не усуђујете се да га питате из страха да негде не погрешите или да уопште не знате како се то ради?

Основно је да се са особом која је у колицима понашате као према себи равној. За неке се то подразумева, али неки сматрају спосећање, охрабривање, миловање главе и лупање по рамену, као једини могући облик контакта са особом у колицима, што свакако није исправан став.

Ово може бити од помоћи:

- Никада не доносите одлуке за инвалида, уколико се ради о неком питању из његове приватне сфере.
- Уколико при шетњи са инвалидом сретнете неког познаника и застанете због разговора постапите се према инвалиду на такав начин да може учествовати у разговору, а да притом не подиже и криви врат.
- Уколико се посећују јавне манифестације, робне куће, ресторани и слично, колицима треба управљати веома опрезно, зато што је инвалиду веома непријатно да без могућности да на то утиче, да неког пешака удари својим металним ослонцима за ноге.
- При куповини инвалид треба своје жеље да изрази сам. Пратилац мора на томе да инсистира зато што се продавци углавном њему обраћају.

- Приликом куповине намирница пратилац није у могућности да уз колица носи и корпу. Требало би да се разговара са инвалидом о могућности да му на крило стави малу картонску кутију у коју би се стављала роба.

- Морате бити свесни да инвалид има другачији угао видног поља од вас. Уколико желите да му на нешто скренете пажњу, сагните се до њега да видите да ли и он сам може то да види.

- Разговор инвалида са пратиоцем је за инвалида увек напоран, зато што он мора да подигне и забаци главу у назад. Уколико пратилац мало вежба, може да гура колица држећи их за наслон руке и тако иде упоредо са инвалидом. На равном путу то није нарочито тешко.

- На стрмом терену се инвалид такође беспомоћно осећа. Велика брзина и пратилац који му трчи за колицима су ноћна мора за сваког инвалида.

- Уколико у шетњи наиђете на дете које зачуђено застане испред колица, треба дати прилику инвалиду да разговара са дететом да би се сачувала дечија непристрасност према „различитости“. Нажалост се још увек дешава да родитељи као и пратиоци спречавају децу да задовоље њихову природну радозналост.

- Цените мишљење и жеље инвалида. То је једини пут правог разумевања.

Многи инвалиди могу сами да се краћу на равном терену уколико снага њихових руку није угрожена. Помоћ им је потребна при прелажењу извичака, једног или више степеника, на стрмом терену и приликом устајања или седања у колица.

Пошто се колица могу врло разликовати, морате се упознати са њиховим карактеристикама.



Слика 1

- Који делови колица нису фиксно монтирани и могу ли се скинути? (наслони за руке, ослонци за ноге, ослонци за главу)

- Како функционишу кочнице? Постоји ли по једна ручица кочнице на свакој страни или се једном ручицом активирају обе? У ком положају кочнице - предњем или задњем - су колица закована?

- Да ли се мали точкови за управљање налазе напред или назад?

**ШАЉИТЕ НАМ ПРИЛОГЕ
ИЗ ВАШЕГ ИСКУСТВА**



Слика 2

За руковање колицима важе следећа основна правила:

При сваком стајању или уласку/изласку из колица закочити!

Приликом подизања колица хватати само стабилне цеви рама!

Непоштовање ових правила може имати за последицу повређивање свих учесника.

РУКОВАЊЕ КОЛИЦИМА

1. Низ ивичњак или једну степену:

а) Колица са великим точковима позади

Колуца довести до ивице. Помагач гази на једну од уздужних шипки које се налазе између точкова. Истовремено притиска ручке за гурање на доле тако да се колуца лагано нагну уназад. Полако без трзаја пустити колуца да клизну преко ивичњака. Маневар је завршен када се мали точкови без трзаја опет нађу на тлу. Евантуално ослонити главу инвалида о сопствено тело.

б) Колица са малим точковима позади (ређи случај): Колуцима доћи уназад до ивице, лагано придићи колуца на држачима и прво спустити мале точкове а онда велике. Уколико је потребно и одде ослонити главу.

2. Уз ивичњак или једну степену:

а) Велики точкови - позади: колуца се доведу до ивице, лако се накрету назад док се мали точкови не ослоне на степен. Подићи ручке за гурање док се и велики точкови не нађу горе. Ослањати главу!

б) Мали точкови - позади: придићи ивици и нагнути колуца на мале точкове а великим точковима доћи до ивице и подићи.



Слика 4

3. Спуштање инвалида низ степену:

Без опасности то је могуће извести само када се велики точкови налазе позади. По правилу су неопходна два помагача. Један помагач поступа исто као код спуштања низ једну степену само што мора после сваке степену јако да повуче колуца уназад ка степеници док не нађе јак ослонац за стајање. Други помагач стоји прекопута првог на степеницама и хвата колуца испод наслона за руке, за цеви рама и делује против силе колица. Он при томе мора да се креће уназад и после сваке степену мора чврсто да стане. Осим тога мора да рашири ноге да би направио места за ослонце за ноге. Код инвалида са укоченим коленима су неопходна два помагача са обе стране. Водити рачуна о глави инвалида



Слика 5

4. Пењање са инвалидом уз степену:

Опет су неопходне две особе. Колуца се доведу до степену, лако се нагну уназад и опрезно се извлаче уз степену. Друга особа хвата цеви рама и додатно гура тежину колуца на горе. После сваке степену помагачи морају чврсто да стану.

5. Транспорт инвалида и колуца аутомобилом или минибусом:

а) аутомобил: Уколико је инвалид способан да сам уђе у ауто помоћ помагача је неопходна само при склапању и смештању колуца. Уколико није у стању сам да уђе у аутомобил онда га треба усправити, окренути и поседнути (детаљан опис тачка 7.а. и б.). Уколико ни то није могуће треба га унети у ауто што је описано у тачки 8. При томе треба водити рачуна о висини прата због опасности повреде главе. Инвалида наместити на седиште тако што га треба стабилно наслонити. Опремање седишта наслоненом за главу и везивање сигурносног појаса се подразумевају.

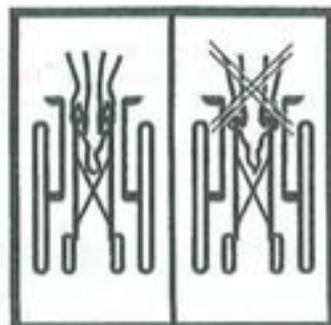
б) минибус: Из сигурносних разлога инвалида треба транспортовати седећи у колицима. Поступак уласка је исти као код преласка једне степену само што је она много виша тако да су неопходна два помагача. У бусу је уз активирање кочица неопходно фиксирање колуца и везивање сигурносног појаса. Излазак је као у силаску низ једну степену.

ц) Приликом транспорта обичним путничким аутобусом инвалида треба подићи из колица и унети у аутобус. (Види тачку 8.)

Приликом уласка и изласка у аутобус треба колуца довести најближе могуће вратима.

6. Скалапући механизам колуца:

а) Склапање: Ослоње за стопала и евантуално листове склопити на горе. Уколико постоји, склопити јастуче за седење. Помагач стоји поред колуца, хвата седиште у средини предње и задње ивице и повлачи га на горе. Тиме ће се колуца скоро затворити. Седиште гуринути на доле, поравнати га и колуца притиском на странице потпуно склопити.



Слика 6

б) Расклапање: Помагач стоји испред колница и хвата цеви седишта по средини. Али пажљиво, прсти морају хватати на унутра иначе ће бити притињени. Јаким притиском на цеви колница се отварају до тренутка затезања седишта. Расклопити ослонце за ноге.

Смештање колница у тепек зависи од прсте колница као и величине тепека.

7. Помоћ при склапању колница:

Колница се постављају у најбољу позицију за прелазак у кревет, ауто, тоалет и сл. Треба повући кочице, склопити склапајуће делове као што су ослонци за руке и ноге. Ослонци за стопала се подижу и стопала инвалида се спуштају на тло.

а) из колница у стојећи став: Помоћ која је могућа и неопходна у потпуности зависи од врсте и тежине инвалидности. Због тога треба препустити самом инвалиду да каже на који начин му је најпријатније да буде подигнут.

Треба запамтити захват који је применљив код највећег броја тешких инвалида:

Помагач стаје испред инвалида тако да његова стопала и колена чврсто држи својим. Сагње се у коленима, али тако да му леђа остају исправљена и полаже руке инвалида око свог врата. Онда хвата инвалида око струка. Подлактице налажу на ребра инвалида са лаганим притиском. На договорених 1-2-3 помагач диже са мало замаха инвалида, тиме што се и сам усправља. Помагач полако слаби свој замах док инвалид не стане најчвршће могуће. Да би инвалид опет сео цео поступак се изводи обрнуто.



Слика 7

б) Из колница у кревет или на неку столицу:

Уколико инвалид има довољно снаге у рукама онда је врло често у ситуацији да се сам пребаци у кревет или на столицу. Помагач само чврсто држи столицу или клизну даску или следи упутства инвалида. У свим другим случајевима са инвалидом треба поступити као у тачки 7.а.

Када се инвалид полеже у кревет најбоље је горњи део тела одмах довести у хоризонтални положај.

Ноге се после пажљиво подигну



Слика 8

ц) Из колница на тоалет:

Уколико је просторија тоалета довољно пространа, колница треба до-

вести поред wc шоље или укоса тако да инвалид може сам да пређе на њу. У јавним тоалетима је кабинска скоро увек исувише мала за такав поступак. Онда је неопходна помоћ као у тачки 7.а) (из колница у стојећи став).

При свлачењу и облачењу инвалида пратити његова упутства.

Уколико се колницама не може прићи wc шоља онда инвалида треба тамо однећи.

8. Ношење инвалида:

Код инвалида који нису тешки довољан је један помагач. Он полеже једну руку инвалида око свог врата, својом десном руком хвата инвалида око леђе до пазуха а левом руком испод бутине до колена и тако га диже. Уколико су неопходна два помагача они чине то исто, свако са своје стране.

На тај начин је могуће носити инвалида преко степеница и на дуже раздаљине. Изузетно је важно да инвалид има чврст ослонцац на леђима, да не би испао или пао уназад.

Сваком помагачу треба да буде јасно да ниједном инвалиду, чињеница да му је потребна помоћ не представља задовољство, али да је утолико лакше прихвати ако се она нуди као нешто што се подразумева.



Човек у инвалидским колницама је окружење и наша стварност. То није за велики број људи из средине у коју враћамо инвалида, а којима мали савети могу бити од велике помоћи. Црвени крст за све људе, у својој акцији, препоручује брошуру на коју указујемо. Оригинал: Umgang mit dem Rollstuhl - Hilfe Fur den Rollstuhlfahrer; Црвени крст Швајцарске.

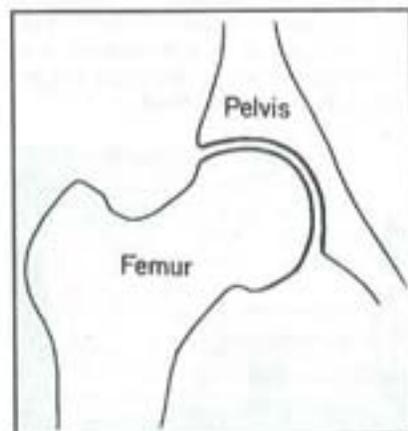
ПАСИВНА МОБИЛИЗАЦИЈА ЗГЛОБА КУКА - ТЕХНИКЕ



Марко Дрешевци, рођен 1973, студент II године, одсека виших терапеутија, смера физиотерапеутија, ВМШ, Београд, превео и приредио из:

Kisner C., Colby L.A.: THERAPEUTIC EXERCISE. F.A. Davis - Philadelphia 1990.

Зглоб кука, конкаван сцетабулум покрива конвексну главу фемура.



Слика 1 - Кости зглоба кука

Средњи положај, флексија у куку од 30°, абдукција од 30° и латална спољна ротација.

Фиксација, карлицу фиксирати за терапеутски сто кајиншевица.

1.а) КАУДАЛНО КЛИЗАЊЕ - положај при - раздлачење ради растерећења површина које носе терет.

Напомена: Због дубоке конфигурације овог зглоба, кад се примени тракција управно на раван третмана, дешава се латерално клизање горње површине зглоба која носи терет. Да бисмо постигли сепарацију зглобних површина - растерећење, морамо користити каудално клизање.

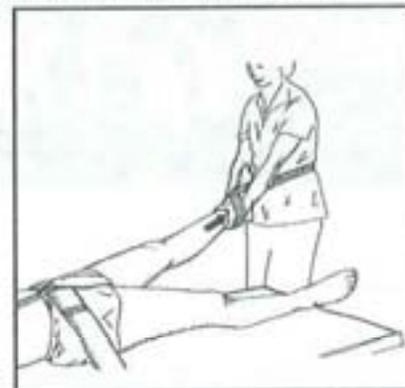
Индикације, процена, уводни третман, смањење бола, општа покретљивост.

Положај пацијента, супиниран, са куком у средњем положају и екстендираним коленом.

Ако постоји дисфункција колена, овај положај је контрадикторан. Користи се други положај.

Положај терапеута и његових руку. Станите на крај терапеутског стола, ставите кајинш око нашег трупа, а онда га укрстите преко пацијентовог стопала и око скочног зглоба. Поставите руке на малеолусе испод кајинша. Кајинш вам омогућава да користите тежину сопственог тела при примени силе мобилизације.

Сила мобилизације, тракција преко дуге полуге се врши тако што вучемо ногу рукама каудално уз истовремено нагињање трупа уназад.



Слика 2 - Распоређење површина које носе терет, каудално клизање

б) КАУДАЛНО КЛИЗАЊЕ, други положај

Индикације, исте као у претходном примеру, да се постигне растерећење зглоба кука, а када постоји дисфункција колена.

Положај пацијента, супиниран са флектираним куком и коленом.

Положај терапеута и његових руку. Приближите се пацијентовом куку, нека пацијентова нога буде преко нашег рамена. Обгрлите обема рукама проксимални део надколенице.

Сила мобилизације, долази преко наших руку, док вучете каудално и нагињете се уназад.

2. ПОСТЕРИОНО КЛИЗАЊЕ

Индикације, повећање флексије, повећање унутарње ротације.

Положај пацијента, супиниран, са куковима на крају стола. Пацијент помаже фиксирање карлице, тако што флектира супротну ногу у куку и колену и придржава надколеницу рукама. Кук који мобилишемо је у средњем положају.

Положај терапеута и његових руку. Станите са унутрашње стране пацијентове надколенице. Поставите кајинш преко нашег рамена и испод пацијентове надколенице да растерете екстремитет. Једну руку ставите испод кајинша и дисталног дела надколенице, а другу на предњу површину проксималног дела надколенице.



Слика 3 - Постериорно клизање, зглоб кука

3. а) АНТЕРИОНО КЛИЗАЊЕ, положај први

Индикације, повећање екстензије, повећање спољне ротације

Положај пацијента, прониран, труп се ослања на сто, а кукови висе преко ивице. Слободна нога - стопало је на поду.

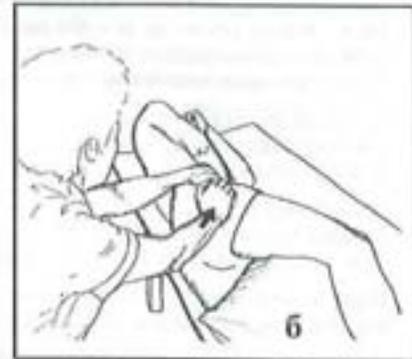
Положај терапеута и његових руку. Станите са унутрашње стране пацијентове надколенице, ставите каиши преко вашег рамена и пацијентове надколенице да олакшате пацијентову ногу, а другу поставите на проксимални део надколенице, одмах испод глутеалног мишића.



Сила мобилизације, делује преко руке на проксималном делу надколенице, у антериорном смеру, уз екстендриране лактове и флектирање колена.

б) АНТЕРИОРНО КЛИЗАЊЕ, положај други

Поставите пацијента да лежи на боку са ногом лако флектираном у куку и колену и подупртом јастуцима. Станите иза пацијента и фиксирајте карлицу преко СИАС једном руком. Другом руком гурајте карлицу преко великог трохантера пут напред.



Сл. 4 - Антериорно клизање, зглоб кука: а) прониран положај, б) положај на боку.



ЗА УСПОМЕНУ И ДУГО СЕЋАЊЕ (ПЕТИ СЕМЕСТАР):



ПОВОДОМ ИЗЛАСКА ИЗ ШТАМПЕ ПРВОГ БРОЈА ЧАСОПИСА ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЈА

Са посебном пажњом сам прочитао све радове и саопштена објављена у првом броју часописа Физикална терапија. Мислим да је покретање овог часописа најлепши начин на који су бивши ђаци Више медицинске школе у Београду обележили 30 година њеног постојања и рада.

Већ самим избором наслова часописа исполили сте стручну храброст, јер је Лаза Ненадовић, оснивач катедре физикалне терапије на Медицинском факултету и први професор овог предмета у свом приступном предавању 1924. године рекао да је: „Физикална терапија један од најоширијих предмета, будући да покрива област између фармакотерапије и хирургије.“ Из изложеног концепта часописа се види да сте у потпуности усвојили наведено сватање изложено пре више од 7 деценија.

Посебно ме радује чињеница да сте часопис замислили као стручно гласило за изношење сопствених искустава, а избор чланака у првом броју показао је да сте способни да се бавите научно-истраживачким радом и унапређењем струке.

Желио бих да Вам изнесем и неке сугестије за будући рад. Физикална терапија на нашим просторима има веома дугу традицију, па сматрам да би требало посветити део простора њеном историјату и развоју. Такође би требало посветити део простора терминологији у нашој дисциплини.

Верујем да ћете при изношењу Ваших искустава указати и на негативна, како у погледу избора технике, тако и агенца у појединим индикационим подручјима, чиме би се избегле евентуалне заблуде везане за неку технику или неки агенс.

Са срдчним жељама да часопис Физикална терапија задржи концептирани стручни ниво, да буде корисна литература студентима Више Медицинске школе као допуна њиховом образовању, терапеутима извор литературе за иновацију знања, а физијатрима могућност да своја искуства корисна за праксу пренесу ширем кругу читалаца.

Проф. Др Живојин Цонић

Београд, децембар 1995.

Часопису

„ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЈА“

Поштовано Уредништво!

Веома ми је драго што могу поздравити излазак првог броја часописа „ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЈА“ који по својој стручној концепцији по први пут у нас покрива значајно подручје рада физиотерапеута, здравствених радника који стоје у првим редовима у борби за смањење инвалидности наших болесника.

Часопис „ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЈА“ већ у првом броју показује завидан ниво избора стручних текстова, као и најсавременију техничку опремљеност. Сигуран сам да ће и наредни број обилovati корисним стручним и научним текстовима из области рехабилитације и тако допринети усавршавању стручњака и добробити пацијената.

Желим Вам даљи успех у раду.

Проф. др сциј мед НИКОЛА Н. ИЛАНКОВИЋ
неуропсихијатар-клинички неврофизиолог

Начелник Одељења за органске менталне болести Института за психијатрију КЦС



ТЕЛЕГРАМ

VISA MEDICINSKA SKOLA
CARA DUSANA 254
ZEMUN

ODSEKU FIZIO I RADNIH TERAPEUTA STOP CESTITAMO ZAJEDNICKI JUBILEJ SA
ZELJOM DA IH BUDE JOS MNOGO TERAPEUTI ZAVODA
ZA REHABILITACIJU DR MIROSLA ZOTOVIC BEOGRAD

CESTITAMO IZLAZAK CASOPISA ZA FIZIO TERAPEUTE
I RADNE TERAPEUTE I ZELIMO USPESAN I PLODAN RAD
TERAPEUTI ZAVODA ZA REHABILITACIJU DR MIROSLAV ZOTOVIC BEOGRAD



Свечаном седницом већа одсека 22.09.95, уз присуство већег броја наставника одсека и директора Школе

ОБЕЛЕЖЕНА ЈЕ 30-ГОДИШЊИЦА ОСНИВАЊА ВИШЕ ШКО- ЛЕ ЗА ФИЗИОТЕРАПЕУТЕ И РАДНЕ ТЕРАПЕУТЕ И ПРОМОВИСАН ЈЕ ПРВИ БРОЈ ЧАСОПИСА ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЈА

Мр. Лепосава Јовановић је том приликом рекао:

Почети организованог образовања терапеута у Србији датирају из давне 1952. године када је Савезни институт за физикалну медицину и рехабилитацију, на челу са др Мирославом Зотовићем организовао и спровео, на далеко познате по свом квалитету, пре свега, курсеве за физиотерапеуте.

Иницијативу Савезног института и тада већ формираног и врло снажног Удружења физио и радних терапеута прихватила је Виша медицинска школа на челу са проф. др Андрејом Деливићем и 1964/65. године, са малим захивљањем, у односу на званични почетак школске године уписала прву генерацију терапеута.

Данас, после тридесет година, захвалност дугујемо многим настав-

ницима и ентузијастима тог доба, јер направити први Наставни план, написати програм наставе без узора и без искуства су само могли заљубљеници ове професије. Са дужним поштовањем овде помињемо неке од њих, они су идејни творци, ове на далеко познате школе: др Мирослав Зотовић, др Живојин Зеца, Вјера Божновић, Ирма Чолак-Антић, Јасанка Јеричевић, Радомир Вучић, др Љубиша Милчевић, др Бранислав Неговановић, др Владимир Николић, др Жарко Николић, др Миодраг Синђић, др Ванђела Ташић, др Бошко Зотовић, др Боривоје Тодоровић, др Никола Волф, др Борис Недвицек, Јожа Карић, Милица Јолић и многи многи други.

До сада је у протеклих 30 година изводило наставу 125 наставника и сарадника како би из Школе изашла армија од око 2000 дипломираних физиотерапеута и око 440 дипломираних радних терапеута. На жалост, многи наставници и многа значајна имена нису више међу нама. Било је сигурно тешко направити први наставни план, јер је прављен са жељом да буде најбољи. Развој физикалне медицине и рехабилитације као и реформе школства, су неминуовно наметали потребу за новим Наставним плановима којих је до сада било пет. Трудили смо се да сваки следећи буде бољи од претходног, дајући све већи значај предметима струке обогаћујући их: бројем часова, новом програмским садржајима, посебно

садржајима практичне наставе уже стручних предмета.

Труд се исплатио, физиотерапеути и радни терапеути који су своје образовање стекли у Вишој медицинској школи у Београду су високо оцењени не само у нашој земљи већ и у свету, што је позната чињеница. Они чувају достојанство наше професије, трудећи се да научно примене што боље у пракси, продубљујући стално ниво свога знања што терапеуту даје високопрофесионални лик. Међутим не треба заборавити чињеницу да је квалитетан наставни кадар на првом месту услов за квалитетно образовање.

Школа је од оснивања све до 1991. године трајала 2 године (4 семестра), а од 1991. године траје 2,5 године, односно 5 семестара.

У жељи да образовање терапеута у нашој земљи уједначимо са образовањем терапеута у свету, сачинили смо **НАЈНОВИЈИ НАСТАВНИ ПЛАН** по коме студије за терапеуте трају 3 године, односно 6 семестара, што нам и закон о Вишој школи дозвољава.

Зна се **ДА СЕ СТЕПЕН РАЗВОЈА ФИЗИКАЛНЕ МЕДИЦИНЕ МЕРИ СТЕПЕНОМ РАЗВОЈА ФИЗИКАЛНЕ ТЕРАПИЈЕ** у најширем смислу те речи. Да би студент овладао свим новим методама рада посебно новим методама кинезитерапије потребно је да његово школовање траје најмање три године.

Стални напредак медицинских наука, посебно физикалне медицине и рехабилитације, као релативно младе гране, модернизација и развој нових технологија рада, проширивање делокрута рада физиотерапеута и терапеута радом и шире повезивање физикалне медицине са граничним дисциплинама, намећу потребу за високим образовањем терапеута као што се то чини у развијеним земљама.

Желим да кажем још и то да нам и даље недостаје јединствен школски простор на прихватљивој локацији у граду као и опрема, што и не зависи много од нас. Међутим, недостаје нам на жалост, још увек и после 30 година успешног рада уџбеничка литература, посебно из неких значајних уже стручних области. Набројаћу неке од њих са жељом да ово буде још један подсти-

цај, или, још једна молба и бившим и садашњим наставницима за писањем, тачније речено завршавањем, давно започетих писаних цео живот, рукописа: Патологија, Кинези-терапија, Радна терапија, Протетика и ортогика, Хирургија и ортопедија...

У сваком случају **МНОГО ХВАЛА** свим наставницима који су ралећи свој основни посао у здравственим установама налазили времена да квалитетно и одговорно воде наставу - испите - дипломске испите, не у 1/3, већу 3/3 преко пуног радног времена, ми то сви знамо, памтимо и ценимо.

Хвала и нашим бившим студентима што часно и високопрофесионално афирмишу нашу професију.

Нашли смо снаге да у овим тешким временима овај јубилеј обележимо скромно, али и храбро рађањем нашег часописа. Стаће чврсто на ноге, ако га сви подржимо. Хвала и редакцији!

ОКТОБАРСКИ СУСРЕТИ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА СРБИЈЕ - БРЕЗОВИЦА 95.

Друштво физиотерапеута и радних
терапеута Србије

Стручни скупови терапеута апсолутно иду узлазном линијом, што је потврдио стручни део ових сусрета. Нов квалитет су излагања кратка, јасна, са пуно података из праксе и искуства, систематизована и статистички обрађена, изложена сликовито на фолијама и дијафилмовима. Велики број радова је обрађивао процену, као значајан део терапијског програма. Исти предмет процене нпр. постоја, стопало, моторика, су обрађени од различитих аутора, прихватљиво и треба радити на усавршавању, усклађивању и уједначавању тог материјала. Треба га припремити за лако и једноставно коришћење у свакодневној пракси терапеута, као и за нумеричку и статистичку обраду података. По нашој процени то је најпречи задатак за будући рад, од изузетног значаја за стручну и научну афирмацију. У вези са овим Школа би била обавезна да у процесу образовања да свеобухватније, опширније, дескриптивне тестове за сва патолошка стања, која се по програму обрађују.

Предлажемо да на нашим стручним скуповима носиоци радова буду терапеути, сами или са осталим тимским сарадницима.

- да један аутор (или група) презентује највише два рада на једном стручном скупу.

- да се слободне теме и део у вези са главном темом, а по процени стручног одобра, изложе преко постера.

- да се програмом предвиди основна тема за дискусију, предвиди време и модератор, са обавезом да се донети закључци објаве.

Н.С.

СТУЧНО САВЕТОВАЊЕ ФИЗИО И РАДНИХ ТЕРАПЕУТА СРБИЈЕ

у Крагујевцу, 10. 11. 1995.

Тема саветовања је била Рано откривање сколиозе, превенција и физикално лечење. Велик број присутних из целе Србије је потврдио значај и актуелност одбране теме за излагање и дискусију. Први пут су на истом месту били окупљени физијатри, ортопеди, школски лекари, терапеути, наставници физичког васпитања, учитељи и родитељи.

Физиотерапеути и радни терапеути Клиничко болничког центра Крагујевац, уз свесрдну подршку представљених, већ други пут врло успешно организују овакве сусрете. Треба их подржати у жељи да постану традиција



МЕСЕЦ ДАНА ЗАВОДА ЗА ЦЕРЕБРАЛНУ ПАРАЛИЗУ И РАЗВОЈНУ НЕУРОЛОГИЈУ, БЕОГРАД, СОКОБАЊСКА 17а

Током октобра и новембра месеца прошле, за нас јубиларне 1994. године, у којој се навршило 35 година постојања и рада ЗАВОДА

ЗА ЦЕРЕБРАЛНУ ПАРАЛИЗУ И РАЗВОЈНУ НЕУРОЛОГИЈУ, као јединствене високо специјализоване дечије здравствене установе неуролошко-хабилитационог типа, поводом ДАНА ЗАВОДА одржао се програм МЕСЕЦ ДАНА ЗАВОДА ЗА ЦЕРЕБРАЛНУ ПАРАЛИЗУ И РАЗВОЈНУ НЕУРОЛОГИЈУ.

Окосницу програма су чинили скупови и садржаји намењени побољшавању хабилитације и побољшању квалитета живота наших пацијената.

Централни стручни догађај прошлогодишњег програма је био - Семинар са темом РИЗИК НА РОЂЕЊУ, рано откривање церебралне парализе, хабилитација и професионално оспособљавање.

Ове године поводом ДАНА ЗАВОДА током октобра и новембра месеца одржан је низ стручних скупова и других манифестација обједињених у јединствени програм МЕСЕЦ ДАНА ЗАВОДА ЗА ЦЕРЕБРАЛНУ ПАРАЛИЗУ И РАЗВОЈНУ НЕУРОЛОГИЈУ, 1995. године.

Тема је била „Детство, хабилитација, интеграција“, која се, тематски надовезала на прошлогодишњи семинар.

У преко 30 реферата, наши стручњаци су претставили дијагностичке и терапијске, медицинске, психолошке, социјалне и едукативне аспекте хабилитације и показали пуно професионалну зрелост.

Овом приликом обавештавам све читаоце листа Физикална терапија да ће и следеће године 1996. током октобра и новембра месеца одржати богат програм, веома разноврсног садржаја, који ће објединити низ разноврсних манифестација усмерених на ометено дете, а све у оквиру програма МЕСЕЦ ДАНА ЗАВОДА.

У том смислу, позивамо читаоце листа Физикална терапија да планирају и узму учешће у нашем програму.

РАДОВАНОВИЋ ДРАГАНА

Виши физиотерапеут

ВИША МЕДИЦИНСКА ШКОЛА, САВЕЗ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА СРБИЈЕ – ДРУШТВО
ФИЗИОТЕРАПЕУТА И РАДНИХ ТЕРАПЕУТА СРБИЈЕ, објављује

КАЛЕНДАР СЕМИНАРА ИНОВАЦИЈА
за школску 1995/96.годину

1. ТЕХНИКА ПРОПРИОЦЕПТИВНЕ ФАЦИЛИТАЦИЈЕ (30 часова)
 - 17.05.-22.05.1996.године
 - 21.06.-26.06.1996.године
 - Семинар води: мр Лепосава Јовановић и Радојка Ковачевић
 - Цена: 400 динара.

2. НОВЕ АПАРАТУРНЕ ТЕХНИКЕ У ЕЛЕКТРОТЕРАПИЈИ (24 часа)
 - 18. и 19.11.1995.године
 - 17. и 18.02.1996.године
 - Семинар води: проф.др Душан Кунеј
 - Цена: 300 динара.

3. ТЕХНИКЕ МОБИЛИЗАЦИЈЕ ЗГЛОВОВА ЕКСТРЕМИТЕТА (30 часова)
 - 31.05.-05.06.1996.године
 - 05.07.-10.07.1996.године
 - Семинар води: Радојка Ковачевић и мр Лепосава Јовановић
 - Цена: 400 динара.

4. РЕЛАКСАЦИЈА (15 часова)
 - 15. и 16.12.1995.године
 - 14. и 15.09.1996.године
 - Семинар води: проф.др Вера Иланковић
 - Цена: 200 динара.

5. МЕТОДЕ ПРОГРЕСИВНОГ ОПТЕРЕЉЕЊА У ПОВЕЉАЊУ МИШИТНЕ СНАГЕ (20 часова)
 - 27. и 28.01.1996.године
 - 11. и 12.05.1996.године
 - Семинар води: мр Милена Милојевић и Ранка Марић
 - Цена: 300 динара.

6. ОБРАДА РЕФЛЕКСНИХ ЗОНА СТОПАЛА (25 часова)

02.02.-06.02.1996.године

24.05.-28.05.1996.године

Семинар води: Јулка Пантић и мр Милена Милојевић

Цена: 300 динара.

7. ПСИХОФИЗИЧКА ПРИПРЕМА ТРУДНИЦА (30 часова)

02.04.-07.04.1996.године

04.06.-09.06.1996.године

Семинар води: проф.др Вера Иланковић

Цена 400 динара.

8. РЕФЛЕКСОТЕРАПИЈА СА ОСНОВАМА КЛАСИЧНЕ МАСАЖЕ (50 часова)

01.12.-10.12.1995.године

15.01.-24.01.1996.године

Цена: 550 динара.

Рокови за пријављивање су десет дана пре почетка семинара.

Адреса и телефон за пријављивање

Виша медицинска школа

11080 Земун

Цара Душана 254

Телефон: 011/618-024

Минималан број полазника 10.

Семинари су намењени физиотерапеутима и лекарима.

Место одржавања настава ВИША МЕДИЦИНСКА ШКОЛА и наставне базе.

На крају семинара учесници добијају Уверење о одслушаној настави и овладаним вештинама.

Уплату извршити на рачун:

САВЕЗ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА СРБИЈЕ

40806-678-6-14840 са назнаком "за семинар иновација".

* ШКОЛА ЋЕ ОРГАНИЗОВАТИ ПРИПРЕМУ ЗА УПИС СРЕДЊОШКОЛАЦА НА СВЕ СТУДИЈСКЕ ГРУПЕ.

СЕМИНАРИ СЕ НА ВАШИ ПОЗИВ И ПРЕДЛОГ МОГУ ОРГАНИЗОВАТИ У ВАШОЈ УСТАНОВИ

КАЛЕНДАР СТРУЧНИХ АКТИВНОСТИ ЗА 1996.

- април - Једнодневни семинар „Завода за рехабилитацију Др. М. Зотовић“, Београд, Сокобањска 13,
- мај - Мајски сусрети здравствених радника Србије и Југославије
Друштво физиотерапеута и радних терапеута - теме
1. Радна терапија - заступљеност и значај
2. Физиотерапеут у спорту
3. Слободне теме
- септембар - Терапеутски дани Крагујевца, Клиничко-болничког центра Крагујевац
- октобар-новембар - Дани Завода за церебралну парализу и развојну неурологију, Београд, Сокобањска 17а
- новембар - Једнодневни стручни семинар, Клинике за физикалну медицину, рехабилитацију и протетику Ниш

ОБАВЕСТИТЕ НАС О ВАШИМ СТРУЧНИМ ПЛАНОВИМА И АКТИВНОСТИМА У 1996.

ФИЗИКАЛНОМ ТЕРАПИЈОМ ЗА НАЈБОЉЕ РЕЗУЛТАТЕ

ДРУШТВО ФИЗИОТЕРАПЕУТА ЕНГЛЕСКЕ, У ОКВИРУ СВЕТСКЕ КОНФЕДЕРАЦИЈЕ ФИЗИОТЕРАПЕУТА (WCPT) организује другу конференцију у Eastbourn-у, Енглеска од 12-15. септембра 1996. године.

Конференција ће свестрано обухватити клиничку ефикасност физикалне терапије кроз главне теме: резултати, клинички преглед, истраживања, ефекти, континуиран професионални развој, упутства и протоколи. Заинтересовани за детаље у вези Конгреса могу се обратити на адресу:

The Events Unit at the Chartered Society of Physiotherapy, 14 Bedford Row, London, WC1R 4 ED, U.K.

СЛУЖБА ЗА ПРИБИЛИ ПРОМЕТ
40110

ПОСЕБНА УПЛАТНИЦА

ПРИЗНАНИЦА

Уплаћено је: Петар Петровић
Београд
Служба доставља: Друштво физиотерапеута Србије и Југославије
Примљено: Драго доо Београд

Датум: 40,00Број рачуна: 40815-601-2-53851

Адреса редакције

ДРАГО доо,

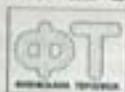
11070 Нови Београд,
Булевар АВНОЈА-а 166

Жиро рачун

40815 - 601 - 2 - 53851

са знаком за ФТ

БУДИТЕ РЕДОВАН ЧИТАЛАЦ
ПРЕТПЛАТИТЕ СЕ НА



ПРЕТПЛАТА ЗА 1996. ГОДИНУ ЈЕ ЈОШ УВЕК 40,00 ДИНАРА
АКО ЖЕЛИТЕ НАЈЈЕДНОСТАВНИЈЕ ЈЕ ДА СЕ ЈАВИТЕ ТЕЛЕФОНОМ
ПА ЋЕ ВАМ ЧАСОПИС БИТИ ДОСТАВЉЕН ПОУЗЕТЕМ

Објављено у МЕДИЦИНСКОМ ГЛАСНИКУ бр. 8,9,10 из 1968. године

РЕХАБИЛИТАЦИЈА ОНЕСПОСОБЉЕНИХ ОСОБА

Прим. др МИРОСЛАВ ЗОТОВИЋ

НАСТАВАК
ИЗ ПРОШЛОГ БРОЈА

У здравственим установама које су претрпеле преображај у смислу савремених схватања, пацијенту се, чим стање здравља дозволи, омогућавају са одређеним циљем извесне активности. У одељењима за терапију радом пацијенти се не оспособљавају само медицински. У тим одељењима врши се и такозвана препрофесионална рехабилитација: испитују се склонасти и могућности пацијената, утврђује њихова радна способност, вежба радна издржљивост и стварају радне навике. У оним болницама где се терапија радом развила у правцу реалних занимања: столарство, машинска механика, радиотехника и друго, заврши се готово половина посла на професионалној рехабилитацији пацијента. Пацијент одатле медицински опорављен и припремљен за рад, одлази у фабрику, заштитну радноницу, школу или неку другу институцију где наставља своју професионалну рехабилитацију. Доказано је да је у овим болницама лечење било знатно скраћено и да је потреба за професионалном рехабилитацијом била знатно мања, а у случајевима где је била потребна, била је у великој мери олакшана и јефтинија, јер су пацијенти у знатној мери били припремљени за поновно преузимање посла.

Према рехабилитацији као специјалности, односно посебној медицинској дисциплини, извесан број лекара осталих специјалности, је прилично резервисан, можда из разлога што је у своме називу везана за физикалну медицину, односно физикалну терапију. Тај назив није баш срећно изабран. Американци су га недавно променили и предложили да се исти назив измени и у Међународном програму за рехабилитацију.

Ово се слаже са оним што сам у почетку истакао, да се рехабилитација не може односити само на органе става и покрета (да избегнемо неадекватан израз локомоторни апарат), већ на све органе, односно на све медицинске специјалности.

Американци су узели нови израз Рехабилитацион Медицине, који би ми могли погрешно превести и назвати га медицинском рехабилитацијом. Међутим, они за медицинску рехабилитацију имају свој израз Медицал Рехабилитацион.

Израз Рехабилитацион Медицине на нашем језику, можда на један описан начин могао би да значи: медицина у процесу рехабилитације, односно њена улога или место у том процесу.

Рехабилитација
онеспособљених - обавеза
савременог друштва

Велики број онеспособљених особа у заједници представља знатан економски терет - двоструке трошкове: губитак људске радне снаге и велике суме новца издате за лечење, пензије, социјалну помоћ и друга средства, неопходна за живот. Али, од овог економског губитка можда је најзначајније социјално здравље које заједница може да обезбеди ако омогући и великом броју онеспособљених да учествују у њеном заједничком животу. Народ широм света и њихове друштвене заједнице дошле су до сазнања да су проблеми онеспособљених општи проблеми који се успешно могу да решавају једино ако друштво схвати: 1) да онеспособљена особа има у заједници сва права која имају и способне особе; 2) да она има право на конструктивну помоћ друштва; 3) да је у стању да развије своје преостале способности до високог степена, ако

јој се пружи могућности да то учини; 4) да је по завршеној рехабилитацији дужна да у границама својих могућности допринесе општем добру заједнице, и 5) да исто тако као и здрава особа, не воли да буде изолована у кући или неком дому, већ жели да живи у заједници као њен активан и незаписан члан.

Ови захтеви у складу су са Декларацијом о праву човека, коју је усвојила и прокламовала Генерална скупштина Уједињених нација, а која гласи:

Сваки човек и сваки члан његове породице имају право на животни стандард, који одговара добром здрављу и добром начину живота. Под овим се подразумевају, исхрана, смештај, одевање, медицинска и социјална помоћ; затим право на осигурање у случају болести, неспособности, незапослености, старости или ма које друге невоље, коју угрожена особа не може сама да уклони или пребори.

Кад последње болести или повреде ограниче радну способност једне особе и онемогуће јој упослење, онда се јављају следећи проблеми: сама особа губи способност привређивања, њени односи у друштву се ремете и она постаје зависна; породица такве особе губи или прима мање приходе и бива оптерећена бригом и трошковима; заједница губи допринос који је давала та особа, њени материјални издаци су већи и број њених зависних чланова се повећава.

Став јавности је од битног значаја за онеспособљену особу, без обзира на то да ли је у питању дете или одрасла особа. У земљама с нижим ступњем образовања још увек постоје предрасуде и наопака схватања према којима, на пример, дефектно дете представља казну за грешне родитеље. У напредним земљама са вишом просвећеношћу друштва, таквих предрасуда и на-

зидних схватања нема. Али, и у тим земљама, не само да се не познати доволно потенцијалне могућности онеспособљених особа после рехабилитације, већ се онеспособљене особе често сматрају особама ниже вредности које треба сажаљевати и награђивати љубазношћу.

Противу тако погрешних схватања, треба се борити и указивати на правичан став, који јавност треба да заузме према онеспособљеним особама.

Успеси, које је медицина забележила у првој половини овог столећа, збила су велики. Многе болести које су некад владале и доводиле до смрти, не представљају више опасност као раније неке од њих су и потпуно елиминисане. Смртност леце у односу на 1900. год. сведена је у мнатим земљама на четвртину, а смртност мајки на још мању мери. Људски век је продужен. У преисторијско доба, трајање људског живота износило је у просеку 18 год. У доба древног Рима 25, а почетком овог столећа нешто преко 45 год. Да би се трајање људског живота удвостручило тј. попело од 25 на 49 год., требало је да прође 2.000 год., 1960. год. трајање људског живота (разуме се не у свим земљама) износило је 70 год. Дакле сама у периоду од 60 год., тј. од 1900-1960. год., људски век је продужен за 20 год.

Поводом овога Бернард Барух, коментаришући најзначајније догађаје који су се одиграли у последњих пала столећа вели да је пораст човечијег живота за 20 год. у периоду од 60 год., имао далеко већи медицински, социјални и економски значај, него ли што су га имали успеси постигнути у ваздушном саобраћају, на атомском и другим пољима људске делатности.

Ови успеси сачували су животе, али су створили нове проблеме и довели до појаве разних хроничних болести у вези са старосну као и до многобројних инвалидских стања, која медицина још није у стању да спречи. С овим успехом у погледу продужења људског живота, медицина не може бити задовољна, јер није довољно, како каже Барух, животу додати године, потребно је исто тако и гадинама дати добар живот.

Поред ових болести у вези са старосну, ни за многа друга обољена као што су кардиоваскуларна, реуматична, мултипла склероза, прогресивна мишићна дистрофија, церебрална парализа и друга, медицина нема данас специфична средства. Превентивни свакако припада будућност у медицини. Али, докле год медицина не пронађе лек за

спречавање и лечење разних обољена која проузрокују таква инвалидна стања, не остаје нам ништа друго, већ да прихватимо рехабилитацију, помоћу које можемо да научимо онеспособљене људе да живе и раде у границама својих способности, али с пуним искористићем преосталих могућности.

Рехабилитација је појам неабичне снаге. Њен социјални значај је веома велики, а ништа није мањи ни њен хумани и економски значај. Једино се кроз њу онеспособљена лица могу подићи у здравственом, социјалном и економском погледу и на тај начин учинити самосталним. Рехабилитација подиже ниво медицинске науке, регулише правилне односе не само између онеспособљених и способних, већ уопште међу људима у друштву, и задире дубоко у економију једне земље. Због свега овога, рехабилитацију морамо прихватити као друштвену обавезу.

Широку јавност путем свих расположивих средстава треба најпре упознати с потребама и могућностима онеспособљених особа, као и са користима које пружа савремена рехабилитација, затим је упознати са обавезама које заједница има према онеспособљеним особама, са њиховим радним ефектом, који на добро одабраном месту може бити далеко већи него што се мисли, те на тај начин придобити друштво за сарадњу и уз његову помоћ омогућити што већем броју онеспособљених људи повратак у нормалан живот.

КРАЈ

Милорад Јевтић

РЕХАБИЛИТАЦИЈА НЕУРОЛОШКИХ БОЛЕСНИКА

„Графичар“ Крагујевац, 1995, стр. 144

Место физикалне терапије и медицинске рехабилитације у неуролошким болестима је данас огромно, што је већ и даншња познато. Покривајући једну велику празнину у нашим стручним просторима ова књига заиста пружа драгоцену масу актуелних информација неопходних за рехабилитацију неуролошких болести чинећи је аутентичним и квалитетним уџбеником намењеном за стицање знања на студима медицине, али свакако и после њих. Висока професионалност аутора књиге открива највише захтеве које је ставио пред себе и његов алтруистички однос према пацијентима, чија нас нада на овакву успешност рада и обавезује. (Михајло М. Пантовић, из Предговора).

Након општег дела обрађена је рехабилитација болесника са лезијом периферног моторног неурона, централног моторног неурона и комбинованих лезија.

Милорад Јевтић, Крсто Вранић и Милован Зечевић

РЕХАБИЛИТАЦИЈА ПОСТРАУМАТСКИХ И ОРТОПЕДСКИХ СТАЊА

„Таково“ Горњи Милановац, 1995, стр. 236

Рукопис је написан јасним стилем, у њему коришћена савремена номенклатура, а захваљујући педагошком искуству сва три аутора корисно ће послужити, не само физичарима, ортопедима и трауматолозима, него и другим медицинским радницима ангажованим у лечењу и функционалном оспособљавању повређених и обољелих ортопедских болесника.

Вера Иланковић и Никола Иланковић

СХИЗОФРЕНИЈА БОЛЕСТ ДУШЕ И/ИЛИ ТЕЛА

Моторни дефицит код шизофреније - процена и третман

ЦИБИФ Медицински факултет, Београд 1995, стр. 172.

Монографија представља значајан допринос у расветљавању једне важне, до сада занемарене, секције душевних болести - моторног дефицита, који у великој мери доприноси инвалидности болесника обољелих од хроничних психоза и других комплексних неуропсихијатријских болести. Обрађена су подручја: Функционална неуроанатомија и клиничка патологија моторног система Функционална процена моторног дефицита, као и Елементи моторног развоја (развоја рефлексне активности, постуралних рефлексних реакција, поремећаја тонууса, итд.). Представљене су теоријске основе и практична примена специјалних кинезитерапијских техника (Бобатове, Војтине, Кабатове) и техника релаксације. Саопштени су резултати истраживања моторног дефицита код обољелих од резидуалних психоза. Представљена је пионирска примена специјалних кинезитерапијских техника на популацији хроничних „душевних“ болесника, а евалуација резултата указује на велику могућност ублажавања психомоторних оштећења код најтеже психијатријске болести - шизофреније.

КАТАЛОГ ВЕШТИНА

Виша медицинска школа у Београду, 1994.

Студијска група виших терапеута - смер физиотерапеут

Из предговора:

КАТАЛОГ ВЕШТИНА представља систематизоване вештине, знања и ставове, које студент смера физиотерапеута стиче кроз дво и по годишње више образовање у Вишој медицинској школи у Београду.

Реч је о стручном образовању, где се очекује од савршеног студента да се одмах директно и одговорно укључи у процес рада, да квалификовано и квалитетно обавља послове и задатке физиотерапеута. Обзиром на широко поље рада, све веће захтеве струке, Каталог вештина има за циљ да укаже на умећа и знања која се стичу на овом нивоу образовања.

Конкретним, јасним приступом Каталог говори о вештинама, поступцима, ставовима, техникама и методама, које студент мора да савлада кроз практичну наставу уже стручних предмета током реализације програма образовања. Програми практичне наставе су далеко обимнији. Њихови садржаји и методе реализације се перманентно иновирају. Каталог представља обавезни фонд вештина које омогућавају савршеном студенту лако укључивање у рад, наставнику је подсетник на обавезу у реализацији програма, а послодавцу, односно организатору посла, увид у стручне могућности дипломираног вишег физиотерапеута.

Овај фонд вештина сматрамо основним захтевом струке и минималним условом за квалитетно, одговорно и самостално обављање послова и радних задатака у свим областима које запошљавају терапеуте. Развој медицинске науке, велики број специјалистичких и субспецијалистичких грана, указује на потребу да се терапеути укључе и у те области рада, па је значајан број вештина дат на нивоу демонстрација или само информација, а требало би их савладати. Стицање вештина захтева континуиран рад са пацијентом, материјалом и опремом, захтева велики број понављања, што иде у прилог значаја, квалитета и фонда часова практичне наставе...

Из садржаја:

Обрађени су наставни предмети:

Кинезиологија, Кинезитерапија, Клиничка кинезитерапија, са областима: траума, ампутација екстремитета, лоша држања код деце, структуралне сколиозе и кифозе, реуматска оболења, бол у леђима, инфаркт миокарда, респираторна оболења, повреде и оболења периферног нервног система, спиналне лезије, повреде главе и цереброваскуларни инсулт, М. Паркинсон, мултипла склероза,

дечија церебрална парализа, конгениталне мање и порођајне трауме, Физикална терапија и Клиничка физикална терапија.

Изашло из штампе:

Др. Мила Поповић

Прим. др. Стеван Јовић

КИНЕЗИТЕРАПИЈА РЕСПИРАТОРНИХ ПОРЕМЕЋАЈА

„15 фебруар“ Београд, 1995, стр. 124

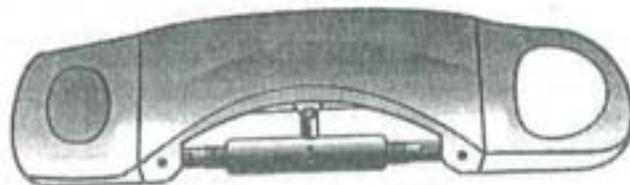
ЕКОВЕЛ

Атеље за израду сопствених патената и модела

ГРУЈИЧИЋ ВЕЛИМИР

фрање Крча 20, 11080 Земун

Тел. 011 / 23-53-054



„ЕКОВЕЛ“ ПОДЕШАВАЈУЋИ УЛОШЦИ ЗА
КОРЕКЦИЈУ СТОПАЛА П-77/94

Препоручују се у свакодневној превенцији равног стопала, једноставно се примењују и омогућавају корекцију висине свода до физиолошких граница. Безболно и успешно коригују спуштен свод стопала.

Награђени су златном медаљом са специјалном наградом жирија у Бриселу „ЕУРЕКА“ 94, златном медаљом „Никола Тесла“ на изложби проналазака у Београду 95. г. и златном медаљом „Михаило Пупин“ на Сајму технике у Београду 95. г.

HOUGHTONS

Suppliers of Books to the Physiotherapy
& Paramedical Professions

17 Gloucester Road
Alkington, Middleton
Manchester M24 1HT
Telephone/Fax : 0161 654 7831

Љубазношћу информативне службе Друштва физиотерапеута Енглеске, добили смо њихов информатор о новим издањима из струке, по алфавитном реду аутора.

Послали су нам и Каталог фирме, који је систематизован по областима, из кога указујемо на неке наслове:

ACTIVITIES

Axline. PLAY THERAPY. 1989.

Breines. O.T. ACTIVITIES FROM CLAY TO COMPUTERS 1994.

Dalley. HANDBOOK OF ART THERAPY. 1991.

AMPUTEES

May. AMPUTATIONS & PROSTHETICS: A CASE STUDY APPROACH. 1995.

ANATOMY

Palastanga. ANATOMY & HUMAN MOVEMENT. 1994.

ASSESSMENT

Boissonnault. EXAMINATION IN PHYSICAL THERAPY PRACTICE. 1995.

Brimer. CLINICAL CASE IN PHYSICAL THERAPY. 1995.

Craik. GAIT ANALYSIS. 1994.

Hamill. BIOMECHANICAL BASIS OF HUMAN MOVEMENT. 1995.

Hislop. DANIELS & WORTHINGHAM'S MUSCLE TESTING. 1995.

THE BACK / BACK PAIN

Cailliet. LOW BACK PAIN SYNDROME. 1995.

BIOMECHANICS

Burstein. FUNDAMENTALS OF ORTHOPEDIC BIOMECHANICS. 1994.

Hall. BASIC BIOMECHANICS. 1995.

CEREBRAL PALSY

Levitt. TREATMENT OF CEREBRAL PALSY & MOTOR DELAY. 1995.

CHILDREN

Benson. CHILDREN'S ORTHOPEDICS & FRACTURES. 1994.

Campbell. PHYSICAL THERAPY FOR CHILDREN. 1994.

Case-Smith. PEDIATRIC O.T. & EARLY INTERVENTION. 1994.

Henderson. HAND FUNCTION IN THE CHILD. 1994.

Long. HANDBOOK OF PEDIATRIC PHYSICAL THERAPY. 1995.

ELDERLY

Pickles. PHYSIOTHERAPY WITH OLDER PEOPLE. 1995.

ELECTROTHERAPY

Baxter. THERAPEUTIC LASERS. 1993.

Emberson. INTERFERENTIAL THERAPY WORKBOOK. (LOOSE-LEAF) 1995.

Kahn. PRINCIPLES & PRACTICE OF ELECTROTHERAPY. 1994.

ETHICAL

Bailey. ETHICAL & LEGAL DILEMMAS IN O.T. 1994.

EXERCISE

Adler. PNF IN PRACTICE: AN ILLUSTRATED GUIDE. 1993.

Hasson. CLINICAL EXERCISE PHYSIOLOGY. 1994.

THE FOOT

Donatelli. BIOMECHANICS OF THE FOOT & ANKLE. 1995.

GENERAL OCCUPATIONAL THERAPY

Hagedorn. O.T. : PERSPECTIVES & PROCESSES. 1994.

Hansen. CONDITIONS IN OCCUPATIONAL THERAPY. 1993.

Jaffe. O.T. CONSULTANT: THEORY, PRINCIPLES & PRACTICE.

GENERAL PHYSIOTHERAPY

Myres. SAUNDERS MANUAL OF PHYSICAL THERAPY PRACTICE. 1995.

THE HAND

Hunter. REHABILITATION OF THE HAND. 1995.

INCONTINENCE

Schussler. PELVIC FLOOR RE-EDUCATION. 1994.

KINESIOLOGY

Dvir. ISOKINETICS: TESTING, INTERPRETATION & CLINICAL APPLICATIONS. 1995.

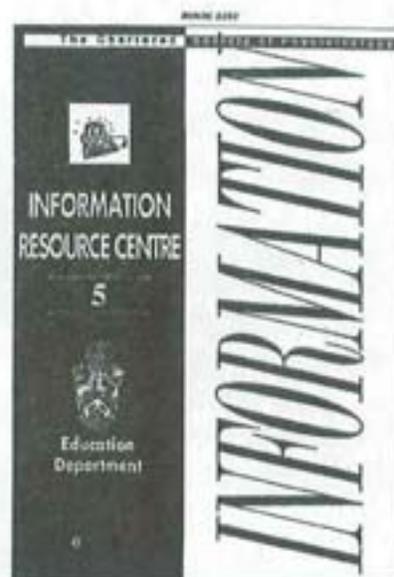
Enoka. NEUROMECHANICAL BASIS OF KINESIOLOGY. 1994.

Lippert. CLINICAL KINESIOLOGY FOR PHYSICAL THERAPY ASSISTANTS. 1994.

Smith. BRUNNSTROM'S CLINICAL KINESIOLOGY. 1995.

THE KNEE

Mangine. PHYSICAL THERAPY OF KNEE. 1994.

**MOVEMENT**

Rothwell. CONTROL OF HUMAN VOLUNTARY MOVEMENT. 1994.

MUSCLES

Geiringer. MUSCLE TESTING HANDBOOK. 1994.

MUSCLO-SKELETAL

Refshauge. MUSCULOSKELETAL PHYSIOTHERAPY: CLINICAL SCIENCE & PRACTICE. 1994.

NEUROLOGY

Powell. HEAD INJURY: A PRACTICAL GUIDE. 1994.

Umphred. NEUROLOGICAL REHABILITATION. 1992.

ORTHOPEDICS

Donatelli. ORTHOPEDIC PHYSICAL THERAPY. 1993.

Penrose. O.T. FOR ORTHOPEDIC CONDITIONS. 1993.

ORTHOTICS

Rose. ORTHOTICS: CLINICAL PRACTICE & REHABILITATIVE TECHNOLOGY. 1995.

PARKINSON'S DISEASE

Turnbull. PHYSICAL THERAPY OF PARKINSON'S DISEASE. 1992.

RESPIRATORY & CARDIAC CARE

Irwin. CARDIOPULMONARY PHYSICAL THERAPY. 1995.

SPORTS INJURIES

Fa. SPORT INJURIES: MECHANISMS, PREVENTION & TREATMENT. 1994.

Zulaga. SPORTS PHYSIOTHERAPY: APPLIED SCIENCE & PRACTICE. 1995.

Physiotherapy for Best Effect

The Conference

Following on from the first successful WCPT-Europe conference in Copenhagen in 1994, The Chartered Society of Physiotherapy is to host the second conference will be broad based and will look at the clinical effectiveness of physiotherapy. Topics covered will be:

Outcomes

Clinical Audit

Research

Effectiveness

Continuous professional development

Guidelines

Protocols

The Venue

Eastbourne is a seaside town on the South Coast of England. It has a wide range of entertainment facilities and sea front attractions. The South Downs are nearby and the surrounding countryside is dotted with historic castles, stately homes and picturesque villages.

Transport

Eastbourne is easy accessible for the international visitor. There are fast and frequent trains from London Gatwick airport which is just 40 minutes away. The Channel port of Newhaven is only 20 minutes away, while Dover and the Channel Tunnel are just 90 minutes away.

If you are interested in having further details about the Congress please contact the Events Unit at the Chartered Society of Physiotherapy, 14 Bedford Row, London, WC1R 4ED, U.K.

12-15 September 1996

Devonshire Park Complex
Eastbourne, Sussex, UK



ЈАНУАР

П	У	С	Ч	П	С	Н
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29		31				

ФЕБРУАР

П	У	С	Ч	П	С	Н
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29			

МАРТ

П	У	С	Ч	П	С	Н
			1	2	3	
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

АПРИЛ

П	У	С	Ч	П	С	Н
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29						

МАЈ

П	У	С	Ч	П	С	Н
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

ЈУН

П	У	С	Ч	П	С	Н
				1	2	
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

ЈУЛ

П	У	С	Ч	П	С	Н
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29		31				

АВГУСТ

П	У	С	Ч	П	С	Н
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

СЕПТЕМБАР

П	У	С	Ч	П	С	Н
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

ОКТОБАР

П	У	С	Ч	П	С	Н
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28		30	31			

НОВЕМБАР

П	У	С	Ч	П	С	Н
			1	2	3	
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

ДЕЦЕМБАР

П	У	С	Ч	П	С	Н
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					



1996

**ДОБРО ЗДРАВЉЕ И
УСПЕШНУ ГОДИНУ ЖЕЛИ
ВАМ ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЈА**



PRIVATNO PREDUZEĆE ZA PROIZVODNJU
UNUTRAŠNJU I SPOLJNU TRGOVINU

**„ORTOPEDIJA-LEK” p.o.
BAJINA BAŠTA**

Direkcija: 31250 Bajina Bašta, Mihaila Pupina 2, tel/fax: 031/854-441
Poslovnica: 11000 Beograd, Koste Jovanovića 26, tel/fax: 011/468-912



**Sarađujemo sa svetskim proizvođačima
ortopedskih pomagala**

I INVALIDSKA KOLICA



küschall

1. Elektromotorna invalidska kolica DMA sa suvim baterijama, 2 x 30 Ah i 12 V, širina sedišta 40 i 46 cm, sa mogućnošću prelaženja 29 km sa jednim punjenjem baterija
2. Skuteri DMA sa 3 i 4 točka i mogućnošću prelaženja 40 km sa jednim punjenjem baterija
3. Terenska invalidska kolica ORTOPEDIJA
4. Sobna invalidska kolica raznih tipova i modela
5. Sportska invalidska kolica KÜSCHALL – izrađuju se po meri naručioca od čvrstog aluminijuma, skidanje točkova je „na dugme” i postoji mogućnost izbora velikog broja dodatka i boja
6. Kolica za maraton sa tri točka izrađena po dimenzijama korisnika
7. Specijalna invalidska kolica sa pogonom na jednu ruku
8. Toaletna invalidska kolica DMA

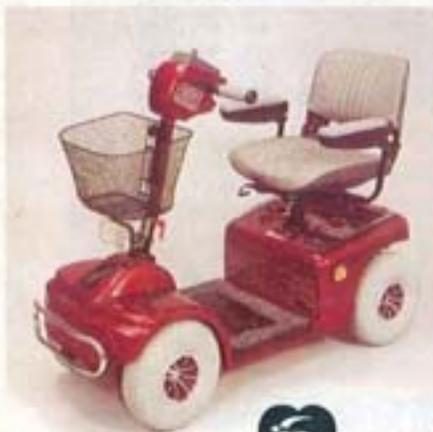


II ANTIDEKUBITNI JASTUCI I DUŠECI

1. Antidekubitni jastuk ROHO sa priborom visine 5 i 10 cm
2. Antidekubitni jastuk sa silikonskom masom
3. Antidekubitni jastuk od suđera
4. Antidekubitni kolot
5. Antidekubitni dušek ROHO sa priborom dimenzija 43 x 82 x 8 cm
6. Dušek za paraplegičare suđerasti 100 x 200 cm

**III URINARI, URIN KATETERI, URIN KESE
I OSTALO**

IV DODACI INVALIDSKIM KOLICIMA



SURACE

I ne zaboravite...

...Mi znamo kako je Vama

