

APOLLINEM MEDICUM ET AESCULAPIUM HYGEAMQUE
AC PANACEAM IURO DEOSQUE OMNES ITEMQUE
DEAS TESTES FACIO ME HOC IUSIURANDUM ET HANC
CONTESTATIONEM PRO VIRIBUS ET IUDICIO MEO
INTEGRE SERVATURUM ESSE:
PRAECEPTOREM, QUI ME HANC EDOCUIT ARTEM,
PARENTUM LOCO HABITURUM VITAM
COMMUNICATURUM EAQUE, QUIBUS OPUS HABUERIT,
IMPERTITURUM; EOS ITEM QUI EX EO NATI SUNT,
PRO FRATRIBUS MASCULIS IUDICATURUM ARTEMQUE
HANC SI DISCERE VOLUERINT, ABSQUE MERCEDE
ET PACTO EDOCTURUM PRAECEPTIONUM AC
AUDITIONUM RELIQUAEQUE TOTIUS DISCIPLINAE
PARTICIPES FACTURUM, TUM MEOS, TUM
PRAECEPTORIS MEI FILIOS, IMMO ET DISCIPULOS,
QUI MIHI SCRIPTO CAVERINT ET MEDICO
IUREIURANDO ADDICTI FUERINT, ALIUM VERO
PRAETER HOS NULLUM.
CETERUM QUOD AD AEGROS ATTINET SANANDOS,
DIAETAM IPSIS CONSTITUAM PRO FACULTATE
ET IUDICIO MEO COMMODAM, OMNEQUE
DETRIMENTUM ET INIURIAM AB EIS PROHIBEBO.
NEQUE VERO ULLIUS PRECES APUD ME ADEO
VALIDAE ERUNT, UT CUIPIAM VENENUM
SIM PROPINATURUS NEQUE ETIAM AB HANC REM
CONSILIUM DABO.
PORRO CASTE ET SANCTE VITAM ET ARTEM MEAM
CONSERVABO.
NEC VERO CALCULO LABORANTES SECABO, SED
VIRIS CHIRURGIAE OPERARIIS EIUS REI
FACIENDAE LOCUM DABO.
IN QUASCUMQUE AUTEM DOMUS INGREDIAR, OB
UTILITATEM AEGROTANTIUM INTRABO, AB
OMNIQUE INIURIA VOLUNTARIA INFERENDA ET
CORRUPTIONE CUM ALIA, TUM PRAESERTIM OPERUM
VENERIORUM ABSTINEBO.
QUAECUMQUE VERO INTER CURANDUM VIDERO
AUT AUDIVERO, IMMO ETIAM AD MEDICANDUM NON
ABHIBITUS IN COMMUNI HOMINUM VITA
COGNOVERO, EA SIQUIDEM EFFERE NON
CONTULERIT, TACEBO ET TAMQUAM ARCANA APUD
ME CONTINEBO.
HOC IGITUR IUSIURANDUM MIHI INTEGRE
SERVANTI ET NON CONFUNDENTI CONTINGAT
ET VITA ET ARTE FELICITER FRUI ET APUD OMNES
HOMINES IN PERPETUUM GLORIAM MEAM
CELEBRARI. TRANSGREDIENTI AUTEM ET PEIERANTI
HIS CONTRARIA EVENIANT.
ČASOPIS PODRUŽNICE SRPSKOG LEKARSKOG DRUŠTVA
U LESKOVCU

APOLONOM LEKAROM I ESKULAPOM, HIGIJOM I
PANAKEJOM SE ZAKLINJEM I PRIZIVAM ZA SVEDOKE
SVE BOGOVE I BOGINJE DA ĆU OVU ZAKLETVU I OVO
PRIZIVANJE, PREMA SVOJIM MOĆIMA I SVOME
RASUĐIVANJU, U POTPUNOSTI OČUVATI.
UČITELJA KOJI ME JE NAUČIO OVOJ VEŠTINI
SMATRAĆU KAO RODITELJA, OBEZBEDIĆU MU
SREDSTVA ZA ŽIVOT I SVE ŠTO MU BUDE BILO
POTREBNO; NJEGOVE SINOVE SMATRAĆU KAO BRAĆU
I, AKO BUDU HTELI DA UČE OVU VEŠTINU, NAUČIĆU
IH PROPISIMA I TEORIJI I SVOJ OSTALOJ NAUCI,
BEZ NAGRADE I UGOVORA; KAKO SVOJE TAKO I
SINOVE SVOGA UČITELJA, ŠTA VIŠE, I UČENIKE KOJI
MI SE BUDU OBAVEZALI PISMENIM UGOVOROM I
LEKARSKOM ZAKLETVOM, NAUČIĆU; OSIM OVIH,
NIKOGA VIŠE.
INAČE, ŠTO SE TIČE OZDRAVLJENJA BOLESNIKA,
DIJETU ĆU IM ODREDITI PODESNU, PREMA SVOJOJ
UMEŠNOSTI I MIŠLJENJU, I OTKLANJAĆU OD NJIH SVAKU
ŠTETU I NEPRAVDU, NITI ĆE IČIJA MOLBA UTICATI
NA MENE DA, BILO KOME, DAM OTROV, NITI SAVET
O OVOME
DALJE, OSTAĆU ČIST I POBOŽAN U SVOME ŽOVOTU
I RADU.
BOLESNIKE KOJI BOLUJU OD KAMENA NEĆU SEĆI,
VEĆ ĆU PREPUSTITI ONIMA KOJI SE BAVE
HIRURGIJOM DA TO UČINE, U KOJU GOD KUĆU
BUDEM UŠAO, UĆI ĆU NA KORIST BOLESNIKA,
KLONIĆU SE DA NE NANESEM NAMERNU NEPRAVDU,
NITI DA UČESTVUJEM S NEKIM U NEPRAVDI,
KAO I OD SLADOSTRAŠĆA. O SVEMU ŠTOGOD ZA
VREME LEČENJA BUDEM VIDEO ILI ČUO, AKO
BUDEM SAZNAO ZA NEKO SREDSTVO ZA LEČENJE
KOJE JOŠ NIJE IZIŠLO PRED JAVNOST, AKO NIJE
DOZVOLJENO IZNETI, ĆUTAĆU I ČUVAĆU
KAO TAJNU.
NEKA OVU ZAKLETVU U POTPUNOSTI ODRŽIM
NEPOKOLEBAN I SREĆNO UŽIVAM U SVOME
ŽIVOTU I RADU I NEKA ME ZA VEČITA VREMENA
SLAVI CEO SVET.
PRESTUPNIKU I KRVOKLETNIKU NEKA SE
DOGODI SUPROTNO.

APOLLINEM MEDICUM

Časopis Podružnice Srpskog lekarskog društva u Leskovcu broj 4, februar 1984.

Uredivački odbor:

dr Istrael Beraha, dr Aleksandar Jan-
ković, prim. dr Božidar Jović, prim
dr Milan Levi, prim. dr Miloš Manić,
prim. dr Dragomir Marković, dr Lju-
biša Matić, prim. dr Miodrag Pavlović,
dr Vlastimir Perić, dr Tomislav Pet-
ković, dr Mile Popović, prim. dr
Vukadin Ristić, prim. dr Živka Sretić,
prim. dr Milorad Sokolović, prim. dr
dr Slobodan Sojanović, prim. dr To-
mislav Stojčić, prim. dr Miodrag
Tasić

Glavni i odgovorni urednik:

dr Miomir Milovanović

Izdavački savet:

prim. dr Vukadin Ristić, predsednik,
dr Vlastimir Cvetković, prim. dr Dra-
gomir Marković, Miroslav Milova-
nović, profesor, Slobodan Mladenović,
profesor, dr Veselin Petrović, prim.
dr Živka Sretić, prim. dr Siniša Sta-
menković, dr Dušan Stošić, prim. dr
Miodrag Tasić, dr Petar Vukićević

UZ NOVI BROJ

Pred Tobom se, dragi čitaocē, nalazi četvrti broj Zbornika radova sa promenjenom koncepcijom, oblikom i imenom. Ove promene su učinjene sa željom da se časopis još više prilagodi potrebama i zadacima u našoj podružnici. Prvi brojevi Zbornika i trud koje je u njih uložio prim. dr Božidar Jović imaju nezaobilazno mesto i značaj jer su započeli i prokrčili uvek težak početni put.

Časopis se sastoji od 3 dela. Prvi deo se sastoji od originalnih stručnih i naučnih radova. Svesni naših ograničenja, ali i mogućnosti, smatramo da, uz individualan i zajednički napor, treba i možemo da korektno izvodimo i pišemo istraživanja i radove koji bi bili u skladu sa naučno-metodološkim principima, i u korektnoj, u svetu prihvaćenoj, kao plod dugogodišnjih iskustava, formi. Ovakav put ne samo da vodi kvalitetu radova i našeg časopisa već i ka sve kreativnijim i vrednijim stručnim i naučnim doprinosima. Svaki rad će biti pregledan od strane urednika za određenu granu medicine, koji može prihvatiti rad, eventualno u kontaktu sa autorom sugerirati izvesne korekcije ili konsultovati nekog od eminentnih jugoslovenskih stručnjaka iz date oblasti.

Drugi deo je posvećen kontinuiranom usavršavanju i praćenju razvitka medicine. U okviru ovog dela tema broja treba da prikaže neki problem, novu tendenciju ili otkriće u nekoj grani medicine i da posluži kao povod i uvod u razgovor koji treba da bude zajedničko kritičko promišljanje toga problema i u vezi sa tim naše aktuelne prakse i konkretnih mogućnosti da se pozitivna iskustva primene u našoj svakodnevnoj praksi. Slede rubrike: Obrada pojedinih problema, u kojoj bi kolege sa bogatijim iskustvom obradili pojedine probleme, o kojima piše po našim knjigama, ali na krajnje koncizan i za praksu primeren način, Prikaz novih knjiga, Iz časopisa, Izveštaj sa kongresa, seminara, Pisma uredništvu (predlozi, mišljenja, nove ideje, osvrti, kritike).

Treći deo „Prilozi istoriji našeg zdravstva“ je zamišljen kao dokumentacija našeg stručnog života i rada i namenjen je nekim budućim istoričarima naše lokalne zdravstvene istorije koju stvaramo, jer verba volant, scripta manent. Pored Iz rada Podružnice SLD, Novine u zdravstvenoj službi, Penzionisani lekari, In memo-

riam, je i Iz istorije našeg zdravstva. koja će, nadamo se, inicirati interesovanje i podstaknuti kolege koji imaju takve sklonosti na konkretno i vredno istraživanje. Bilo je puno vrednih i dobrih ljudi, lekara koji su nesebično i konkretno pomagali ljudima i svojom energijom i trudom gradili ovu našu službu od kojih su mnogi sasvim zaboravljeni, nekih se sećaju još samo najstariji, ali će sve to ipak preći u zaborav, ako se neko ne lati ne lakog istorijografskog posla. Sa ovim su se opipljivo suočili organizatori proslave, izložbe i monografije povodom 100 godišnjice organizovane zdravstvene zaštite u Leskovcu.

Promena koncepcije je nalagala promenu imena. Apollinem medicum et Aesculapium (Apolonom lekarom i Eskulapom) su početne reči latinskog teksta Hipokratove zakletve koji smo dobili zahvaljujući ljubaznosti prof. dr Branimira Negovanovića. Po običaju latinštine pojedini tekstovi, obično zakoni, papine poslanice i drugi, su nazivani početnim rečima toga teksta koje su onda označavale ceo tekst. Vezivanjem za Hipokratovu zakletvu i njenu etičnost smo hteli da izrazimo uverenje da, bez obzira na izuzetan napredak u svim oblastima medicine, humanost, saosećanje i ljubav, konkretne, neposredne i svakodnevne, jesu i treba da budu njena suštastvenost.

Želja nam je da ovaj časopis bude inicijator, inspirator i tribina za stručnu, naučnu, kulturnu, humanu i društvenu aktivnost u našoj Podružnici i tako doprinese podizanju stručnog, organizacionog i humanog nivoa naše zdravstvene službe. Svesni smo da se ovo može ostvariti samo ako se veći broj ljudi angažuje, naravno, svako u okvirima svojih mogućnosti i intresovanja. Sve konstruktivne primedbe, kritike, predloge i mišljenja ćemo rado primiti, razmatrati i eventualno prihvatiti jer jedino tako će se ovaj časopis razvijati i živeti punim

dahom. Nihil est enim et inventum et perfectum.

Na kraju želimo napomenuti da smo bezuspešno pokušali da dobijemo raspored seminara, kongresa i drugih stručnih skupova za ovu i iduću godinu pa čitaoce upućujemo na pojedine sekcije čiji su članovi.

U Leskovcu,
24. 2. 1984.

Miomir Milovanović

[illegible]

PREVENTIVA MIKOTIČNIH OBOLJENJA NA TERITORIJI OPŠTINE LESKOVAC

Prevention of micotic diseases on the territory of the county of Leskovac

Simka Krainčanić—Kostić, Đorđe Kostić

Kožnovenerični dispanzer, Dom zdravlja, Medicinski centar „Moše Pijade“ u Leskovcu

Sažetak:

Iznete su preventivne mere preduzete radi suzbijanja mikotičnih obolenja: sistematski pregledi dece, pregledi obolelih i njihovih porodica, kontrola frizerskih salona, veterinarski pregledi i zdravstveno prosvetovanje. Na teritoriji Dermatovenerološkog dispanzera u periodu od 1971. do 1977. godine otkriven je i lečen 581 pacijent i to 413 (71.09%) sa dermatofitnim infekcijama, koje su u porastu, i 168 (28.91%) sa infekcijama izazvanih kvasnicama, koje su predominirale.

Uvod

Dermatomikoze su gljivice ljudi i životinja koje žive u rožastom sloju kože kao i noktiju a predstavljaju ozbiljan problem zdravlja. Gljivice su biljke i spadaju u kolo Thallophita, pretežno napadaju malu decu i decu školskog uzrasta, a javljaju se i kod odraslih. Dermatofitije su otkrivene najpre kao patogeni mikroorganizmi Achorion Schönlein, otkrio je Schönlein 1839. godine. Milošević i Langeron 1939. godine svrstali su ga u Trichophyton dajući mu ime Trichophyton

Abstract:

Preventive measures which were applied in order to reduce micotic diseases are presented: screening of children, examination of diseased and their families, control of shops for hair dressing, veterinary screenings and health education. On the territory of Dermatovenerological ambulance in period from 1971 to 1977 581 patients were detected and treated, with dermatophyte infections 413 (71.09%) which are in rise, and yeast infections 169 (28.91%) which dominated before.

Schönleini. Mycosporon Audouini je otkrio Gruby 1843. godine. Trichophyton tonsurans otkrio je Malsten 1845. godine. Epydermophyton inguinale je otkrio Saboraud 1907. godine. Zbog veće migracije stanovništva ove dermatofitije se šire. Usled veće upotrebe antibiotika pojavljuju se i kvasnice, naročito Candida albicans i druge Candide, koje mogu da prouzrokuju sepsu i oboljenja unutrašnjih organa, zbog toga smo i obratili veću pažnju na suzbijanje i lečenje ovih oboljenja.

Materijal i metod rada

Na teritoriji Kožnoveneričnog dispanzera u vremenu od 1971. do 1977. god. otkriven je i lečen 581 bolesnik od kojih osobe ženskog pola 323 ili 55,6% i muškoga pola 258 ili 44,4%.

—Adresa: dr Simka Krainčanić—Kostić, Fruškogorska 8, Leskovac

—Rad je saopšten na 12. kongresu dermatovenerologa Jugoslavije održanog u Portorožu od 15—18. 5. 1979.

Dijagnozu smo postavljali na osnovi kliničkog pregleda, mikroskopskog i kulturelnog nalaza.

Uzročnici dermatomikoza koji su izolovani: *Trichophyton mentagrophytes* 25%, *Trichophyton tonsurans* 10%, *Trichophyton violaceum* 10%, *Trichophyton verrucosum* 5%, *Trichophyton schönleinii* 0,17%, *Aspergillus flava* 0,2% i *Candida albicans* 50%.

Primena savremenih antimikotičnih lekova, kao što su: griseofulvin tabl, M. Polycid, Canesten, Daktarin, Dalnate, Micutrin, Pimafucin-preparati lokalnog dejstva širokog spektra, znatno su olakšali suzbijanje i lečenje dermatofitija.

Lokalizacija dermatofitija			
Glava	65	Interdigitalni prostori ruku	19
lice	45	Prsti ruke zanoktice	85
brada	8	Nokti na rukama	70
vrat	2	Abdomen	2
grudni koš	1	Genitalije kod žena	6
nadlaktice	76	Genitalije kod muškaraca	4
podlaktice	92	Natkolenice	9
ruke	23	Potkolenice	21
		Stopalo	12
		Interdigitalni prostori nogu	38
		Nokti na nogama	3
ukupno bol. 312		Ukupno: 269 bolesnika.	

Antibiogram kod gljivica dejstvo M. Polycida na *Candida albicans* in vitro je srednje osetljiv na podlozi Sabouraud 2% glikoznom agaru po metodi izgubljenog agara. Takođe ima i dosta osetljivih sojeva na M. Polycid zato treba raditi antibiogram.

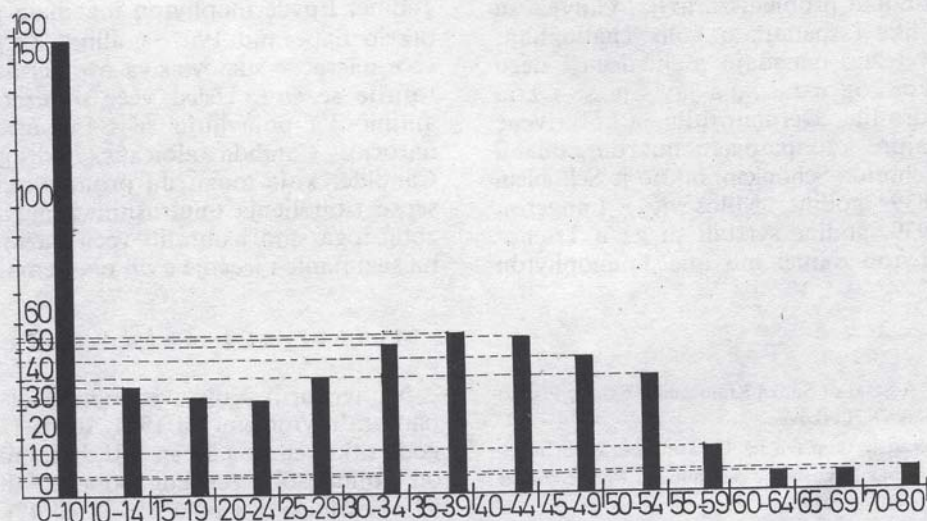
Oboleli prikazani po uzrastu

Najviše je obolelih i lečenih do 10 godina i to 81 muških i 76 ženskih osoba, ukupno 157 ili 27%, a najmanje je obolelih godišta od 60 do 69 godina 6 osoba što u procentima iznosi 1%. Procenat obolelih ostalih uzrasta nalazi se između ovih godišta. Više je obolelih ženskih osoba 323 ili 55,6% u odnosu na muških 258 ili 44,4%.

Oboleli prikazani po godinama i vrstama oboljenja

Najviše je bilo obolelih od *Trichophytie superficialis* 321 ili 55,25%, zatim od *Paronychie* 85 ili 14,62%, *Onychomycosis* 73 ili 12,56%, *Epidermophytie* 57 ili 9,81%, *Trichophytie profunde* 34 ili 5,85%, *valvitis Candi-*

štapčasti dijagram obolelih po uzrastu



Oboleli prikazani po godinama i vrstama oboljenja

GODINA	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	Ukupn.	%
Trichoprytia superficialis	50	60	53	34	29	18	77	321	55,25
Trichophytia profunda	6	6	2	5	6	1	8	34	5,85
Epidermophytia	6	2	0	0	2	1	46	57	9,81
Paronychia	12	5	0	0	0	11	57	85	14,62
Onychomycosis	36	2	0	2	1	7	25	73	12,56
Vulvitis candidamycetica	0	2	0	0	1	1	2	6	1,04
Balanitis candidamycetica	0	1	0	0	0	0	3	4	0,70
Favus	0	1	0	0	0	0	0	1	0,17
Ukupno	110	79	55	41	39	39	218	581	100%

damycetica 6 ili 1,04%, balanitis Candidamycetica 4 ili 0,70%, Favus 1 ili 0,17%.

Najviše otkrivenih bolesnika je bilo u 1977. godini kada je vođena akcija za suzbijanje dermatofitija.

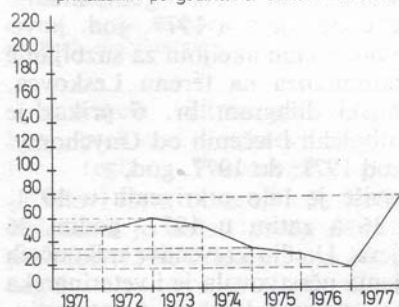
Trichophytia superficialis 77 bolesnika u 1977.
 Trichophytia profunda 8 bolesnika u 1977.
 Epidermophytia pedis 46 bolesnika u 1977.
 Paronychia 57 bolesnika u 1977.
 Onychomycosis u 1971. god. 36 bolesnika a u 1977. god. 25 bolesnika.
 Vulvitis Candidamycetica 2
 Balanitis Candidamycetica 3 bolesnika u 1977. god.

Prikazuje nam tendenciju opadanja dermatomikoza na području dermatovenerološkog dispanzera Leskovca od 1971. god. do 1976. god. Međutim u 1977. godini imamo veliki skok oboljenja, odnosno povećanje broja otkrivenih bolesnika što možemo pripisati akciji za suzbijanje dermatomikoza.

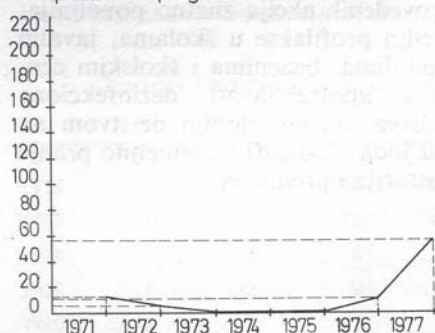
Linijski dijagram nam ukazuje u početku na blago povećanje, a onda opadanje Trichophytie superficialis u 1977. god. povećanje na 77 slučajeva usled aktivnog istraživanja bolesnika na terenu i lečenje.

Od 1971. godine do 1975. pokazuje blago opadanje, a u 1976. godini ima

linijski dijagram obolelih od TRICHOPHYTIE SUPERFICIALIS prikazanih po godinama od 1971 do 1977

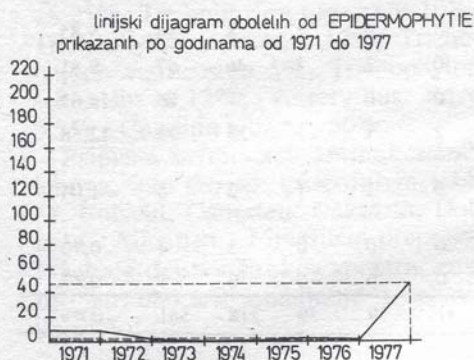


linijski dijagram obolelih od PARONYCHIE prikazanih po godinama od 1971 do 1977



povećanje tako da u 1977. godini dostiže povećanje zbog vođenja akcije za otkrivanje i lečenje bolesnika.

Pokazuje da su najviše bila obolela deca do 10 godina, zatim godišta 35 do 39 godina i od 40 do 44 god. a zatim od 50 do 54 god. nešto opada a od 70 do 80 god. ima blago povećanje.



Od 1971. do 1976. god. imamo blago opadanje a u 1977. god. povećanje otkrivenih akcijom za suzbijanje dermatomikoza na terenu Leskovca.

Linijski dijagram br. 6 prikazuje broj obolelih i lečenih od Onychomycosis od 1971. do 1977. god.

Najviše je bilo otkrivenih u 1971. god. 36 a zatim u 1977. godini 26 slučajeva. U cilju preventive mikotičnih oboljenja učestvovala je i veterinarska služba, zatim odsek za deratizaciju, dezinfekciju je takođe radio na profilaksi ovih oboljenja.

Epidemiološka situacija je posle sprovedenih akcija znatno povoljnija. U cilju profilakse u školama, javnim kupatilima, bazenima i školskim centrima upotrebljavati dezinfekciona sredstva sa fungicidnim dejstvom na bazi joda (Jodacid) uz temeljno pranje prostorija i predmeta.

Prevenција školske dece sastoji se u ranom otkrivanju bolesti, izolaciji, pregledu lica koja su došla u kontakt sa obolelim, pranju, kuvanju i dezinfekciji predmeta sa kojima je bolesnik dolazio u dodir. Preporučuje se dezinfekcija pomoću Tega, —51,53 ili Jodacidom, Halamidom.

Zaključak

Na osnovu gore izloženih podataka aktivno istraživanje bolesnika daje vidne rezultate.

Primena savremenih antimikotičnih lekova kao što su griseofulvin tabl, i preprati lokalnog dejstva širokog spektra Myco Polycid, Canesten, Daktarin, Dalnate, Micutrin, Pimafucin, znatno su olakšali suzbijanje i lečenje dermatofitije.

U cilju preventive u školama, javnim kupatilima, bazenima i školskim centrima, treba upotrebljavati dezinfekciona sredstva za fungicidnim dejstvom.

Literatura

1. Dobreci S. (1981): Prilog poznavanju geografske distribucije endemskih dermatofitija-izolacija *Trichophyton violaceum* u Crnoj Gori. *Acta dermatovenerologica Jugoslavica*, 1 : 35—38.
2. Lunder M, Lunder M. (1981): Učestalost i lokalizacija dermatofitija kod rudara. *Acta dermatovenerologica Jugoslavica*, 1 : 29—33.
3. Ožegović L, Bakonjić M. (1980): Mikotične infekcije u svetlu imunoloških zbivanja u organizmu. *Acta dermatovenerologica Jugoslavica*, 1 : 27—33.
4. Stefanović M, Kostić A., Andelković R. (1968): *Dermatomycoses Found in a Serbian Mining and Smelting Plant*. *Mykosen*, 11 : 651—654.

REHABILITACIJA KOD PRELOMA GORNJEG OKRAJKA BUTNE KOSTI

Rehabilitation after the fracture of upper end of the femur

Ljubiša Matić, Vukašin Ristić

Služba za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju i Služba ortopedije i ortopedске traumatologije
Medicinskog centra „Moše Pijade“ u Leskovcu

Sažetak:

Autori iznose tretman kod preloma gornjeg okrajka butne kosti za petogodišnji period, na Odeljenju ortopedije i medicinske rehabilitacije.

Abstract:

Autors present a treatment of the fracture of upper end of the femur during a five year period, at the departments of orthopedics and medical rehabilitation.

Savremena traumatologija ima na raspolaganju konzervativne i operativne metode lečenja preloma butne kosti, pa i njenog gornjeg okrajka, koje u većini slučajeva daju dobre anatomske i funkcionalne rezultate.

Za pet godina izučili smo 152 slučaja preloma gornjeg okrajka butne kosti. Pratili smo njihovo lečenje i sprovođenje mera medicinske rehabilitacije.

Po anatomske lokalizaciji, bilo je sledeće:

Iz tabele vidimo da je najveći broj preloma u predelu trohantorne regije. Zatvorenih preloma je bilo 143, a otvorenih 9. Veći broj bolesnika je došao prvog dana posle povrede (130), drugog dana 16, a trećeg 6.

Lečenje je vršeno trima osnovnim metodama. Ortopedskom repozicijom preloma sa gipsanom imobilizacijom, skeletnom ekstenzijom i hirurškom intervencijom — osteosintezom.

Lokalizacija preloma	Broj i procenat	
Subkapitalni	7	4,60%
Coli femoris	15	9,87%
Basocervikalni	28	18,42%
Intratrohanterni	54	35,53%
Subtrohanterni	48	31,58%
Ukupno	152	100%

	Operacija Ortopedska Skeletna Ukupno repozicija ekstenzija			
1976	6	19	13	38
1977	7	23	11	41
1978	8	8	6	22
1979	7	13	9	29
1980	5	12	5	22
Ukupno	33	75	44	152

Adresa: dr Ljubiša Matić, Kole Rašića 2,
Leskovac

Aplikaciju subtotalne i totalne endoproteze nismo radili, jer se

ona u našoj ustanovi ne primenjuje, iako je bilo slučajeva za njihovu primenu. Skeletnu ekstenziju smo primenili kod 44 bolesnika. Lečenje gipsanom imobilizacijom posle ortopedске repozicije preloma uradili smo kod 75 bolesnika.

Ostale slučajeve — njih 33 — smo operisali metodom unutrašnje osteosinteze. Operacija je izvršena kod 15 bolesnika u vremenu od prvog do petog dana po prijemu bolesnika u bolnicu, od 5 do 10 dana 11, od 10 dana i više 7 bolesnika.

Prednost dajemo unutrašnjoj fiksaciji kod ovih preloma, jer se njome postiže čvrsta i sigurna fiksacija prelomljenih delova, bolesnik se oslobađa od produženog i teškog nošenja gipsane imobilizacije ili dugotrajnog boravka u postelji pri skeletnoj ekstenziji.

Sa aktivnom rehabilitacijom se počinje znatno ranije kod operisanih bolesnika, što skraćuje i vreme boravka u bolnici.

Posmatrajući formiranje koštanoг kalusa kod primene operativnog lečenja, utvrdili smo da se dobro formirani kalus najranije vremenski pojavljuje. Kao uslov koji omogućava formiranje dobrog koštanoг kalusa smatramo i rano dozirano opterećenje, koje je moguće samo pri unutrašnjoj metalnoj osteosintezi.

Operacije pri svežim prelomoma preporučuju se primenjivati ranije, ne kasnije od 2—5 dana nakon traume. Opšte stanje povređenog nam služi kao merilo za odlaganje rane primene operacije. Opraciju treba odlagati do izvođenja bolesnika iz opšte teškog stanja. Nije suvišna napomena da pri izvođenju operacije je neophodno ostvariti dobar kontakt prelomljenih fragmenata, a eventualne šupljine između njih popuniti koštanom spongiozom. U slučajevima gde su prelomljeni fragmenti bili kratki, posle urađene osteosinteze smo primenjivali dodatnu zadržnu gipsanu longetu.

Što se tiče vremena izvođenja operativnog zahvata posle zadobijene povrede, naša posmatranja su potvrdila poznate činjenice da operativno lečenje u prvih 3—5 dana je najpovoljnije za srašćivanje koštanih fragmenata. Kasniji termini operacije povezani su sa uništenjem već formiranog koštanoг kalusa, što se kasnije negativno odražava na regeneraciju koštanoг tkiva u rani preloma.

Rehabilitacija

U sprovođenju rehabilitacionog tretmana morali smo se držati određenih principa.

Starost povređenih je bio jedan od kriterijuma za program rehabilitacije. Većini njih je bilo oko 60 i više godina. Kod ove dobne skupine bila su prisutna i druga patološka stanja od strane kardiovaskularnog, respiratornog i urinarnog sistema. Sve je to imalo uticaja u određenom broju neuspeha u osposobljavanju ovih osoba.

Sa organizovanom rehabilitacijom treba otpočeti neposredno nakon zbrinjavanja povređene osobe. Smatramo da je proces rehabilitacije sastavni deo u lečenju i osposobljavanju i da ga treba sprovoditi uredno.

U procesu rehabilitacije, jedan od značajnih faktora bio je i način zbrinjavanja povrede. Konzervativno lečeni povređeni, bili su duže vremena vezani za postelju, što je imalo za posledicu znatnu hipotrofiju mišića i kontraktуре zglobova.

S druge strane, operativno zbrinuti, predstavljali su manji problem u osposobljavanju, jer je mogućnost ranije mobilizacije bila prisutna. Kod ovih bolesnika bile su i manje prateće komplikacije od strane vitalnih organa.

Pri prijemu na rehabilitaciju, konstatovali smo sledeća stanja kod povređenih:

u najvećem broju slučajeva bile su kontraktуре kolena, potom ograničenja pokreta u kuku i na kraju u manjem

broju slučajeva i ograničeni pokreti u skočnom zglobu;

kod velikog broja slučajeva bilo je hipotrofije mišića, naročito natkolenih; takođe i ne mali broj pratećih trofičnih promena — Südekova atrofija, dekubitalne rane i dr.

Pri izradi programa rehabilitacije, cilj nam je bio da što više njih osposobimo za samostalan život, odnosno da sve aktivnosti oko samozbrinjavanja ne budu u zavisnosti od drugih osoba. Imajući u vidu starost povređenih, sigurno je da bismo mogli postići ovaj cilj. Naravno da je na to uticalo i patološko stanje vitalnih organa kod povređenih.

Pre svakog početka rehabilitacije, obavezno smo kontrolisali stanje kalusa prelomljenog dela. To nam je omogućavalo da pravimo plan rada za svaki slučaj ponaosob.

U procesu rehabilitacije, sprovodili smo poznate procedure: kineziterapiju, hidroterapiju, elektroterapiju.

U kineziterapijskom tretmanu smo sprovodili vežbe opšte kondicije, a takođe i aktivne vežbe i delimično aktivno potpomognute, a u cilju povećanja obima pokreta i jačanja snage mišića. Forsirane pasivne vežbe smo sprovodili za kolena i skočni zglob do kontrolisane granice. Ne preporučujemo jače forsirane pasivne pokrete, jer može nastati lezija mekih struktura zgloba.

Primenjivali smo što raniju postepenu vertikalizaciju pacijenata u cilju sprečavanja komplikacija vitalnih organa, a ujedno i privikavanja za postepeni hod.

Hod smo otpočinjali zavisno od opšteg stanja pacijenta. Oslonac na povređenu nogu je dozvoljavan u zavisnosti od stanja kalusa (u početku bez, kasnije sa delimičnim i najzad sa potpunim opterećenjem).

Hidroterapeutske procedure su bile zastupljene u znatno manjem broju slučajeva. To je i razumljivo kada se

uzme u obzir starost povređenih i stanje njihovih vitalnih organa. Napominjemo da je rehabilitacija bila uspešnija gde smo primenjivali i hidrote-rapiju.

Trofične promene smo tretirali elektroprocedurama—EF vazodilatatorima i primenom DD strujama. Südekova atrofija i edemi naročito na stopalima su se dugo zadržavali.

Redovno smo pravili i kontrolne Röntgen snimke nakon 1,5 do 2 meseca, da bi imali uvida u stanje kalusa, a sledstveno tome i određivanja opterećenja na povređenu nogu.

Vreme provedeno na rehabilitaciji se kretalo od 60 do 110 dana. Zapazili smo da se kod znatnog broja slučajeva javlja i sekundarna artroza kuka.

Pri proceni uspeha rehabilitacije, držali smo se sledećih kriterijuma: 1. osposobljen; 2. delimično osposobljen; 3. osposobljen za aktivnosti svakodnevnog života, odnosno za samozbrinjavanje i 4. bez promena - zavis-tan od tuđe nege i pomoći.

U I grupi procenat se kretao 40%, u II i III grupi po 25%, dok je na IV grupu otpalo 10%.

Starije osobe, osobe sa komplikacijama u mnogome su doprinele slabijem uspehu u osposobljavanju.

Z a k l j u č a k

Operativne metode lečenja preloma gornjeg okrajka butne kosti imaju prednost. Skraćuje se vreme imobilizacije i ranije se počinje sa rehabilitacijom.

Sa rehabilitacijom treba otpočeti neposredno nakon zbrinjavanja povređenih. Otpočeti sa aktivnim vežbama slobodnih segmenata. Nastanak kontraktura sprečavati stavljanjem pojedinih segmenata u korektivne položaje.

Kineziterapija predstavlja metod izbora kod ovih povreda, s obzorom na doba starosti povređenih.

Potrebno je što ranije otpočeti sa postepenom vertikalizacijom pacijena-

ta, čime poboljšavamo rad kardiovaskularnog i respiratornog sistema. Ujedno i ranije otpočinjemo sa hodom.

U tretmanu ovih povreda neophodno je potrebna saradnja ortopeda — traumatologa i fizijatra kao i ostalih potrebnih stručnjaka (timski rad).

Samo takvim radom ćemo osposobiti veći broj povređenih i smanjiti njihovu zavisnost od drugih.

Literatura

1. D' Aubigné, M. (1963): Traumatologie, Paris.
2. Zbornik radova za Prvi kongres lekara za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju Jugoslavije, Beograd, 1972.
3. Treći kongres — Zbornik radova, udruženje lekara za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju Jugoslavije, Sarajevo 1979.

SISTEMATSKI PREGLEDI RADNIKA REGIONA LESKOVAC U CILJU PREVENCIJE I OČUVANJA ZDRAVLJA

Sistematic screening examinations of workers in Leskovac region in order of health prevention and care

Milan Levi, Verica Levi, Snežana Živković, Milivoje Stanković

Regionalni zavod za medicinu rada i Zavod za stomatološku zdravstvenu zaštitu Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu

Sažetak:

Sistematski pregledi radnika su veoma značajni u preventivnoj zaštiti zdravlja radnika. U tom cilju i ovaj rad obrađuje sistematski pregledanih 4181 radnika regiona Leskovac. uočava njihov opšti morbiditet u odnosu na radna mesta i svojim predlozima pokušava da prikaže korist tih pregleda.

Abstract:

Sistematic screening examinations are very important in preventive health protection of workers. 4181 workers are screened and examined. Morbidity in connection with nature of their work is presented. Significance of this examinations is suggested.

„Bolje sprečiti nego lečiti“ je moto kojim se naše društvo rukovodi prilikom finansiranja sistematskih pregleda radnika. Svaki trud i svako sredstvo se isplati, ako se među grupacijom radnika otkrije i 1% početnih oboljenja, koji se daju sprečiti, bilo promenom radnog mesta ili pojačanom zaštitom na radnom mestu.

Regionalni zavod za medicinu rada u Leskovcu u saradnji sa drugim službama Medicinskog centra već duži niz godina u sklopu svog programa rada vrši sistematske preglede radnika. Svake godine se pregleda oko 2.000 radnika, trudeći se da se obuhvate što više radnih organizacija, kako bi i broj pregledanih radnika bio što veći.

U samom timu koji obavlja preglede, pored specijaliste medicine rada, ginekologa i stomatologa, vrše se i laboratorijska ispitivanja, EKG, spirometrijska i audiometrijska ispitivanja. Ovo se radi kao standardna metoda, a ukoliko se otkrije ili posumnja na neko obolenje vrše se i sva ostala ispitivanja, uključujući i grafije, preglede specijalista i ostala ispitivanja.

Nakon obavljanja svih pregleda vrši se sređivanje podataka i radna organizacija dobija u vidu elaborata podatke, za koje je zainteresovana, i to najpre pojedinačno zdravstveno stanje svakog radnika, zatim opšti morbiditet i na kraju predlog mera za poboljšanje kako opšteg tako i pojedinačnog morbiditeta. Iznemogli, bolesni i stariji istrošeni radnici predlažu se za izlazak na IK, a pacijentkinje sa ginekološkim oboljenjima na lečenje, kao i pacijenti sa obolelim zubima i mekim tkivima usta na lečenje.

Rad saopšten na Internacionalnom kongresu higijene, preventivne i socijalne medicine, septembra 1981. u Beogradu
Adresa: Milan Levi, Zagrebačka bb, Leskovac

1. Prikažemo deo našeg rada na sistematskim pregledima po radnim organizacijama regiona Leskovac u 1981. godini.

2. Da u našem radu prikazemo korist ovih pregleda.

3. Da prikazemo zainteresovanost radnih organizacija za ovakve preglede koje finansira društvo preko SIZ-a.

4. Prikaz morbiditeta u radnim organizacijama.

Metod rada i materijal

U toku 1981. godine obišli smo pogone radnih organizacija koje ukupno zapošljavaju 4181 radnika. Zakonom su obavezni da se odazovu na periodične preglede 217 radnika koji po sistematizacijama radnih organizacija rade na ugroženim radnim mestima. Ostalih 3964 radnika ne podležu nikakvim preventivnim pregledima. Ovi radnici su i bili predmet našeg rada u 1981. godini.

I pored intenzivnog zalaganja referenata na radu u radnim organizacijama koje smo pregledali, a to su građevinska industrija „Montaža“, „Standard“ i „Blagoje Nikolić“, Hemijsku industriju „Nevenu“ i „Zdravlje“, užarsku „Budućnost“, tekstilnu „Crvena Zvezda“, DOZ i PTT, na pregled se odazvalo samo 48% zaposlenih radnika tako da smo pregledali 1896 radnika. Kod ovih su vršeni svi gore opisani pregledi (pregled spec. medicine rada, ginekologa i stomatologa, uz kompletna laboratorijska, EKG, spirometrijska i audiometrijska ispitivanja). U timu je bio i socijalni radnik koji se naročito aktivirao u slučajevima etilizma. Kod oboljenja u rad su se uključivali i specijalisti ostalih grana (internista, očni, ušni, nervni, ortoped, i hirurzi, a rađene su i sve potrebne grafije, oscilografska, a ponegde i EEG ispitivanja).

Interpretacija rezultata

Od ukupno pregledanih 1896 radni-

ka kod 1374 radnika nije bilo potrebe preduzimati bilo kakve dalje preglede jer je njihovo zdravstveno stanje uglavnom zadovoljavalo zahteve radnih mesta na kojima rade. Kod 522 radnika je pronađeno neko oboljenje koje je moglo da se dalje ispituje i leči, a od toga 271 radnik je imao jedno, a ostali po dva ili više oboljenja. Kod 44 radnika je pronađeno da njihovo zdravstveno stanje je takvo da više nisu sposobni za rad i privređivanje te su isti upućeni na IK i već krajem 1981. god. njih 37 je napustilo radnu organizaciju kao invalidski penzioneri. Kod 11 žena je postojala sumnja na malignitet i iste su upućene na kompetno ispitivanje.

Tabela opšteg morbiditeta koju smo dobili nakon pregleda bi izgledala sledeće:

Red. br.	VRSTA OBOLJENJA	Broj slučajeva
1.	Oboljenja usta i zuba	337
2.	Oboljenje organa za disanje	187
3.	Obolj. srca i hipertenzije	124
4.	Nervna oboljenja	100
5.	Oboljenja organa sluha	84
6.	Oboljenje organa vida	78
7.	Ginekološka oboljenja	72
8.	Oboljenja organa za varenje	68
9.	Obolj. kičme i lok. sistema	57
10.	Etilizam verifikovan i lečen	32
Ukupno vrsta oboljenja		1139

Iz tabele uočavamo da su ukupno obolela 522 radnika imala 1139 oboljenja ili prosečno na jednog radnika je dolazilo 2 oboljenja. Veliki procenat oboljenja usta i zuba se tumači lošom higijenom i nezainteresovanošću za ovu vrstu lečenja, dok ostala oboljenja se uglavnom uklapaju u morbiditet shodno radnom mestu na kome rade.

Diskusija i zaključci

1. Sistematski pregledi radnika su

vrlo korisni za sve radne organizacije i treba ih što više i češće vršiti.

2. Zainteresovati više radnike i radne organizacije i upoznati ih sa korišću ovih pregleda jer je ovogodišnji odziv bio relativno slab (48%).

3. Većom saradnjom sa radnom organizacijom stvoriti mogućnost pomeranja radnika sa radnog mesta koji škodi radniku shodno oboljenju koje ima, na drugo radno mesto koje nema bitnijeg uticaja na tu vrstu oboljenja.

4. Svako rano otkrivanje oboljenja skraćuje odsutnost sa posla i smanjuje apsentizam, a time smanjuje i nepotrebne troškove radne organizacije, kako u smislu nadoknade za bolovanje, tako i u potrebi zapošljavanja nove radne snage.

5. Sistematski pregledi su za radnu organizaciju besplatni, finansirani su od strane SIŽ-a zdravstva.

6. Razvijanjem što jače zdravstvene službe u radnim organizacijama (lekar

opšte prakse, stomatolog, preventivni lekar-spec. medicine rada) raditi na što tešnjoj saradnji zdravstvo-radna organizacija i sprovesti u delo elaborat sa predlozima koji se daju nakon sistematskog pregleda, kako bi isti bio stvarno koristan za naše društvo. Usto, rano otkrivanje oboljenja koristi samom radniku, isti se lakše leči kada bolest nije napredovala, a često i spašava život istog (rano otkrivanje malignih oboljenja, srčanih itd.).

Literatura

Bujas Z. (1959): Osnovi psihologije rada. Institut za higijenu rada Jazu, Zagreb.

Đuričić I. (1966): Medicina rada. Medicinska knjiga, Beograd—Zagreb.

Savičević M. (1966): Higijena i socijalna medicina. Medicinska knjiga Beograd—Zagreb.

Stanković D. (1967): Fiziološki osnovi i metode evaulacije i adaptacije radnika na proizvodni rad. Publikacija 32, Sarajevo.

Zbornik II Jugoslovenskog kongresa Medicine rada, Split 1967. god.

NAŠA ISKUSTVA U LEČENJU MIGRENSKIH GLAVOBOLJA DIHYDROERGOTAMIN-METANOLSULFATOM—DITAMINOM

Our experience in treatment of migraine headache with Dihydroergotamin-metanolsulphate-DITAMIN

Tomislav Cvetković

Dispanzer za mentalno zdravlje Neuropsihijatrijske službe Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu

Sažetak:

U toku devetomesečnog perioda kod 30 pacijenata je praćeno dejstvo Dihydroergotamin-metanolsulfata-DITAMINA u lečenju migrenskih glavobolja (klasične, „atipične“, cephalae vasomotoriae, cephalae neuroticae). Kod većine pacijenata je došlo do redukcije intenziteta simptoma, a smanjena je i frekvencija i trajanje napada. Došlo je takođe i do redukcije ostalih vegetativnih i neurotičnih simptoma.

Abstract:

During the nine month period the action of Dihydroergotamin-metanolsulphate-DITAMIN was examined in 30 patients with migraine (classical, „atypical“, cephalae vasomotoriae, cephalae neurotica). In majority of patients the frequency and duration of attacks and intensity of symptoms after Ditamin were reduced. Other vegetative and neurogenic symptoms were reduced, too.

Glavobolje, koje i sada zadaju velike patnje i teškoće onima koji od njih boluju, veliki terapijski problema lekarima koji ove pacijente leče, izgleda da su bile večiti pratilac čoveka. Listajući dostupnu nam literaturu dobijamo utisak da su bile velika patnja i bolest čoveka od njegovog postanka.

Migrenske pak glavobolje, koje su predmet našeg istraživanja u ovom radu kroz poslednjih devet meseci, takođe su izgleda čovekov neprijatni saputnik i pratilac. Spominje se da je već u II stoleću njihova klinička slika bila poznata.

Ovaj rad je deo Istraživačkog projekta na problemima terapije migrenskih glavobolja koji je organizovao „Lek“ Ljubljana 1979.

Adresa: dr Tomislav Cvetković, neuropsihijatar, Vojvode Putnika 16 Leskovac

Galen i Arterius izdvajaju migrenu iz velike grupe glavobolja i već tada pokušavaju da razreše jedan problem koji je i sada ostao jedan od najzamršenijih problema (Nikolić M.). Dürigl V. i P. kažu da 4% sveukupnog stanovništva Evrope i Amerike trpi od glavobolje hroničnog tipa a od toga 80% njih traži pomoć u ambulantama raznog profila. Najviše njih traži pomoć posle dugotrajne upotrebe analgetika -leči simptom- a onda dobije izrazite nuz pojave (želudačne smetnje, umor, poremećaj spavanja) što sada posebno otežava postojeću patnju pacijenta, ali i problem u izboru lečenja terapeutu.

Zbog toga bi prava terapija svih glavobolja pa i migrenske kao uostalom i kod svih vrsta oboljenja bila u pokušaju da se deluje na etiologiju bolesti što predstavlja sagledavanje etioloških

faktora kao i biohemijsko-fizioloških mehanizama predmetne glavobolje a onda pravilnim izborom leka otklanjati nastalu glavobolju ili što je još bolje preventivno se od nje obezbeđivati.

Gotovo svakodnevno i dosta masovno srećemo se u našem ambulantnom radu sa pacijentima koji se i dalje žale na uporne glavobolje ali i na dodatne tegobe uprkos toga što su kroz duži period, povećavajući dozu analgetika došli do toga sa sada uzimaju čak i do 3 x 5—8 tableta analgetika dnevno. To je onaj razlog koji nas obavezuje da se u razrešenju problema ide na etiološku terapiju sa nadom na daleko veći uspeh u razrešenju problema za koji se lekari bore već dva milenija.

Po gore citiranim autorima od svih hroničnih glavobolja koje se javljaju oko 80% pripada vaskularnim glavoboljama, pri čemu i izdvajajući pacijente za ovu studiju podrazumevamo klasičnu migrenu, „atipičnu migrenu“, cephelea vasomotorica i cephelea neuropotica.

Izdvajajući pacijente za naš rad sa DITAMIN-om rukovodili smo se sledećim principima u radu:

Pre svega kroz detaljno anamnestičko upoznavanje sa simptomima koji prate glavobolju kod pojedinih pacijenata. Uz ovo je obraćena pažnja i na porodičnu anamnezu zbog eventualnog pozitivnog herediteta. Kod uzimanja anamneze služili smo se specijalnim formularima ANAMNEZA BOLE-SNIKA SA GLAVOBOLJOM koju nam je proizvođač Ditamina ljubazno stavio na raspolaganje.

U ovom listu pored generalija postoje podaci o porodičnoj anamnezi, dosadašnjim bolestima pacijenta, eventualno uživanje alkohola, nikotina i abusus madikamenata. Na dalje, vrlo iscrpna simptomatologija same glavobolje sa podacima o dejstvu leka na svaki simptom kroz terapijski period prve terapijske faze i druge terapijske faze posle pauze. Ovde je istaknuta

lokalizacija bola, karakter bola, intenzitet bola, trajanje bola i ritam napada. Analiziraju se na dalje, zahvaćujući listi, prodromalne pojave, prateći simptomi. Na dalje provokativni faktori i interval između ataka glavobolje.

Prateći dalje zahteve liste, gotovo kod svih pacijenta smo bar po jedared uradili elektroencefalografsko snimanje uglavnom van napada glavobolje a kod mnogih i po završenom lečenju. Ovo poslednje nije bilo moguće uraditi kod svih jer su neki, pošto su se tegobe smirile bili nezainteresovani i nemotivisani za dalje javljanje ambulanti i eventualno novo snimanje.

Gotovo kod svih pacijenata je urađena radiografija lobanje, kod mnogih Rtg sinusa a kod većeg broja i Rtg C kičme. Kod svih je zatražena detaljna laboratorijska analiza. Pregledan je kod svih FUNDUS i VIZUS.

Po eventualno ustanovljenoj dijagnozi migrenskih glavobolja dalja selekcija se sastojala u tome da ovi pacijenti budu pre svega sa sniženom arterijanom tenzijom a onda sa normalnom tenzijom.

Mesto izbora grupe Dispanzer za mentalno zdravlje Med. centra u Leskovcu.

Redosled izbora pacijenata onako kako se je kod svakodnevnog rada u Dispanzeru dolazilo do dijagnoze i ispunjavan je uslov za arterijsku tenziju.

Motiv za prihvatanje rada sa Ditaminom sastojao se u tome što smo kod koreliranja Etiopatogeneze migrenskih glavobolja i mehanizma dejstva leka došli do saznanja da je dejstvo leka u ciklusu mehanizma migrenske glavobolje takvo da se može reći da visoko odgovara zahtevu za delovanje na etiologiju a ne na simptom bolesti. Naime, iz bogate literature i na osnovu najnovijih napisa o etiopatogenezi znamo da je to oboljenje koje se javlja u vidu paroksizmalnih napada da je obično jednostrana i da je praćena povraćanjem i poremećajem vida. Da

u nastanku hereditet igra značajnu ulogu, kao i specijalna hrana, zloupotreba alkohola, alergične sklonosti. Da je bolest koja se javlja već u mlađem uzrastu i da po pravilu znatno češće zahvata ženski pol i to sa naznačenim atacima u vreme menzesa, graviditeta, dojenja što navodi na povezivanje sa endokrinim momentima.

Patogeneza oboljenja po savremenim shvatanjima bi se sastojala u vazokonstrikciji ekstra i intrakranijalnih krvnih sudova u I fazi iz čega proističu određeni simptomi u vidu skotoma, svetlaca, treperenja pred očima, parestezije vertiginozne smetnje... na ovo se nadovezuje odmah II faza intenzivan jednostrani bol više orbitalno ili okcipitalno koji se pojačava saginjanjem ili napinjanjem, a praćen povraćanjem, mukom edemom i hiperemijom kapaka i konjunktive kao i fotofobijom.

A „DITAMIN“ svojom unutrašnjom aktivnošću stimuliše alpha receptore serotonina. Na taj način kod migrene tonizuje hipotone krvne sudove delujući istovremeno i na glatke mišiće zida. Alpha stimulacijom pojačava konstriktivno dejstvo kateholamina. On inhibira apsorpciju serotonina te tako održava nivo konstriktivnih amnina...

Naši rezultati

Ukupno je kroz protekli period od gotovo devet meseci praćeno, obrađeno i sagledano 30 pacijenata od čega:

ŽENSKIH 25
MUŠKIH 5

U početku je uglavnom ordiniran DITAMIN sol. 3 x 20—25 kapi a poslednjih meseci i sa DITAMIN RETARD tabl. 2 x 1 dnevno.

Od ispitivanih pacijenata bilo je

Od 10—20 godina	8 pacijenata
Od 20—30 godina	6
Od 30—40 godina	8
Od 40—50 godina	6
Preko 50 godina	2

Bračno stanje:

neoženjen—neudata	11 pacijenta
u braku	16 pacijenta
razvedeni	2 pacijenta
Udova-c	1 pacijent

Zanimanje: (način rada)—

sedeći	11
stojeći	7
kombinovano	11

ili:

Službenika	5
Radnika	8
Domaćica-penzionera	8
Đaka-studenta	9

Iz porodične anamneze:

od epilepsije u porodici pacijenta

od epilepsije u porodici pacijenta 2 obolela

Od vaskularnih smetnji	15	„
Od glavobolje	21	„
Od alergije	14	„

U rubrici DOSADAŠNJE BOLESTI pacijenta dobijeni su sledeći rezultati:

Od epilepsije boluje 2 pacijenta

Pretrpelo traumatu glave ili vratne kičme osam pacijenata (8).

Probavne smetnje	13 pacijenata
Kardiovaskularne smetnje	19
Ortostatske smetnje	25
Vegetativne smetnje	28
Smetnje potencije	2
Smetnje spavanja	20
Psihičke smetnje	23
Neurotske smetnje	25
Depresije	7
Alergija	6

UŽIVA:

nikotin	5 pacijenata
alkohol	2
medikamente	4

Kod lokalizacije bola najčešći odgovori su bili ORBITALNI, CERVIKOCCIPITALNI, UNILATERALNI, NAIZMENIČNI.

Karakter bola najviše PULZIRAJUĆI, OŠTAR, PROBADAJUĆI.

Intenzitet bola: INTENZIVAN.

Ritam napada: VIŠE PUTA MESEČNO.

Od prodromalnih znakova najčešće: FOTOFBIJA, ATAXIJA, VERTIGO, CRNE PEGE, HEMIANOpsija.

Od pratećih simptoma

Vegetativni: smetnje vida, nauzea, povraćanje

Psihički simptomi: intelektualna slabost, anksioznost, depresija, konfuzna stanja.

Provokativni ili uzročni faktori:

INTIMNI PROBLEMI, KONFLIKTNE SITUACIJE, MENZES, UZBUĐENJE, NAKON RADA, PROMENA VREMENA, FIZIČKI I PSIHIČKI UMOR i PUTOVANJA.

Interval između napada je uglavnom prolazio bar po podacima dobijenim od naših pacijenata bez simptoma. Kod nekih pacijenata potmul bol u glavi koji je trajao nekoliko dana. Elektroencefalografska ispitivanja su nam uglavnom dala promene u smislu Theta hipersinhronije sa najčešćom, lokalizacijom Temporoparietalno obostrano ali gotovo po pravilu sa akcentuacijom jedne strane. Dosta je bilo i nalaza u granicama normalnog. Po završenom lečenju, veći broj normalnih nalaza ne kod prvog snimanja ali ne naročito signifikantno.

Kraniogramski nalazi su uglavnom bili u granicama normalnog. Bilo je izvesnog broja cervikalnih spondiloza uglavnom kod onih pacijenata koji su bili u srednjem dobu. Laboratorijske

analize su se kretale uglavnom u granicama normalnog. Nalaz fundusa je kod svih pacijenata bio u granicama normalnog.

Kod većeg broja pacijenata je arterijalna tenzija bila ispod normalnog a kod znatno manjeg broja granicama normalnog što nije slučajno dobijen rezultat no proizvod aktivnog traženja bolesnika koji boluju od migrene ali su sa sniženom tenzijom a tek onda oni sa normalnom.

Velika većina pacijenata je болоvala od klasične migrene, malo od atipične migrene a najmanje od vaskularne glavobolje što je isto proizvod odabiranja pacijenata za praćenje terapijskog efekta Ditamina.

E f e k t i l e č e n j a

Od najvećeg broja pacijenata došlo je tokom lečenja do redukcije tegoba koja se sastojala u znatnom smanjenju intenziteta bolova (bolovi u početku uglavnom opisivani kao nepodnošljivi a najviše kao intenzivni) sada postaju PODNOŠLJIVI. Kod manjeg broja pacijenata se gube. U početku druge faze lečenja posle pauze, koja je bila oko 4 nedelje ali je kod većeg broja bila i duža, javljalo se za neko vreme intenziviranje bola. Interval javljanja ataka upočetku opisivani kao više puta mesečno a manje i više puta nedeljno na kraju lečenja se opisuje kao periodičan. Trajanje bola u početku opisivano kao satima i manje danima na kraju lečenja se uglavnom dobija odgovor kratko.

Dolazi i do znatne redukcije propratnih simptoma, kako u vegetativnom reakcijama tako i u psihičkim smetnjama.

Reduciran je znatno i broj i vrsta prodroma.

Od naših pacijenata nijedan se u toku kontrolnih pregleda nije žalio na neke neugodne propratne senzacije u vreme uzimanja leka.

Zaključak

Uverili smo se u toku rada na praćenju terapijskog efekta Ditamina na našim pacijentima da možemo uvrstiti ditamin u lekove izbora kod lečenja i prevencije migrenskih napada.

Dobijeni rezultati na našem materijalu govore nam da u najvećem broju slučajeva ditamin kod obolelih od migrene smanjuje intenzitet bola, dužinu trajanja bola a jako povećava interval između ataka glavobolje.

Ovim se on afirmiše kao dobar lek u terapiji ali i u prevenciji migrenskih napada sprečavajući ih ili znatno odlažući njihovo javljanje.

Znatno popravlja raspoloženje pacijenta koje je verovatno s jedne strane proizvod samog mehanizma dejstva u centralnom nervnom sistemu a sa druge strane i rezultat oslobađanja pacijenta patnji iz čega rezultira i popravljjanje psihičkog stanja pacijenta.

Kod naših pacijenata nisu zapažene uzgredne neželjene pojave.

Na kraju bih rekao da sam posle višemesečnog rada sa Ditaminom na pružanju pomoći mojim pacijentima došao do zaključka da imamo još jedan efikasan lek i to lek čije je dejstvo pre svega etiološko, da imamo lek koji će milenijumsku borbu lekara da pomognu pacijentu učiniti donekle lakšom.

NEKI ASPEKTI PROBLEMA ŠKOLOVANJA DECE I OMLADINE OBOLELE OD DYSTROPHIA MUSCULORUM PROGRESSIVA (DMP) NA PODRUČJU JUŽNOMORAVSKOG REGIONA

Some aspects of educational problems of children and youth suffering from Dystrophia musculorum progressiva (DMP) in the Southmoravian region

Milorad Veličković, Aleksandra Milovanović, Miomir Milovanović, Dragomir Marković

Neuropsihijatrijska služba Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu

Sažetak:

Posmatrano je ukupno 24 obolelih od DMP od kojih je 23 muškog i 1 ženskog pola. Starosna dob ispitivanih je od 8 do 25 godina. Polovina posmatranih boluje od Duchenneove forme DMP. Od ispitivanih 1 uopšte nije pohađao nastavu, 7-oro je prekinulo školovanje u prvim razredima osnovne škole, iako je za većinu bila organizovana kućna nastava. Svi ostali su uključeni u redovno školovanje ili su ga završili. Zbog težine zdravstvenog stanja i neophodnosti lečenja i rehabilitacije 4 se nalaze u Zavodu „Novopazarska Banja“ gde su uključeni u program redovnog školovanja internatskog tipa. U radu su analizirani problemi vezani za propratna oboljenja (vezana za respiratorni i kardiovaskularni sistem) pored osnovnog. Diskutovana je socijalna adaptabilnost ispitivanih, odnos socijalne sredine prema njima, kao i rezultati psihološkog testiranja u svetlu problema vezanih za njihovo školovanje.

Abstract:

24 children suffering from DMP were examined, 23 of which were male and 1 female, age ranging from 8—25 years. Half of the examined patients suffer from Duchenne's form of DMP. Of all the examined 1 did not attend the lectures, 7 stopped attending school in the lower grades of elementary school even though home education was organised for most of them. All the others attended or have completed compulsory education. Due to their serious health condition and the need for being cured and rehabilitated 4 have been allocated to the institute „Novopazarska Banja“ where they followed the programme of compulsory education in the form of a boarding school. The paper analyzes the problem connected with additional diseases (related to the respiratory and cardiovascular system) as well as the main disease. The social adaptability of the examined ones was discussed, the relationship between the social environment and the patients as well as the results of psychological testing in accordance with the problems linked to their education.

Progresivne mišićne distrofije su oboljenja poznata još u starom veku ali njihovo naučno izučavanje počinje sredinom 19. veka radovima Arana

i Dišena. Otad pa sve do danas pomno izučavanje DMP otkrilo nam je neke nove istine o njoj. Poznato je da su to nasledna oboljenja, da se prenose preko X hromozoma ili autozoma, dominantno ili recesivno, od čega uglavnom zavisi i klinička forma oboljenja. Postoji više podela miopatija i DMP, a najpoznatija i najprihvatljivija je podela J. N. Wolton-a (1963. i 1968).

Rad saopšten na Simpozijumu Evropske unije za školsku i sveučilišnu medicinu. Dubrovnik, 19—21. 10. 83.

Adresa: dr Milorad Veličković, neuropsihijatar
Boška Buhe 4—27, 16000 Leskovac.

DMP spada u tzv. „primarne miopatije“ gde je centralni poremećaj u samim mišićnim vlaknima za razliku od tzv. „sekundarnih“ ili denervacionih miopatija, gde dominiraju poremećaji u nervnom vlaknu sa posledičnom atrofijom mišića.

Kao i većina drugih naslednih oboljenja i DMP se uglavnom manifestuje u ranom životnom dobu, neke najteže forme skoro od rođenja, a neke u adolescenciji, dok se neke lakše forme mogu javiti i kasnije.

Problemi vezani za lečenje i rehabilitaciju u medicinskom smislu reči su skromni, a rezultati loši. Akcenat se stavlja na socijalne aspekte problema, na adaptiranost, školovanje i uključivanje u radnu sredinu kad god je to moguće. Školovanje je poseban problem, ali nikako se ne sme posmatrati izdvojeno iz prethodnog kontesta.

Materijal i diskusija

Mi smo za ovaj rad uzeli ukupno 24 ispitanika kod kojih je klinički i patološki postavljena dijagnoza Dystrophia musculorum progressiva, a njihov uzrast je od 8 do 25 godina

Tabela 1.

Pol		Dg	Zanimanje roditelja			
M	Ž	DMP Duchenne 16	Zemljoradnici 8			
		DMP limb girdl 3	Radnici u udruže-			
23	1	DMP Becker 5	nom radu 16			
Socijalna		Oboleli	Školovanje			
sredina		članovi				
selo	grad	uže porodice	da	ne	red. kuć. intern.	
19	5	14	10	15	2	6
Uspeh						
nedo. dobar vr. do. odlič.						
4	15	3	1			

(sl. 1). Opređelili smo se za teže forme oboljenja jer mislimo da su problemi vezani za školovanje tu najizraženiji. Od ukupnog broja ispitanika 23 je muškog a jedan ženskog pola. Najveći broj naših ispitanika boluje od najteže forme distrofije, odnosno od Dišenove forme i njihov broj je 16, dok 3 boluju od forme pojasa udova (LIMB GIRDLE, Lajden, Mebijus), a 5 ima blažu ili Becker formu.

Roditelji kod 8 obolelih su zemljoradnici, a 16 radnici u udruženom radu, uglavnom nekvalifikovani, polu i KV radnici. Socijalna sredina je kod 19 seoska, a kod 5 gradska. Predominacija seoskog miljea kao i radničko seljačkih porodica nameće razmišljanje o sociokulturološkim karakteristikama vezanim za patrijahalnost u odnosima, doživljavanje bolesti kao nesreće, prirodne tragedije i prisustvo sažaljivosti u odnosu na obolelog što daje utisak veće prihvatljivosti invalida, makar i prividno, ili u nekim slučajevima pojačanu agresivnost, zamerljivost, naročito u porodicama gde ima više obolelih. U kontestu gore pomenutih sociokulturoloških aspekata, u sredini gde manuelno stvaranje dominira i predstavlja osnovu življenja i izvor materijalne egzistencije vrednovanje obolelih od DMP kao i njihova prihvatljivost i adaptiranost ne zavise samo od intelektualne sposobnosti već i od uključivanje u organizovani rad i obavljanje korisnih poslova.

Od ukupno 24 bolesnika 12 je psihološki obrađeno. Primenili smo sledeće tehnike: VB skalu formu 1. WISC Kornel index, TNR i tehniku projekcije ličnosti u crtežu ljudske figure (Mahover). Kod dece Kornel index i TNR nismo primenjivali.

Nema jedinstvenog mišljenja o tome da li mišićna distrofija direktno ograničavajuće utiče na kognitivni razvoj, mada su neki ispitivači našli promene u CNS-u, no pitanje je da li se tu radilo o tzv. „čistoj“ mišićnoj distrofiji. Osoba obolela od mišićne distro-

fije je ograničena u kretanjima a samim tim njen kontakt sa socijalnom sredinom i komunikacije sa spoljašnjim svetom su značajno ograničene. Poznato je da je za pravilan intelektualni i emotivni razvoj jedan od presudnih faktora odnos subjekta sa sredinom, odgovarajuća stimulacija koja omogućuje detetu nove šeme oblika ponašanja i adaptaciju na zahteve sredine. U školskom periodu kontakt i odnosi sa širom socijalnom sredinom su još većeg značaja za kompletan kognitivni i emotivni razvoj, opštu adaptabilnost i razvoj identiteta.

Cohen (1968) je sproveo istraživanje u kome je ispitao 211 pacijenata obolelih od DMP i pokazalo se kod 21% ispitanika postoje znaci mentalne zaostalosti, što nije utvrđeno kod njihovih sestara i braće koji su bili zdravi.

Šekspir (1979) navodi podatak da je za ispitane obolele od mišićnih distrofija prosek negde $IQ = 80$, umesto $OQ = 100$ kao u normalnog populaciji što bi ukazivalo na znake mentalne zaostalosti, ali da je intelektualni nivo lica koja pate od mišićnih distrofija sličan opsegu koji se javlja u normalnoj populaciji.

Marković (1981) u svom ispitivanju obolelih od mišićnih distrofija dobio ispodprosečne rezultate, nego što bi se očekivalo u normalnog populaciji.

Tabela 2.

Rezultati koje je postigla grupa isitanika ($N = 12$) na VB skali

Klasifikacija nivoa intelig.	IQ totalni	IQ verbalni	IQ manipulativni
Iznad proseka	0%	7%	0%
Prosek	33%	33%	25%
Ispod proseka	25%	25%	8%
Granični	25%	17%	50%
Debili	17%	17%	17%

U našem istraživanju (tab. br. 2) dobili smo slične rezultate. Srednja vrednost globalnog $IQ = 81$ (ispod pro-

seka), $SD = 15,77$, Srednja vrednost verbalnog $IQ = 86$ (ispod proseka), $SD = 18,43$ a srednja vrednost manipulativnog $IQ = 79$ (granični), $SD = 13,60$. Bez obzira na razliku koju smo dobili između IQ_v i IQ_m ta razlika nije statistički značajna.

Tabela 3.

Prikaz pojedinih skorova ispitanika na VB skali, prosečnih vrednosti IQ_g , IQ_v , IQ_m , standardnih devijacija, kalendarskog uzrasta i dijagnoza

Dijagnoza	CA	IQ_g	IQ_v	IQ_m
1. DMP limb girdle	25	109	108	108
2. DMP Duchenne	8.6	104	113	93
3. DMP Duchenne	10.6	93	108	79
4. DMP Duchenne	13.10	91	99	83
5. DMP Duchenne	15.10	86	85	90
6. DMP Duchenne	10.3	85	101	69
7. DMP Duchenne	13.10	80	86	78
8. DMP Duchenne	16	79	85	77
9. DMP Duchenne	9	70	71	74
10. DMP limb girdle	15	65	60	79
11. DMP Duchenne	24	60	57	70
12. DMP Becker	22	57	70	50
$\bar{X} = 81$		$\bar{X} = 86$		$\bar{X} = 79$
$SD = 15.77$		$SD = 18.43$		$SD = 13.60$

Iz tabele br. 3 vidimo da distribucija inteligencije kod globalnog dela izgleda ovako: 50% ispitanih ima IQ ispod proseka, ili tačnije 25% su granični a 25% ispod proseka, u 33% slučajeva nalaz je prosečan a u 17% smo našli mentalnu zaostalost.

Kod IQ_m u 50% slučajeva intelektualni nivo je granični, dok je na verbalnom delu taj procenat manji i iznosi 17%, a veći procenat je pokazao prosečan intelektualni nivo (33%). Takođe na verbalnom delu pokazuje se iznadprosečna inteligencijska sposobnost u 8% slučajeva.

Treba imati na umu da su osobe sa psihofizičkim nedostacima prvenstveno ličnosti, kako to kaže Rozmari Šekspir, a zatim da imaju nedostatak koji pogađa neke, a retko sve vidove ponašanja. Osobe ometene u razvoju, bilo fizički ili psihički, često su sprečene svojim nedostatkom, a i otporom sredine da izgrađuju normalne relacije

u odnosu na spoljni svet i neadekvatno mogu funkcionisati kao ličnosti.

Rezultati koje smo dobili na Kornel index-u govore da su anksiozne tendencije najviše izražene, zatim depresivne i impulsivne.

Na TNR zapažena je neizvesnost ispitanika u odnosu na budućnost, prisutno je stalno neizdiferencirano osećanje straha i nepoverenje u svoje sposobnosti.

Na projektivnoj tehnici, crtežu ljudske figure, u crtežima ispitanika pojavljuju se neki zajednički elementi. Mi smo slične karakteristike u crtežima interpretirali u kontekstu pojedinih crta ličnosti, tendencija i mogućih konflikata, koji mogu biti u direktnoj zavisnosti od njihovog fizičkog stanja (nepokretnost), koje se odražava na adaptibilnost i interakcije sa socijalnom sredinom, što su pored IQ osnovni elementi za njihovo bolje uklapanje u školsku sredinu.

Najizraženiji konflikti su primećeni kod ruku, očiju i stopala. Položaj ruku, dužina, šake, prsti izražavaju stav pojedinca prema sredini, otvorenost i dodir sa spoljašnjim svetom, manuelnu spretnost i mogu izražavati zrelost ili infantilnost subjekta. Većina ispitanika je nacrtala kraće ruke sa malim zakrčljanim prstima neki su izostavili prste, što ukazuje na povučенost u odnosu na socijalnu sredinu i ograničenu manuelnu spretnost, a troje je ruke sakrilo iza leđa, potpuno negirajući socijalne relacije, izražavajući visok stepen konflikta sa spoljašnjim svetom i nesigurnost. Oči su organ za komunikaciju sa spoljnim svetom. Subjekti su mahom crtali prazne krugove bez zenica, ili samo tačke za oči. To može ukazivati na zaokupljenost samim sobom, namerno isključivanje sveta a kod mladih često izražava zavisnost i emocionalnu nezrelost. Kod nogu i stopala prisutno je još jedno bitno područje konflikta. Linije su kod mnogih crteža zadebljale, stopala potencirana, a na jednom

crtežu dodata je i podloga ispod stopala kao potpora. Pošto su ispitanici u većini slučajeva nepokretni, njihov stav prema stopalima i nogama kao delovima tela koji omogućavaju kretanje može biti ambivalentan.

Često su ispitanici crtali gornji deo trupa i za mušku i za žensku figuru izražavajući seksualnu neizdiferenciranost i konfuziju.

Većina ispitanika prikazalo je žensku figuru veću od muške. U njihovom slučaju to može značiti vezanost, zavisnost za majku, koja je dominantna negovateljica, neophodna subjektima, dok su oni sami u krajnje zavisnom položaju u odnosu na nju, a ona može biti preteća ili zadovoljavajuća u zavisnosti od toga kako zadovoljava njihove potrebe. I kod odraslih ispitanika izražava se nezrelost u tom domenu. Na polovini crteža dugmeta se pojavljuju na sredini trupa, naglašavajući središnu liniju, odslikavajući egocentričnu i somatsku preokupiranost a povezuje se i sa zavisnim i infantilnim osobinama.

Kod nekih crteža potenciraju se uši, što može ukazivati na ostljivost na kritiku.

Od ukupno 24 naših ispitanika, 23 je bilo ili su još uključeni u školsku sredinu, dok se jedan uopšte nije školovao iz razloga udaljenosti od škole (živi u zabitom zaseoku), vrlo lošeg opšteg zdravlja, no i pored toga on je samouko ovladao osnovnim oblicima pismenosti uz pomoć roditelja.

Uključenih u redovno školovanje bilo je 65,2%, u školovanje internatskog tipa 26%, a kućna nastava bila je obezbeđena kod 8,8%.

Što se uspeha koji su ispitanici postigli tiče on je sledeći: odlični u 4,4%, vrlo dobri u 13%, dobri u 65,2%, a nedovoljni u 17,4%, odnosno 4 učenika su jednom ili više puta ponavljali razred. 26% je napustilo školovanje pre završetka 4 razreda osnovne škole zbog pogoršanja zdravstvenog stanja, shvatanja roditelja da

je uzaludan takav napor, ili zbog uzastopnog ponavljanja istog razreda što je najređe, a 17,4% je napustilo školovanje između 5 i 8 razreda uglavnom iz istih razloga. Troje njih ili 12,5% je završilo školovanje i osposobljeno je za samostalno privređivanje (1 srednja škola i dve osmogodišnje sa kursovima) odnosno u stalnom je radnom odnosu i tu se radi o Becker ili limb girdl formi mišićne distrofije. Još uvek je na školovanju 43,5% onih koji su započeli školovanje.

Z a k l j u č a k

Oboleli od mišićnih distrofija imaju brojne smetnje koje ih sputavaju u toku školovanja, počev od fizičkog hendikepa nepokretnosti, čestih interkurventnih oboljenja, ličnih kognitivnih i emocionalnih hendikepa, što se sve odražava na adaptabilnost i interakciju sa okolinom. Smetnje od strane roditelja i staratelja su u neprihvatanju invalidnog deteta, njegovom nevrednovanju, sve do pasivnog i ličnog odbrambenog stava da je svaki napor uzaludan zbog dosta skraćenog životnog veka. Ovo poslednje čini nam se najopasnijim a takođe imamo utisak da je tu ustvari bitka koju vaspitači, pedagozi, psiholozi i lekari mogu dobiti i time omogućiti dovršenje školovanja i osmišljenje života tih mladih ljudi i dovesti do krajnjeg cilja koji se sastoji u potpunom osposobljavanju invalida za samostalan,

nezavisan i društveno koristan život.

Mnogobrojne prepreke su na tom putu, ali naše dugogodišnje iskustvo u radu sa tom kategorijom invalida, kao i već postignuti ogromni uspesi u poslednjoj deceniji, daju nam za pravo da se nadamo da će jednog dana svi oboleli od mišićnih distrofija imati osećanje samostalnosti i korisnosti.

Literatura

1. **Bekman, R.** (1976): Progresivne mišićne distrofije. Biblioteka prevoda Udruženja distrofičara Srbije, Beograd.
2. **Docenko, S. N.** Miopatije, klinika i lečenje Biblioteka stranih prevoda Udruženja distrofičara Srbije i Udruženja distrofičara Jugoslavije, Beograd.
3. **Jamšćikova, N. A.** (1971): Kineziterapija i masaža u lečenju progresivnih mišićnih distrofija. Udruženje distrofičara Jugoslavije i Savez defektologa Jugoslavije-sekcija za telesne invalide, Beograd.
4. **Mahover, K.** (1970): Projekcija ličnosti u crtežu ljudske figure. Zavod za proučavanje socijalnih problema grada Beograda.
5. **Marković M.** (1981): Psihološki aspekti socijalne integracije obolelih od mišićne distrofije. Savez distrofičara BiH, Sarajevo.
6. **Radojičić, B.** (1980): Klinička neurologija, VII dopunjeno i prerađeno izdanje. Institut za stručno usavršavanje i specijalizaciju zdravstvenih radnika, Beograd.
7. **Šekspir, R.** (1979): Psihologija ometenih u razvoju, Nolit.
8. **Zergollern, Ij.** (1980): Nasledne bolesti i profesionalna orijentacija. U Vukadinović Đ, ed: Medicina školske i profesionalne orijentacije. Republički SIZ za zapošljavanje Zagreb, Zagreb.

NAŠA ISKUSTVA U LEČENJU OROANTRALNIH KOMUNIKACIJA I FISTULA.

Our experience in treatment of oroantral communications and fistulas

Radomir Stanković, Vlastimir Cvetković

Otorinolaringološka služba i Zavod za stomatološku zdravstvenu zaštitu Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu

Sažetak:

Autori iznose način nastajanja, kliniku i način lečenja oroantralnih komunikacija i fistula. Na ORL odeljenju i Zavodu za stomatološku zdravstvenu zaštitu Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu, u periodu od 1977. godine do 1980. godine, lečeno je 62 pacijenta sa zadovoljavajućim uspehom. Kod zatvaranja svih operisanih primenjivan je bukalni rezanj. U dva slučaja došlo je do recidiva.

Abstract:

Authors present the onset, clinical presentation and treatment of oroantral communication. At the ORL and Dental departments from 1977. to 1980., 62 patients were treated with success. For closure buccal grafts were used. There were only two recidives.

Oroantralne komunikacije i fistule nastaju nasilno kod povređivanja ili pri ekstrakciji zuba zbog anatomske osobenosti gornje vilice i viličnih sinusa, odnosno korena sa sinusom, zatim patoloških promena-periapikalnih procesa i radikularnih cisti a nekad posle operacije po Caldwell-Lucu, uklanjanja, velikih cista i tumora vilica.

Ukoliko se nastala komunikacija ne zatvori spontano nastaje fistula preko koje se inficira sinus.

Zbog bliskog odnosa korena i sinusa najčešće se sinus otvara pri ekstrakciji prvog i drugog molara a potom umnjaka i oba preloma gornje vilice.

Lečenje oroantralne komunikacije može biti konzervativno i hirurško a

fistule isključivo hirurško. Veće-šire komunikacije nastaju kod preloma tubera maksile i ekstrakcije usamljenih zuba gde je došlo do atrofije alveolarnog grebena.

Simptomatologija otvorenog sinusa je krvarenje iz nosa, kad bolesnik pije vodu ona mu izlazi kroz nos, proba duvanje kroz nos je pozitivna, a pušači ne mogu da puše zbog nemogućnosti stvaranja negativnog pritiska.

U periodu od 1977. do 1980. godine na ORL odeljenju i stomatološkom zavodu u Leskovcu lečeno je 62 pacijenta sa oroantralnim komunikacijama i fistulama, od toga 34 muškog i 28 ženskog pola. Od navedenog broja sa stranim telom-radiksom u sinusu bilo je 29 pacijenata, sa već prisutnim sinusom 14, sa velikim cistama u sinusu 8, dok je konzervativno zbrinuto 11 pacijenta kod kojih nije bilo infekcije ni stranog tela u sinusu.

Rad je saopšten na 21. otorinolaringološkoj nedelji SR Srbije u Beogradu 1981.
Adresa autora: dr Radomir Stanković,
Radnička 14—5, Leskovac

Analizom našeg materijala konstatovali smo da su komunikacije i fistule nastale najčešće posle stomatoloških intervencija a potom posle zadobijenih povreda i ranijih operativnih zahvata. Od navedenog broja operativnih zahvata imali smo i dva recidiva oroantralnih komunikacija.

Diskusija

Duži koren, teža ekstrakcija i patološke promene na zubu nalažu obavezno pažljivu kontrolu zbog mogućnosti nastajanja komunikacije.

Hirurški zahvat zavisio je od veličine komunikacije, prisustva korena u sinusu, zapaljenja sinusa i očuvanosti mekih tkiva tj. gingive.

U slučaju kada je komunikacija malog prečnika a dužina alveole veća pristupali smo konzervativnom zbrinjavanju tamponirajući jodoform gazom donje dve trećine alveole. Ukoliko sinus nije prethodno inficiran, a rana istamponirana i pacijent zaštićen antibioticima, hirurškom zahvatu smo pristupili u roku od 24 časa, uklanjali strano telo i zatvarali komunikaciju da ne bi došlo do patoloških komplikacija sinusne šupljine.

Kod komunikacija malog prečnika i očišćenog mekog tkiva bez stranog tela u sinusu radili smo trapezni rez po Wassmundu i isti mobilisali. Ako je sinus neinficiran a rediks prisutan u sinusu pristupali smo kroz alveolu prethodno uklonivši inter-radikularni septum, a zatim smo radili plastiku odgovarajućim režnjem.

Ako je pak sinus inficiran, meko tkivo-desni više oštećeno-izmaltretirano hirurški zahvat smo odlagali za kasnije, tj. do smirenja zapaljivog procesa u sinusu i zarastanja gingive. Potom smo radili rez po Wassmund-Rerhmanu mobilisali režanj prosecanjem periosta na više mesta i vršili reviziju sinusa po Callwell-Luc-u. Po adaptaciji režnja stavili smo jedan ili dva madrac šava a potom ušivali i ostali deo režnja.

Dok je kod parcijalne i totalne bezubosti adaptacija režnja laka, dotle je zatvaranje komunikacije većih dimenzija kada su prisutni ostali zubi otežana.

Preoperativno smo uzimali potrebne laboratorijske analize, obavezno uradili RTG paranazalnih šupljina i retroalveolarni snimak da bi ustanovili eventualno prisustvo zaostalih korenova u vilici ili sinusu.

Operacije smo najčešće radili u lokalnoj anesteziji uz premedikaciju a post operativno ordinirali odgovarajuću terapiju.

Post operativne tegobe su bol i edem, a ređe post operaciona hemoragija. Pacijentu smo savetovali da održava higijenu usne šupljine, da 8 do 10 dana ne duva na nos, ne puši niti uzima sokove i druge tečnosti na cevčicu da nebi došlo do recidiva.

Zaključak

Oroantralne komunikacije i fistule su česte u našoj praksi i najčešće su posledica stomatoloških intervencija.

Lečenje je konzervativno i hirurško.

U periodu od 1977. do 1980. godine lečili smo 62 pacijenta sa oroantralnim komunikacijama i fistulama.

Sve komunikacije i fistule smo uspešno zatvarali bukalnim režnjem.

Literatura

1. Đoković, Lj. (1965): stomatohirurgija. Naučna knjiga, Beograd.
2. Jojić J, Perović J, (1966): Oroantralne komunikacije i njihova terapija. Stomatološki glasnik SRS br. 1.
4. Pišćević A, Đorđević V, Sjerobabin I, (1956): Naša iskustva u lečenju otvorenog sinusa. Zbornik radova III stom. nedelje SRS.
5. Rakić R i saradnici (1979): Naša iskustva u hirurškom lečenju svežih oroantralnih komunikacija. Stomatološki glasnik XIV stomatološke nedelje SR Srbije, vanredni broj, Novi Sad.
6. Savić D, Cvejić D, Kosanović M (1975): Otorinolaringologija, Naučna knjiga, Beograd.
7. Šercer A (1965): Otorinolaringologija II, Jugoslovenski leksikografski zavod, Zagreb.

PROBLEMI INTENZIVNE TERAPIJE DETETA U JEDNOSTAVNIM USLOVIMA

The problems of intensive therapy of a child under simple conditions

Vitomir Rangelov, Nadežda Stojanović, Ljiljana Nikolić, Predrag Mitić, Mirjana Pavlović

Pedijatrijska služba Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu

„Intenzivna pedijatrijska terapija je nova grana medicine čiji uspeh i razvitak osigurava timski rad, požrtvovanost osoblja i visok stručni nivo zdravstvenih radnika, osobito pedijatra“.

P. Kornhauzer

Sažetak:

Intenzivna terapija u određenom obimu mora da se sprovodi u svim stacionarnim zdravstvenim ustanovama bez obzira na njihovu veličinu, kadrovske mogućnosti i opremljenost aparatima. Jer, objektivne okolnosti čine da sva deca kojima je potrebna intenzivna terapija ne mogu da stignu u vrhunske ustanove. I dok čekam da od kompetentnih stručnjaka dobijemo metodološka upunstva za tretman takve dece, mi ih moramo lečiti. I sami bez potrebne permanentne edukacije za takvo lečenje, moramo da sarađujemo sa nedovoljno razvijenom laboratorijskom, kao i sa radiološkom službom i da koristimo zastarele aparate. Lečiti u takvim okolnostima ovu decu, unači sudarati se sa brojnim teškoćama. Te teškoće i naša skromna iskustva predmet su ovog referata.

Intenzivna terapija podrazumeva uspostavljanje i održavanje jako poremećenih vitalnih funkcija teško ugroženog organizma bez obzira na osnovnu bolest. Ova terapija se ostvaruje u jedinici intenzivne terapije (JIT).

Rad saopšten na Međunarodnom simpozijumu o intenzivnoj terapiji dece, Ljubljana, 1981.
Adresa: prim. dr Vitomir Rangelov,
D. Petrovića Šaneta 56—13, Leskovac

Abstract:

The intensive therapy must be carried out to some extent in all stationary health facilities regardless of their personnel possibilities and equipment. Because of the objective circumstances all the children needing the intensive therapy cannot reach the top facilities. And while waiting for the competent specialists to give us the methodological instructions for the treatment of such children, we must treat them. Without the necessary permanent education for such a treatment, we ourselves must cooperate with insufficiently developed laboratory service and utilise the obsolete medical instruments. To treat these children under such circumstances means to collide with many difficulties. Those difficulties and our modest experiences are subject of this written report.

Pedijatrijska JIT po pravilu treba da bude u sklopu velike bolnice gde su svakog časa pri ruci specijalisti raznih profila, a osobito anesteziolog i hirur. Bazičnu terapiju u JIT sprovodi pedijatar koji je za taj posao dodatno školovan.

Pri osnivanju i regionalizaciji pedijatrijske JIT bitno je da se sva ugrožena deca koncentrišu na jednom mestu u medicinskom centru, bez obzira na prirodu bolesti. Stvaranje JIT posebno

za internističke, a posebno za hirurške bolesnike, kao i za ugroženu novorođenčad, nema ni kadrovskog ni materijalnog opravdanja. Po pravilu JIT za decu vodi pedijatar.

Da odmah napomenemo, da programiranje, arhitektonski normativi, oprema, sistematizacija ovoblja, rad u smenama, kao i planska regionalizacija pedijatrijske JIT nisu predmet ovog rada.

Iako se značajnije diskusije o pedijatrijskoj intenzivnoj terapiji na stručnim skupovima u SR Srbiji vode od 1977. god., i čini se da smo teorijski dosta spremni, na praktičnom planu, u manjim medicinskim centrima, nije dovoljno urađeno.

U nama pristupačnoj literaturi, češće nalazimo preporuke za organizaciju neonatalne intenzivne terapije, dok je literatura o organizovanju pedijatrijske intenzivne terapije relativno oskudna.

To je i razumljivo, jer pedijatrijska JIT treba da pruži intenzivnu negu i terapiju ne samo novorođenčetu i nedonoščetu, nego i odojčetu i predškolskom detetu, a to podrazumeva nabavku različitih tipova skupih aparata i mnogo širu stručnu spremu.

Gledano iz našeg aspekta, izgleda da je potrebno da se raščiste izvesne terminološke zabune oko intenzivne nege i terapije. Naime, poznato je da se ovde često koriste nazivi: urgentna terapija, intenzivna terapija, intenzivna nega, intenzivni nadzor, reanimacija. Kako je na početku data definicija intenzivne terapije, reći ćemo da se urgentna terapija sprovodi u svim zdravstvenim ustanovama, kada su vitalne funkcije jako poremećene, a ne samo u JIT kao intenzivna terapija. Intenzivna nega je najviši nivo medicinske nege koja se ostvaruje u jedinici za intenzivnu negu i terapiju. Intenzivni nadzor znači praćenje: vitalnih funkcija, acidobaznog i elektrolitnog statusa, glikemije, bilirubinemije i drugih bihemijskih i bakterioloških analiza, zatim kontrolu fundusa, rent-

genskih nalaza, materijala dobivenog pri raznim punkcijama. Reanimacija je postupak kojim se obamrlom organizmu vraćaju osnovne životne funkcije —disanje i cirkulacija. I urgentna terapija i reanimacija moraju da se sprovode u svim zdravstvenim ustanovama, ali sigurno je da je reanimacija najuspešnija u JIT.

Medicinski centar u Leskovcu nema pedijatrijsku JIT, a veći centri koji je imaju nalaze se na udaljenosti od oko 300 km. Razumljivo je da sva deca koja zahtevaju intenzivnu terapiju ne mogu da se upute u ove centre (ponekad ni sami roditelji izudaljenih krajeva to ne prihvataju). S druge strane i deca koja će se uputiti u takve centre, moraju da se prethodno intenzivno leče i neguju kako bi se pripremila za transport, s tim što će se to nastaviti i tokom transporta. Kako radimo u jednostavnim uslovima (dijagnostičke službe nedovoljno razvijene, siromašno opremljeni aparatima, kadrovski nedovoljno ojačani), a i sami bez permanentne edukacije iz intenzivne terapije, pri lečenju ove dece moramo da se sudarimo sa brojnim teškoćama.

Retrospektivno smo analizirali istorije bolesti dece lečene u Odeljku tokom 1980. god. Kod sve dece čije su vitalne funkcije bile teško ugrožene, smatrali smo da postoji indikacija za intenzivnu terapiju. Došli smo do sledećih podataka:

- ukupno je lečeno 1275-oro dece;
- intenzivnu terapiju zahtevalo je: 53(4%)
 - a od te dece: —izlečeno je: 30 (57%)
 - premešteno 4 (7%)
 - umrlo: 19 (36%)

Interesantno je da su intenzivnu terapiju najčešće zahtevala odojčad do 6 mes., a zatim deca preko 3 god., a najmanje novorođenčad. Nije bilo bitnih razlika u odnosu na pol i mesto stanovanja. Ali, postojale su značajne razlike u odnosu na kalendarske mesece: najveći broj ove dece je lečeno

u decembru, zatim u aprilu, septembru i junu, a najmanji u martu.

Analizirali smo i najčešće indikacije za intenzivnu terapiju u našim uslovima i došli smo do sledećih podataka:

— meningoencefalit	28,3%
— neurotoksikoza	22,6%
— dekompenzovane pneumonije	16,9%
— teške infekcije (sepsa)	13,2%
— teške urođene anomalije	11,3%
— akutne intoksikacije	9,4%
— kardit	7,5%
— edem pluća	5,4%
— koma	3,7%
— dijabetička ketoacidoza	3,7%
— hiperbilirubinemija	3,7%
— Werdnig-Hoffmannova bolest	3,7%
— alergija na Penicilin	1,8%

Priznajemo da smo u našim uslovima insuficijentni u svim karikama intenzivne terapije. Ali, smatramo da bi bilo korisno da iznesemo svoja iskustva u lečenju akutnih intoksikacija, posebno u tretmanu trovanja organofosfornim insekticidima. Istini za volju, velikim centrima se ne pruža često prilika da leče takvu decu. Samo u toku 1979-1980 godine imali smo šestoro dece koja su pokazivala simptome težeg oblika trovanja. Ne krijemo satisfakciju da smo uspeli da spasemo svu decu.

Ukratko iznosimo šemu tretmana trovanja organofosfornim insekticidima:

- lavaža želuca;
- atropin: 0,05—0,1 mg/kg i.v., ponavlja se na 15—30 min., do pojave atropinizacije; kada se stanje popravi atropin se daje i.m., pa s.c. na 4—8 h i u naredna 2—3 dana;
- ako se tahikardija pojačava dati inderal i.v. polako;
- edem pluća se leči prema ustaljenim principima;
- protiv konvulzija se daje phenobarbiton.

Iz dosad izloženog se vidi kakvi sve problemi očekuju lekara kada je primoran da u jednostavnim uslovima leči dete čije teško ugrožene vitalne funkcije zahtevaju intenzivnu negu i terapiju. Kako ne raspolažemo potrebnim, ali skupim, aparatima moramo da se snalazimo na druge načine. Pre svega ostvarili smo dobru saradnju sa specijalistima drugih profila. Da bi bili što efikasniji, unapred smo razradili i pripremili redosled postupaka za tretman pojedinih urgentnih stanja. Isto tako napravili smo pregledne tablete u kojima je izneto pogodno razblaženje i precizno doziranje lekova koji se koriste u urgentnoj terapiji, kako u dramatičnim situacijama ne bi gubili dragoceno vreme na izračunavanje potrebne količine određenih lekova.

Nadamo se da će se ubuduće više raditi na edukaciji lekara iz intenzivne terapije. Nneophodan je i odgovarajući priručnik ili uxbenik, preveden, ili naš. Očekujemo da se na nivou Republike formira odgovarajuće stručno telo koje će davati saglasnost za otvaranje, veličinu i opremanje JIT. Verujemo da će odgovorni ljudi i u manjim medicinskim centrima shvatiti važnost JIT i da će nam pružiti odgovarajuću pomoć.

Literatura

1. Steiner S, Rukavina Z, Plasaj M.: Intenzivna skrb (intenzivna nega). Medicinska enciklopedija, dopunski svezak, Jugoslavenski leksikografski zavod, Zagreb, 1974.
2. Postdiplomski tečajevi iz pedijatrije. Materijali sa Seminara-Urgentna terapija. Klinika za dečje bolesti, Rijeka, 1978.
3. Kudrin A N, Belekij E E, Knjazev E N, Smirnova L M :Kratkij spravočnik po farmakoterapii, izdanje 3—e. Medicina, UzSSR, Taškent, 1978.
4. Zbornik radova. Stručni sastanak neonatologa SR Srbije i Autonomnih pokrajina, Leskovac, 1977.
5. XV Pedijatrijski dani SR Srbije. Zbornik radova, Galenika, Beograd, 1978.
6. Četvrti kongres lekara Jugoslavije. Zbornik radova, Sarajevo, 1978.

PROBLEM TERAPIJE I POJAVA RECIDIVA KOD URINARNIH INFEKCIJA DECE

Problems of therapy and relapses of urinary infection in children

Nadežda Stojanović, Milosija Simić, Mirjana Pavlović

Pedijatrijska služba Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu

Sažetak:

Na materijalu sa Dečjeg odeljenja u Leskovcu u periodu od 4 godine (1978—1982) prikazana je učestalost urinarnih infekcija kod dece različitog uzrasta, značaj ranog prepoznavanja, simptomatologija uz osvrt na problem pojave rezistencije i recidiva oboljenja. Najčešći uzročnici su bili sojevi *E. coli* i *Proteusa*, mešane infekcije u 5% slučajeva i u ostalih 5% slučajeva dijagnostifikovane su anomalije urinarnog trakta. Terapija je određivana prema antibiogramu, a upoređivani su efekti dejstva antibiotika i nalidiksične kiseline i nitroksolina. Uobičajeno trajanje terapije ne obezbeđuje sigurnost u izlečenje, pa se nameće pitanje dužine trajanja terapije kod dece i najboljeg izbora leka s obzirom na čestu pojavu rezistencije i recidiva.

Problem urinarnih infekcija kod dece je vrlo značajan i uvek aktuelan, jer se pedijatar sa ovim oboljenjima vrlo često susreće. Posle oboljenja respiratornog i digestivnog trakta, urinarne infekcije predstavljaju najčešću patologiju deteta. Značaj ranog prepoznavanja i otkrivanja je posebno važan, tj. na urinarnu infekciju treba misliti kod pojave nespecifičnih simptoma. Blagovremeno otkrivanje bolesti sprečava kasniju pojavu hroniciteta i sledstvenog propadanja bubrega u odraslom dobu.

Rad saopšten na III mediteranskom kongresu o hemioterapiji održanog u Dubrovniku od 21—24. 9. 1982.

Adresa autora: dr Nadežda Stojanović,
Lepše Stamenković 1, Leskovac

Abstract:

Frequency of urinary infections among children of various age, importance of early diagnosis, symptomatology and problems related to resistance and relapse in material of Pediatric department during period of 4 years (1978—1982) are presented. The most often causes were *E. coli* and *Proteus* while 5% of cases were attributed to mixed infections and in other 5% of cases anomalies of urinary tract were diagnosed. Therapy was prescribed according to antibiogram and effects of antibiotics, nalidixic acid and nitroksolin were compared. Usual duration does not ensure the healing and therefore the actual problem consists in choice of medicaments and therapy duration.

Simptomi urinarnih infekcija kod dece su retko specifični, naročito kod manjeg uzrasta. Uglavnom su neodređene prirode: slabo napredovanje u težini, bledilo, povremeno febricitiranje, povraćanje, bolovi u trbuhu, učestalo mokrenje, ili su maskirani nekom drugom infekcijom, pa se često slučajnim, rutinskim pregledom urina otkrivaju. Drugi važan problem je pojava recidiva, odnosno, reinfekcija. U većini slučajeva smatramo da posle izlečenja i normalizovanja urina, ponovna pojava iste bakterije predstavlja recidiv. Reinfekcija je izolovanje novog uzročnika nakon postizanja normalizovanja urina. Međutim, poznato je da su bakterije izazivači urinarnih infekcija naročito sklone stvaranju rezis-

Tabela 1

UZRAST OBOLELIH						Period 1978—1982.	
Godina	0 — 3 godine		3 — 7 godine		7 — 14 godina		Ukupan broj
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	
1978.	7	7	2	7	2	13	38
1979.	11	16	5	15	6	22	75
1980.	5	14	3	10	3	19	54
1981.	4	6	2	11	3	17	43
Procenat	33%		26%		41%		210

tentnih pojava. Stvaranje rezistentnih sojeva je posledica spontane mutacije bakterija nezavisno od kontakta sa antibiotikom. Zbog toga bi termin reinfekcija bio ispravniji jer se uglavnom radi o reinfekciji novim tipom — mutantom, ili sasvim novim sojem bakterija. Problem terapije i dijagnoze urinarnih infekcija naročito je otežan u manjim odeljenjima bolnica u unutrašnjosti, gde je iz objektivnih razloga zbog slabo opremljenih laboratorija i drugih pratećih službi, rad lekara otežan u poztizanju adekvatne terapije i izlečenje.

Na Dečjem odeljenju Med. centra u Leskovcu u periodu od 4 godine (1978—1982). lečeno je 210 dece različitog uzrasta. U tabeli 1, vidimo da pored procentualnih razlika u uzrastu, prednost (ako se tako može reći). imaju deca ženskog pola, što je i razumljivo zbog anatomske specifičnosti urogenitalnog trakta.

Osnovni kriterijumi za dijagnozu bili su postojanje bakteriurije piurije i albuminurije uz povremenu cilinduriju i eritrocituriju. Siguran dokaz o postojanju infekcije bila je izolacija uzročnika u dve urinokulture u signifikantnom broju preko 100 hiljada kolonija u 1 ml. Najčešći uzročnici bili su sojevi *E. coli* u 62%, *Proteusa* u 16%, mešane infekcije u 5% i neidentifikovane u 17%, tabela 2.

Lekovi su uglavnom primenjivani prema antibiogramu koji su rađeni sa diskovima koje je posedovala Bakteriološka laboratorija. Kod slučajeva gde

nisu izolovani uzročnici, postojali su znaci urinarne infekcije, ali su deca uglavnom bila već pod terapijom zbog neke druge bolesti.

Tabela 2

NAJČEŠĆI UZROČNICI		
	Ukup. br.	Procenat
<i>E. coli</i>	129	62%
<i>Proteus</i> (razni sojevi)	34	16%
<i>E. coli</i> <i>E. coli</i>		
<i>proteus</i> <i>klebsiella</i>	10	5%
Nisu izolovani	37	17%

Tabela 3

DAVANJE LEKA PREMA ANTIBIOGRAMU

Vrsta leka	Broj slučajeva	Procenat
Ampicilin	27	12,8%
Cefalosporini	30	14,2%
Chloramphenicol	12	5,7%
Aminoglikozidi	21	10,0%
Negram	57	27,1%
Noxin	34	16,1%
Sulfonamidi	10	4,7%
Ostali lekovi	19	9,0%

Primećujemo da je u najvećem procentu primenjivanja Nalidiksična kiselina (Negram) i Nitroksolin—Noxin (uroantiseptik). To su uglavnom bile akutne nekomplikovane infekcije koje su dobro reagovala na datu terapiju. Kod mešanih infekcija i sojeva *Proteusa*, kao i recidivnih infekcija prime-

njivani su antibiotici zbog sumnje na hronicitet ili anomalije. Sulfonamide i ostale lekove deca su uglavnom primala zbog drugih infekcija, pa urino-kulturom nisu izolovani patološki sojevi.

U 15% slučajeva imali smo pojavu recidiva ili reinfekcija. To su uglavnom slučajevi gde je recidiv predstavljao moguću egzacerbaciju već postojećeg procesa ili postojanja urođenih anomalija urinarnog trakta. U 5% slučajeva naknadnim ispitivanjima u specijalizovanim ustanovama dokazane su urođene malformacije. 10% obolele dece bili su recidivanti Pielonefriti sa najčešćim bakterijama *E. coli* i *Proteus*. Ovu grupu dece kontrolisali smo ambulantno 6 meseci do godinu dana, uz diskontinuirano medikamentno lečenje.

Tabela 4

RECIDIVI INFEKCIJE

Mlaformacio renis sin.	1
Hydronephrosis	3
Diverticulum vesicae urinariae	1
Calculus renis	3
Reflux vasisicoureteralis	2
Ren hypoplasticum	1
Pyelonephritis recid	14
Proteus	
E. coli	8

Prema uobičajenom davanju terapija je trajala 12–14 dana, a u nekim slučajevima i 21 dan. Ova dužina davanja terapije ne obezbeđuje sigurno izlečenje, jer se posle pojave recidiva mora ponoviti što je praksa i pokazala. Nameće nam se pitanje koliko dugo i u kojim sigurnim dozama

treba da traje lečenje prvog ataka bolesti da bi se sprečile kasnije pojave hroničnih procesa, i da li je dati lek najbolje izabran, obzirom da se broj rezistentnih sojeva prema postojećim hemoterapeuticima stalno povećava. Ovde se naročito javlja problem lečenja hroničnih infekcija gde nisu dokazane urođene anomalije, jer mnoge šeme i stavovi u lečenju ne daju očekivane rezultate. Ne treba zaboraviti da mnogi lekovi imaju svoja toksična, neželjena dejstva zbog čega se ograničava dužina davanja i adekvatna optimalna doza. Ovde se izuzimaju urođene malformacije urinarnog trakta čije je lečenje svojevrsan problem.

Praksa je pokazala da je zbog svih gore navedenih problema, lečenje urinarnih infekcija kod dece vrlo složeno. Zato je neophodno da se izrade jedinstveni kriterijumi, koliko je to moguće, (jer mišljenja su podeljena) i najboljem izboru leka, optimalnim dozama i dužini trajanja terapije. Jer, činjenica je da neadekvatno lečenje, neblagovremeno otkrivanje bolesti i neredovna kontrola obolelih stvaraju „Urološke invalide“ u starijem dobu života.

Literatura

1. Antibiotici i antibiotska terapija, Pliva—Zagreb, 1971. god.
2. Vlatić B. (1973): Antimikrobna terapija u pedijatriji. Medicinska knjiga, Beograd—Zagreb.
3. Vlatković G. (1976): Pedijatrijska nefrologija. Školska knjiga, Zagreb.
4. Das Medicinische prisma 3, Hronični pielonefrit, Beringer + Ingelheim jugoslovensko izdanje, 1970. god.
5. Zbornik radova II, IX kongres pedijatara Jugoslavije, Budva, 1971. god.

URINARNE INFEKCIJE ŠKOLSKE DECE

Urinary infections in school children

Bratislav Nikolić, Đorđe Marković, Milorad Sokolović, Branislava Savić

Centar za zdravstvenu zaštitu žena, dece i omladine, Leskovac

Sažetak:

U ukupnom morbiditetu školskog deteta urinarne infekcije i danas zauzimaju visoko mesto. Problem vezan za oboljevanje je višestruko značajan zbog češćih recidiva, mogućnosti previda dijagnoze, kao i prelaska u hronično stanje. Trogodišnji prikaz infekcija urinarnih puteva kod dece školskog uzrasta, ukazuje udeo ovih infekcija u ukupnom broju pregleda kao i procenat ovih oboljenja kod dece. Broj oboljevanja ide na hiljadu, što predstavlja oko 6% od ukupno bolesne dece. U pogledu uzrasta—iz godine u godinu broj je varijabilan, a učestalost je najizraženija u vreme puberteta i adolescencije (od 10 do 19 godina), što iznosi preko 50% ukupno obolele dece od urinarnih infekcija. Ovo tabelarno iskazujemo po godinama, uzrastu i to brožčano i u procentima.

Urinarne infekcije kod dece školskog uzrasta predstavljaju poseban problem determinisan nizom suštinskih pitanja od kojih izvesna nisu dovoljno raščlanjena i osvetljena. Infekcije urinarnog trakta u školskom uzrastu mnogo su češće u patologiji nego što se iz evidencije može videti, iz razloga što su često druga ili treća dijagnoza koja se šifrira i izveštajno ne prikazuje. Problem urinarnih infekcija ogleda se i u stepenu kliničnog ispolja-

Abstract:

In total morbidity of school children urinary infections have a significant percent. Problem is important because of frequent recidives, possibility of neglecting diagnosis as well as possible chronicity. During three years follow up period percent of urinary infections was 6% of total morbidity. Frequency of urinary infections is highest in age group from 10 to 19 years, amounting to 50% of all children with urinary infection. This data are presented tabularly.

vanja koji dovodi mladog pacijenta lekaru; u objektivnom nalazu koji je najčešće nedovoljno diferentan i u kome urinarne manifestacije uvek ne dominiraju.—Problem jeste i mogućnost da se prati, lokalizuje i objektivnije anatomske supstrate urinarne infekcije kao i biološko—funkcionalni status bubrežnog aparata—pošto se radi o grupi dece koja se karakteriše povećanom vulnerabilnošću i značajnom prijemljivošću za infekciju. Kod dece školskog uzrasta smanjuje se broj uzroka infekcije u morfoanatomskoj anomaliji urinarnog trakta, a povećava broj sekundarnih, udruženih, opštih disfunkcionalnih i kontaktnih uzroka

Rad saopšten na VII PEDIJATRIJSKIM DANIMA VOJVODINE, 20—21. V 1982. god. u Subotici.
Adresa autora: dr Bratislav Nikolić,
Bul. predsednika TITA 39/5, Leskovac.

infekcije.

Ova uzrasna grupa karakteriše se i posebnom problematikom puberteta; SPECIFIČNOŠĆU OPŠTIH HIGIJE—NSKIH USLOVA (način oblačenja, školska higijena—posebno kod ženske dece); kao i specifičnošću ishrane (težnja za pikantnim jelima, početak konzumiranja alkohola, pušenje i sl).

Prema našem iskustvu u ukupnom morbiditetu školske dece urinarne infekcije su zastupljene stalnom pojavom od oko 2% (u 1979. god. — 1,73% ; 1980. god. — 2,71% ; i 1981. god. — 2,02%).

Naš trogodišnji prikaz infekcija urinarnog trakta, kod dece u školskom dispanzeru, pokazuje udeo ovih infekcija u ukupnom broju prvih pregleda, procentualno izražen za godine: 1979, 1980 i 1981.

Očigledno je da je najveća učestalost ovih infekcija u uzrastu od 10 do 14 i do 15 do 19 godina, odnosno u periodu puberteta i adolescencije (preko 50% ukupno obolele dece od urinarnih infekcija).

U tabelama smo prikazali (oslanjajući se na važeću Međunarodnu klasifikaciju bolesti, povreda i uzroka

Tabela 1.

PRIKAZ UČEŠĆA BOLESTI UROGENITALNOG SISTEMA U OPŠTEM MORBIDITETU U ŠKOLSKOM DISPANZERU — LESKOVAC

Godina	Ukupan broj pregleda	Broj prvih pregleda	Bolesti urogenital. sistema	% bolesti urogenital. sistema
1979	67.092	55.930	970	1,73
1980	58.458	49.414	1339	2,71
1981	58.160	46.808	947	2,02

Tabela 2.

BOLESTI UROGENITALNOG SISTEMA U ŠKOLSKOM DISPANZERU U LESKOVCU — 1979. god.

DIJAGNOZA	7 — 9 god.		10 — 14 god.		15 — 19 god.		20 i više		Ukupno bol.	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Ak. glomerulonefritis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nefritični sindrom	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dr. bol. urinar. sist.	214	22,1	267	27,5	246	25,4	13	1,3	740	76,3
Bol. muških gen. org.	16	1,7	12	1,2	22	2,3	4	0,4	54	5,6
Bol. ženskih gen. org.	13	1,3	40	4,1	119	12,3	4	0,4	176	18,1
S V E G A	243	25,1	319	32,9	387	39,9	21	2,1	970	100,0

Pojava urinarnih infekcija ovako prikazana ima, međutim, veći značaj zbog čestih recidiva, zbog mogućnosti previda dijagnoze, kao i čestoj pojavi prelaska infekcije u hronično stanje.

smrti br. IX iz godine 1974.), najčešće šifrirane dijagnoze bolesti urogenitalnog sistema. Iz tabela se vidi da dominiraju vrednošću (iznad 70% svih infekcija) oboljenja kao: akutni

Tabela 3.

BOLESTI UROGENITALNOG SISTEMA U ŠKOLSKOM DISPANZERU U LESKOVCU
— 1980. god.

DIJAGNOZA	7—9 god.		10—14 god.		15—19 god.		20 i više		Ukupno bol.	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Ak. glomerulonefritis	2	0,2	1	0,07	2	0,2	—	—	5	0,4
Nefritični sindrom	—	—	2	0,2	1	0,07	—	—	3	0,2
Dr. bol. urinar. sist.	356	26,6	334	24,9	295	22,0	81	6,1	1066	79,6
Bol. muških gen. org.	5	0,4	6	0,5	9	0,7	1	0,07	21	1,6
Bol. ženskih gen. org.	5	0,4	73	5,4	154	11,5	12	0,9	244	18,2
S V E G A	368	27,6	416	31,0	461	34,4	94	7,0	1339	100,0

Tabela 4.

BOLESTI UROGENITALNOG SISTEMA U ŠKOLSKOM DISPANZERU U LESKOVCU
— 1981 god.

DIJAGNOZA	7—9 god.		10—14 god.		15—19 god.		20 i više		Ukupno bol.	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Ak. glomerulonefritis	2	0,7	1	0,1	—	—	—	—	3	0,3
Nefrotični sindrom	1	0,1	—	—	1	0,1	—	—	2	0,2
Dr. bol. urinar. sist.	157	16,6	153	16,2	275	29,0	41	4,3	626	66,1
Bol. muških gen. org.	9	1,0	26	2,7	5	0,5	11	1,2	51	5,4
Bol. ženskih gen. org.	4	0,4	49	5,2	186	19,6	26	2,8	265	28,0
S V E G A	173	18,3	229	24,2	467	49,2	78	8,3	947	100,0

i hronični cystitis, urethritis, cystopyelitis, pyelonephritis i dr. U tabelama nismo dali prikaz oboljevanja prema polu, a kolona za uzrast iznad 20 godina — školskim dispanzerom obuhvaćene omladine, nije reprezentativna, te se za statističku obradu zanemaruje.

Uslovi dispanzerskog rada kod ovako sagledanog morbiditeta urogenitalnog aparata ističu i posebnu grupu problema, kao i grupu zahteva iz organizacionog dela rada dispanzera:

—Potrebna je dovoljna serija laboratorijskih i mikrobioloških analiza, kao i njihova interpretacija u ambulantnim uslovima.

—Problem indikacija za specijalna ispitivanja i pretraživanja (urografija, cistoskopija, održavanje klirensa...).

—Epidemiološka situacija našeg

hidro-geološkog područja; higijenski kvalitet vodoprinosnog sloja; ustaljen način održavanja higijenskih i drugih prilika; i na kraju — stalna prisutnost endemskog nefrita (na području Breštovca i okoline)

—Problem jeste i praćenje, lečenje, kao i kontrola obolelih od infekcija urogenitalnog trakta, posebno u delu vezanom za recidivna i hronična stanja.

—Postoje poteškoće vezane za dužinu lečenja, uz saradnju i istrajnost roditelja i dece da terapija traje najmanje 21 dan, a kod evidentne bakteriurije čak i znatno duže, uz napomenu da je neophodna promena antibiotika zbog mogućnosti rezistencije.

—Smatramo ipak najznačajnijim stvaranje takvog organizacionog modela

saradnje između raznih službi koje se bave problemom urinarnih infekcija (školski dispanzer, dečje odeljenje, laboratorija, bakteriolog, urolog, radiolog...), koji će omogućiti najraniju dijagnozu, adekvatno praćenje terapije, kao i puno funkcionalno izlečenje naših mladih pacijenata.

Z a k l j u č a k

Infekcije urinarnog trakta jesu poseban i stalan problem u praćenju zdravlja, kao i lečenju dece školskog uzrasta:

- svojim stalnim brojem, čestom pojavom
- ozbiljnošću svoga ispoljavanja
- potrebom pravovremenog iznalaženja i adekvatnog lečenja
- mogućnošću da daju teške sekvele u hroničnom (recidivnom) supstratu oboljenja, ali i mnogo ozbiljnije — nastajanje bubrežne insuficijencije.

Ističemo značaj ove saradnje sa roditeljima, posebno u delu koji se odnosi

na pravovremeno iznalaženje, kao i u slučajevima koji zahtevaju dugotrajno lečenje i ponovljene kontrole.

Od posebnog je značaja i ostvarivanje pune saradnje između različitih službi koje se bave problemom infekcija urinarnog sistema, koja će omogućiti brzu i ranu dijagnostiku i praćenje uspeha primenjene terapije u cilju punog funkcionalnog izlečenja mladih pacijenata.

Literatura

1. Zbornik radova, IX kongres pedijatarata Jugoslavije. Budva. (1979). Urinarne infekcije. Knjiga II.
2. **Fanconi G, Wallgren A** (1972): Udžbenik pedijatrije. Medicinska knjiga, Beograd — Zagreb.
3. **Guyton C A** (1969): Udžbenik medicinske fiziologije. Medicinska knjiga, Beograd — Zagreb.
4. **Stanišić M** (1973): Urinarne infekcije u dece i njihovo lečenje, naše iskustvo. Acta Medica Medianae, 6: 30—32
5. **Urlić V, Pariš K i Sikirić Z** (1974): Naša metoda dijagnostike infekcija mokraćnih putova i kriterij interpretiranja urinokultura. Saopćenja — Pliva, 4: 247—252

RECIDIVI U STRUKTURI INCIDENCE TUBERKULOZE NA TERITORIJI OPŠTINE LESKOVAC OD 1977. DO 1982. GODINE I POJAVA ISTIH U 1966. I 1969. GODINI

Recidives in the incidence of tuberculosis on the territory of county of Leskovac from 1977. to 1982, and during the years 1966 and 1969.

Živka Sretić, Ditmiar Mitrov, Dragoslav Stojanović

Pneumoftiziološka služba Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu

Sažetak:

Prikazuje se kretanje recidiva na području opštine Leskovac od 1977—1982. godine. Ukazuje se da se svaka novootkrivena tuberkuloza hospitalizuje i leči trojnom tuberkulostatskom terapijom a po izlasku iz bolnice bolesnici su pod strogom kontrolom službe. Iznosi se da su u 71% recidiva BK pozitivni. Posle prvog izlječenja skoro podjednak broj ponovo oboleva i posle 1—5, 6—10 i posle 10 godina. Svi recidivi su prvi put oboleli pre 1972. godine i nisu lečeni Rifadinom i Myambutolom već tadašnjom kasičnom terapijom (STR, INT, PAS). Zaključak je da osnovni uzrok javljanja recidiva u naših bolesnika je nedovoljno dugo primenjivana terapija, nepravilno lečenje i povratak bolesnika na iste uslove života koji su ih i doveli do prvobitne bolesti.

Mnogi autori navode da je osnovni razlog u nastanku recidiva neispravno sprovedena terapija, a tek potom drugi uzroci. U tom cilju su obrađeni recidivi u Opštini Leskovac (160.000 stanovnika) u vremenu od 1977—1982. godine, a radi eventualnog poređenja uzete su i 1966. i 1969. godina. Ukazujemo da se u Pneumoftiziološkoj službi od 1972. godine svaki novo-otkriveni bolesnik hospitalizuje, prima kontinuiranu trojnu tuberkulostatsku

Abstract:

Recidives od tuberculosis in the county of Leskovac from 1977 to 1982 are presented. Every patient with newly detected tuberculosis is hospitalised and treated by threefold tuberculostatic therapy. After discharge from hospital patients were under control. In 71% of recidives mycobacterium tuberculosis was identified. After the first cure nearly the same number of patients become deceased in the period after 1 to 5, 6 to 10 and after 10 years. All recidives become deceased before 1972, and were not treated with rifampin and myambutol but with then current therapy (streptomycin, isoniazid, aminosalicylic acid). The main cause of recidive among our patients was therapy which was not applied long enough, improper treatment and return of the patients to the same life circumstances which caused the disease.

terapiju (INH, RF, MB), a po izlasku iz bolnice je pod strogim nadzorom službe za kontrolisano kućno lečenje. U obuhvaćenom periodu bilo je 80 recidiva, a od toga je 74% muškaraca a 26% žena.

Učešće recidiva u novootkrivenoj tuberkulozi po godinama je: 1966 -12 ili 8%, 1969 -9 ili 9,3%, 1977 -12 ili 12,2%, 1978 -17 ili 21,2%, 1979 -9 ili 7,6%, 1980 -5 ili 7,5%, 1981 -9 ili 11,68% i 1982 -7 ili 11,2%, što je prikazano na tabeli 1.

Bakteriološki BK je pozitivno 71%, a negativno 29% recidiva (tabela 2), na istoj je prikazano i odnos muškaraca prema žena u strukturi recidiva.

Prim. dr Živka Sretić, pneumoftiziolog, načelnik Pneumoftiziološke službe Leskovac. Rad je saopšten na 17. kongresu pneumoftiziologa Jugoslavije od 8—10. VI 1983. godine u Portorožu.

Tabela 1.

NOVOREGISTROVANI I RECIDIVI TBC
RESPIR. ORGANA

Godina	Novoregi- strovani	na 100.000 stanovn.	Recidivi	%
1966	147	104	12	8
1969	96	66	9	9,3
1977	98	64	12	12,2
1978	80	52	17	21,2
1979	51	33	9	7,6
1980	66	42	5	7,5
1981	77	48	9	11,6
1982	62	39	7	11,2

Po izlečenju recidivi se javljaju od 1—5 godina u 36% bolesnika, od 6—10 godina u 36%, a posle 10 godina u 28% bolesnika. Izlečeno je 47 bolesnika, 22 se leči ili lečenje privodi kraju, a 11 bolesnika je umrlo.

Uzrok smrti kod 5 bolesnika je druga bolest (siliko-tuberkuloza, karcinom, infarkt srca), a 6 obolelih je umrlo zbog tuberkuloze (4 bolesnika su bili alkoholičari, 2 jako stare osobe, a od njih šestoro nijedan se nije uredno lečio).

Svi recidivi su prvi put oboleli pre 1972. godine i lečeni su tadašnjom klasičnom terapijom (STR, INH, PAS), a manji broj lečen je i tuberkulostaticima drugog reda, odnosno svi su prvi put oboleli u vremenu pre primene

Tabela 2.

RECIDIVI PO POLU I BACILARNOSTI

God.	Recidivi	Muški	Ženski	B K pozit.
1966	12	7	5	7
1969	9	7	2	8
1977	12	11	1	11
1978	17	11	6	14
1979	9	6	3	7
1980	5	4	1	3
1981	9	7	2	4
1982	7	6	1	3
Ukup.	80	59 74%	21 26%	57 71%

Rifadin i Myambutol i kada nije upražnjavano kontrolisano kućno lečenje.

Iz dokumentacije saznajemo da svi recidivi pri prvom razbolevanju nisu vremenski dugo bili pod odgovarajućom terapijom, pravili su prekinde u lečenju, nisu se uredno kontrolisali, a neki su i svojevremeno prekidali lečenje.

Među obolelima bilo je 8 alkoholičara, 9 socijalno ugroženih lica i 2 dijabetičara.

Zaključak je da osnovni uzrok javljanja recidiva u naših bolesnika je nedovoljno dugo primenjivana terapija, nepravilno lečenje, kao i povratak bolesnika na iste uslove života koji su ih i doveli do prvobitne bolesti.

PUŠENJE U ETIOLOGIJI OPSTRUKTIVNE I MALIGNNE BOLESTI PLUĆA U BOLESNIKA REGISTROVaniH U PNEUMOFITI ZIOLOŠKOM DISPANZERU U LESKOVCU

Smoking in etiology of obstructive and malignant diseases of the lungs in patients
registered in Pneumophtisiological center in Leskovac

Dimitar Mitov, Živka Srećić, Dragoslav Stojanović

Pneumoftiziološka služba Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu

Sažetak

U uvodu autori iznose karakteristike duvana, sadržaj duvanskog dima, zatim osobine nikotina kao i znake akutnog i hroničnog trovanja sa njim. Zatim opisuju eksperimentalne potvrde štetnosti pušenja i njegove posledice. U daljem izlaganju iznose nalaz kod 1237 bolesnika koji su bili registrovani u kartoteci pneumoftiziološkog dispanzera do 31. XII 1982. godine. Iz materijala se vidi da su 67% bolesnika od opstruktivne bolesti muškarci, a 33% žene. Od njih pušača muškaraca je 74,4% a žena 8,5%. Od malignoma pluća boluje 77% muškarca a 23% žene. Među muškarcima 91,2% su pušači, a kod žena 28,2%. Do 10 cigareta dnevno pušilo je 15,8% bolesnika, od 11—20 cigareta 25,2% a preko 20 cigareta čak 59% bolesnika. Evidentno je da broj obolelih se penje sa brojem popušenih cigareta što ukazuje da pušenje ima značajnu ulogu u etiologiji opstruktivne i maligne bolesti pluća.

Abstrakt:

Authors present characteristics of tobacco, content of tobacco smoke, characteristics of nicotine and signs of acute and chronic poisoning by it. They describe experimental facts which confirm harmful effects of smoking and its consequences. The findings of 1232 patients which were registered in Pneumophtisiological center until 31. 12. 1982. are presented. In patients with obstructive pulmonary disease 67% were men and 33% female. Among men patients 74.4% were smokers and among female 8.5%. 77% men and 23% female patients have malignant tumors of the lungs. Among men 91.2% were smokers and among female 28.2%. 15.8% of patients smoked less than 10 cigarettes/day, 25.2% smoked from 11 to 20 and 59% more than 20. It is evident that patients who smoked greater number of cigarettes are more likely to develop malignant and obstructive lung diseases and this indicates that smoking has important role in etiology of those diseases.

Uvod

Uvažavajući ličnost potrošača—pušača, kako kaže Jerše (1977), a posebno uvažavajući ličnost čoveka i njegove sredine i okoline mislimo da nema bolje metoda u borbi protiv pušenja nego li reći istinu o duvanu i njegovom pušenju kao i o posledicama koje pušenje izaziva. Koliko pušači pod pritiskom istine o štetnom delovanju

pušenja duvana počinju da ga se odriču, utoliko više, mlade generacije „uživaju“ njegovom pušenju.

Zbog toga moramo, posebno mi lekari i svi zdravstveni radnici, još češće i sve češće da govorimo i iznosimo istinu o pušenju i njegovim štetnim posledicama za ljudski organizam, a posebno na respiratorni sistem. Naime, u poslednje vreme sve značajnije mesto u plućnoj patologiji zauzimaju hronična nespetsifična oboljenja i malignomi pluća.

Duvan je jednogodišnja biljka iz roda *Nicotiana* čijom fermentacijom

Rad je saopšten na 17. kongresu pneumoftiziologa Jugoslavije održanog od 8—10. 6. 1983. u Portorožu.

Adresa autora: dr Dimitar Mitov, Siniše Janića 9, Vlasotince

se dobija sredstvo za „uživanje“. Njegova domovina je Amerika, u Evropu je donešen od strane Španaca. Kod nas se najviše gaji u Makedoniji i Hercegovini, a u poslednje vreme u celoj zemlji. Osnovni sadržaj listova je nikotin i to od 0,5—8%. Pored njega sadrži još: smole, glikozide, ugljenohidrate, belančevine, eterična ulja, fermente i oko 20% pepela.

Nikotin je bezbojna tečnost koja potamni na vazduhu. Od njega potiče miris duvana, a meša se sa vodom u svakom razmeru. Vrlo lako se resorbuje preko zdrave kože, još bolje preko sluzokože a posebno dobro preko respiratornog sistema. Resorbovan (80—90%) se razrađuje u jetri, a izlučuje se urinom 6—12 časova.

Prema Bogdanoviću (1959), Medicinska enciklopedija (1968. i 1974) i Varagića (1977) nikotin je otrov koji prvo nadražuje a zatim parališe naročito sinapse vegetativnih ganglija ali i centralnog nervnog sistema. Posebno deluje na holinergične ganglije tako da nastaje pojačano lučenje svih žlezda. Naročito je povećana salivacija i znojenje.

Zbog svoje otrovnosti u medicini se ne upotrebljava ali sve veći mah u svetu uzima upotreba duvana kao sredstvo za „uživanje“ te zbog toga ima veliko toksikološko značenje.

Akutna a posebno hronična otrovanja nastaju pušenjem duvana. Simptomi lakšeg otrovanja su: bledilo, vrtoglavica, glavobolja, smetnje vida, žarenje i pečenje u grlu i ždrelu, povećana salivacija, povraćanje, osećaj slabosti i premore. Kod težeg otrovanja puls je malen, frekventan i aritmičan, disanje ubrzano i otežano uz pojavu hladnog znoja, proliva i pada tenzije nastaje kolaps i dugotrajni klonični grčevi. Smrt nastaje usled paralize rada srca i disanja.

Pušenje ili uživanje duvana je udisanje dima zapaljenog duvanskoglišća u cigaretu, cigaru ili lulu (Medicinska enciklopedija 1968.). U svetu je do

sada objavljeno više od 20.000 publikacija o štetnom delovanju pušenja, Harambašić et al (1979). Raznim metodama je dokazano da u duvanskom dimu ima više od 530 različitih spojeva i elemenata Medicinska enciklopedija (1974). Utvrđeno je da su od njih 30 otrovni, a 8 kancerogeni, Jeremić (1976). Duvanski dim je heterogena mešavina gasova, nekondenzovanih para i tečnih čestica, a kad uđe u usta on je koncentrovani aerosol sa milionima česticama u kubnom santimetru, Varagić (1977). U disperznoj fazi cigaretnog dima pronađeno je preko 250 različitih spojeva. Među njima naročitu pažnju pobuđuju: steroli, alkaloidi, piridini i heterociklični spojevi od kojih su neki kancerogeni. Osobito su opasni aromatski ugljovodonici, a posebno Benzo(a) piren i Dibenzo(a, i)piren. U plinovitoj fazi koja ima oko 60% od ukupnog cigaretnog dima 98,9 mol procenta čine ovih sedam sastojaka: azot 73 mol procenta, kiseonik 10,0 mol procenta, ugljendioksid 9,5 mol procenta, ugljenmonoksid 4,2 mol procenta, vodonik 1,0 mol procenta, arsen 0,6 mol procenta i metana 0,6 mol procenta.

Prema Haxhiu (1977), Kmetu (1965), Maleevu (1975. i 1980), Stedmanu (1968), Paulinu (1977), Pešiću (1977) i drugih u mnogih vrsta eksperimentalnih životinja je utvrđeno da pušenje duvana dovodi do povećanja mukoidne sekrecije bronhijalne sluzokože i inhibicije ciliarne aktivnosti što povlači zadržavanje sekreta u disajnim putevima. Stagnacija sekreta olakšava pojavu infekcije, a ona izaziva datu iritaciju stvaranje sluzi, redukciju ciliarne površine putem eksfolijacije, metaplazije i ulceracije. Iz dana u dan, godine u godinu, pušenje prouzrokuje razmnožavanje peharastih ćelija, hiperplazmu submukoznih žlezda, limfatičnu infiltraciju, oštećenje strukture i funkciju ciliarnog aparata i uz druge pomenute mehanizme, vodi hroničnoj opstruktivnoj bolesti pluća a verovatno

i malignoma pluća. Dalje je utvrđeno da pušenje ima imunosupresivno delovanje na B i T limfocita, Haxhiu (1977), kao i štetno delovanje na antimikrobnu funkciju makrofaga Gren (1967. i 1977). Smanjeno je baktericidno dejstvo integrisanih odbrambenih mehanizama organizma, Jakob (1976), a stvoreni imunitet traje puno kraće, Fincel et al (1973).

Naš materijal

Tabela 1

PRIKAZ BOLESNIKA PREMA POLU I PUŠENJU

Pol	Ukupno	%	Pušači		Nepušači	
			Ukupno	%	Ukupno	%
Muški	859	69,5	679	93,6	180	35,4
Ženski	378	30,5	46	6,4	328	64,6
Ukupno	1237		725		508	

Analizirali smo kartoteku hroničnih nespecifičnih oboljenja i malignoma pluća na području Antituberkuloznog dispanzera Leskovac. Bronchitis chronica obstructiva i malignomi pluća pored anamnestičkih podataka, kliničkog pregleda, laboratorijske i radiološke obrade potvrđeni su i spirometrijski i patohistološki. U kartoteci smo imali (na dan 31. XII 1982. godine) 1237 bolesnika i to 859 ili 69,5% muškaraca i 378 ili 30,5% žena (tabela 1). Iz tabele se dalje vidi da je od

Tabela 2

PREVALENCIA PREMA ZANIMANJU

Zanim.	Pol	Broj	%	Ukup.	%
Radnik	m	426	34,4	539	43,7
	ž	113	9,3		
Zemljoradnik	m	232	18,7	411	33,1
	ž	179	14,4		
Službenik	m	27	2,2	88	7,1
	ž	61	4,9		
Penzioner	m	170	13,8	199	16,1
	ž	29	2,3		

725 pušača 697 ili 93,6% muškaraca a 46 ili 6,4% žena. Dok od nepušača 180 ili 35,4% je muškaraca a 328 ili 64,6% žena.

Posmatrajući zastupljenost po zanimanju, vidimo da 43,7% (34,4% muški i 9,3% žene) su radnici, 33,1% (18,7% muški i 14,4% žene) su zemljoradnici, službenici su zastupljeni sa 7,1% (2,1% muški i 4,9% žene) i penzioneri sa 16,1% (13,8% muški i 2,3% žene), tabela 2.

Tabela 3

ZASTUPLJENOST BOLESTI I OBOLEVANJE PREMA POLU

	Ukup. muški		%	Ženski		%
Obstruk. bol. pluća	929	622	66,9	307	33	
Karcin. pl.	308	237	77,0	71	23	
Svega	1237	859	69,4	378	30,5	

Na tabeli 3. prikazali smo učešće bolesti u strukturi oboljenja prema polu. Iz iste se vidi da 929 bolesnika čine Bronchitis chronica obstructiva 308 malignomi pluća. Dalje se boluje 622 ili 66,9% muškaraca od Bronchitis chronica obstructiva i 307 ili 33,1% žene. Dok od 308 slučaja malignoma pluća 237 ili 77% je muškaraca a 71 ili 23% žene.

Na tabeli 4. prikazali smo odnos pušača i nepušača prema bolestima i polu. Iz tabele se vidi da su pušači u strukturi bronhitisa 74,4% a nepušači 25,6%, dok je situacija kod žena obrnuta 8,5% su pušači a 91,5% nepušači. Slično stanje je i kod mali-

Tabela 4

ODNOS PUŠAČA I NEPUŠAČA PREMA BOLESTIMA

	Ukup.		Muškarci				Žene			
	pušači	%	pušači	%	nepušači	%	pušači	%	nepušači	%
Obstruktivna bolest pluća	929	463	74,4	159	25,4	26	8,5	281	91,5	
Karcinom pluću	308	216	91	21	8,8	20	28,2	51	71,8	
Svega	1237	679	79	180	20,9	46	12,1	332	87,8	

gnoma. Muški pušači učestvuju sa 91,2% a nepušači sa 8,8%, dok kod žena je odnos obrnut, pušači su 28,2% a nepušači 71,8%.

I na kraju smo prikazali (tabela 5) odnos prema broju popušanih cigareta. Očigledno je da su u strukturi oboljevanja više zastupljeni bolesnici sa više popušanih cigareta, (preko 20 cigareta puši čak 58,9% bolesnika).

Tabela 5

ODNOS PUŠAČA I NEPUŠAČA I KOLIČINA POPUŠENIH CIGARETA

	Broj	%
Nepušači	512	41,0
Pušači	725	59,0
1—10 cig./dan	115	15,9
11—20 cig./dan	183	25,2
Preko 20 cig.	427	58,9

Diskusija

Posmatrajući odnos muškaraca prema ženama (tabela 1) vidimo iz našeg materijala, da iznosi 69,5% prema 30,5%. Sličan nalaz ima Petrović (1974) dok drugi autori pominju, kao Nanović (1974) 82,7% muškaraca prema 17,3% žena. Iste nalaze ima i Acketa (1974) dok Mitrov (1980) iznosi 89,5% muškaraca prema 10,5% žena, a Mimica (1976) 72,5% muški prema 27,5% žena. Ostali autori, kao Maleev (1975) i Marcekić (1969), pominju odnos 4:1 u korist muškaraca, a Burows

(1971) iznosi da muškarci oboljevaju čak 9—10 puta češće no žene, Petrović (1976) suprotno njemu iznosi odnos 2:1. Stanković (1973) ističe da 5 puta češće oboljevaju muški no žene, a Drinković (1974) iznosi da pretežno oboljevaju muškarci preko 40 godina.

Posmatrajući dalje u odnosu na pušenje, našli smo da 93,6% su muškarci a 6,4% žene. Fortić (1974) je našao odnos 64,9% muški a 35,1% žene, a većina autora: Acketa (1974), Begra (1976), Mimica (1975), Stanojević (1979), Mitrov (1980), Petrović (1976) i Vukmirović (1973) su našli 90% muški prema 10% žena.

Što se tiče zanimanja i oboljevanja našli smo da najviše oboljevaju radnici 43,7%, a zatim slede: zemljoradnici 33,1%, penzioneri 16,1% i službenici 7,1%. Slični rezultati su našli i Fortić (1976), Nanović (1974) i Stanojević (1979), tabela 6.

Tabela 6

OBOLEVANJE PREMA ZANIMANJU
KOMPARIRANO SA DRUGIM AUTORIMA

	Radn.	Zemlj.	Penzi.	Služ.	Dom.
Fortić	30,0%	35,0%		34,0%	
Nanović	14,8%	27,2%	18,5%		17,3%
Stanojević	49,9%	27,1%	20,0%	3,5%	
Naš nalaz	44,0%	33,0%	16,0%	7,0%	

Iz materijala dalje vidimo da muškarci mnogo češće oboljevaju no žene. Iz našeg posmatranja ne može se tačno uočiti razlog, ali je očigledno da žene

počinju kasnije da puše i slabije uvlače dim. Fortič (1976) ističe da pol nema uticaja za nastanak oboljenja već na to utiču ekzogeni etiološki faktori. Mimica (1975) ističe da žene kraće puše, a njihov standard je dobar. Dok Mitov (1980) kao razlog za ređe oboljevanje žena navodi: pušenje cigarete sa filterom, kraće puše cigaretu, ne uvlače dim i počinju da puše u starijim godinama.

Svi autori su jedinstveni i svi ističu pušenjeduvana kao jedan od dominantnih uzročnika hroničnih nespecifičnih oboljenja i malignoma pluća, ali jedni Fletcher (1978), Maleev (1980), Mitrov (1980) i Pešić (1977) smatraju da su više izloženi oboljevanju oni koji puše cigarete, no oni sa lulom, ali i oni opet više od onih koji ne puše. Ostala većina Begrača (1975), Fortič (1976), Fortič (1974), Haxhiu (1974), Kozarević et al (1979), Mijalković (1969), Mikov (1970), Paulin (1977), Radojičić (1973) i Vukmirović (1973) smatraju da sa brojem popušenih cigareta raste rizik oboljevanja. Mimica et al (1976) u svojim epidemiološkim studijama dokazuje da pušenje ima

dominantnu ulogu u etiologiji „bronhita i emfizema“, a Doll et Hill (1964) i Mešić et al (1976) iznose da pušači kraće žive, češće dobijaju spazam disajnih puteva i češće oboljevaju u umiru od malignoma, bronhita i emfizema pluća.

Zaključak

Iz našeg materijala se vidi da 59% obolelih čine pušači.

Da najviše oboljevaju radnici 4 (44%) i zemljoradnici (33%).

Od bolesti najviše je zastupljena opstruktivna bolest, a zatim maligna. Od prve boluju 929 ili 75,1% muškaraca i 308 ili 24,9% žena. Da su od opstruktivaca 74,4% muškarci pušači a od malignoma pluća čak 91% muškarci pušači.

Posebno pada u oči da se sa većim brojem popušenih cigareta više oboljeva i obratno. 58,9% pušača puši preko 20 cigareta dnevno.

I na kraju bi rekli očigledno je da pušenje duvana neosporno zauzima jedno od prvih mesta u etiologiji opstruktivne i maligne bolesti pluća.

Literatura

1. Acketa M (1974): Problemi etiologije hroničnog bronhitisa u praksi. Pluć. Bol. Tuberk, 26 : 431—435.
2. Begrač M, Haxhiu M A, Spahiu I (1975): Učešće hroničnog bronhitisa u radnika industrije cementa. XV kongres pneumoftiziologa Jugoslavije, Beograd.
3. Bewley B, Hallil T, Snaith A H (1973): Smoking by primary schoolchildren, prevalence and associated respiratory symptoms. Brit J Prev Soc Med, 27 : 150—153.
4. Bogdanović B S (1959): Farmakologija. Naučna knjiga, Beograd.
5. Burows B (1971): Hronični bronhit i emfizem. Das Medizinische Prisma, 4. (Jugoslovensko izdanje).
6. Doll R A, Hill B (1964): Mortality in relation to smoking: ten years observation of British doctors. Brit Med J, 1 : 1399—1410.
7. Drinković I (1974): Karcinom bronha i pluća. Pluć Bol Tuberk, 26 : 253—258.
8. Fortič B (1976): Prevalenca hroničnog bronhitisa u Sloveniji (Rezultati pilotskog istraživanja). Pluć Bol Tuberk, 28 : 17—21.
9. Fortič B (1974): Preliminarni rezultati studije o prevalenci hroničnog bronhitisa u Sloveniji sa posebnim osvrtom na neke etiološke faktore. Pluć Bol Tuberk, 26 : 422—430.
10. Fletcher C M (1978): Le tabagisme comme de bronhite et d'emphyseme. Bulletin de 19 union internationale contre la tuberculose, Vol 53 : 340—348.
11. Fencel J et al (1971): Cigarette smoking and hemagglutinin inhibition response to influenza after natural disease and immunization. Amer Rev Resp, 108 : 371—378.
12. Gren G M et al (1977): Defense mechanism of the respiratory membrane. Amer Rev Resp Dis, 115 : 497—486.
13. Gren G M, Carolin D (1967): The represent effect of a cigarette smoke on the in vitro antibacterial of alveolar macrophages. N Eng J Med, 276 : 422—431.
14. Haxhiu A M (1974): Hronični produktivni kašalj u pušača i nepušača. Pluć Bol Tuberk, 26 : 149—156.
15. Haxhiu A M (1977): Netumorska bronhopulmonalna oboljenja kao posledica pušenja. Seminar, Opatija.

16. **Harambašić H, Cvitanović-Tomašić S** (1979): Pušenje i zdravlje. Seminar, Opatija.
17. **Jacob G J** (1976): Adverse effect of a cigarette smoke component, aerolein, on pulmonary antibacterial defenses and on viral bacterial interactions in the lung. *Amer Rev Resp Dis*, 115 : 33—38.
18. **Jeremić K** (1976): Štetno delovanje duvanskog dima na organe za disanje. XV kongres pneumoftiziologa Jugoslavije, Beograd.
19. **Jerše M** (1977): Uticaj pušenja na kardiovaskularni sistem. Seminar, Opatija.
20. **Judith S M** (1970): Cigarette smoking among patients with respiratory disease. *Amer Rev Resp Dis*, 102 : 702—713.
21. **Kmet J** (1965): Današnji pogled na epidemiologiju bronhogenog karcinoma. *Pluć Bol Tuberk*, 17 : 3—11.
22. **Kozarević D et al** (1979): Uticaj uslova sredine na opstruktivna obolenja pluća. Seminar, Opatija.
23. **Meleev A** (1975): Vtrešni bolesti. Tom I. „Medicina i fiskultura“. Sofija.
24. **Maleev A** (1980): Vtrešni bolesti. Tom I. „Medicina i fiskultura“. Sofija.
25. **Marcekić G** (1969): Hronični bronhitis i emfizem. Zbornik radova. Zlatibor.
26. **Mešić J et al** (1976): Kliničke patofiziološke karakteristike bronhitičnog i emfizematičnog tipa hronične bolesti pluća. *Pluć Bol Tuberk*, 28 : 67—73.
27. **Mijalković O** (1969): Odnos lekara opšte medicine u dijagnostici malignih neoplazmi. Zbornik radova. Zlatibor.
28. **Mikov I M** (1970): Hronični bronhitis u radnika Beočinske fabrike cementa. Disertacija. Novi Sad.
29. **Miller D, Bandurant S** (1962): Effects of cigarette smoke on the surface characteristics of lung extracts. *Amer Rev Resp Dis*, 85 : 692—696.
30. **Mimica M et al** (1976): Epidemiološka diagnoza i etiološki faktori kronične nespecifične bronhopulmonalne bolesti, na osnovi naših istraživanja. XV kongres pneumoftiziologa Jugoslavije. Beograd.
31. **Medicinska enciklopedija** (1968): Leksikografski zavod. Zagreb, 8 : 411—418.
32. **Medicinska enciklopedija** (1974): Dopunski svezak. Leksikografski zavod. Zagreb.
33. **Mitrov G et al** (1980): Rak na belite drobave. „Medicina i fiskultura“. Sofija.
34. **Nanović R, Živkov A** (1974): Pušenje i karcinom pluća. *Pluć Bol Tuberk*, 26 : 382—385.
35. **Oswald N C, Medvei C V** (1955): Chronic bronchitis: The effect of cigarette smoking. *Lancet*, 2 : 24—27.
36. **Paulin A** (1977): Maligna oboljenja kao posledica pušenja. Seminar. Opatija.
37. **Petrović B, Petrović O, Pavlović M, Jordanov S** (1976): Hronični bronhitis u nekim selima pomoravlja. XV kongres pneumoftiziologa Jugoslavije. Beograd.
38. **Pešić V** (1977): Pasivna inhalacija duvanskog dima. Seminar. Opatija.
39. **Radojičić P et al** (1973): Uticaj pušenja na gornje puteve respiratornog sistema u dece Roma. *Acta Medica Medianae*, 2 : 38—41.
40. **Serra C** (1976): Hronični opstruktivni bronhitis kod radnika brodogradilišne industrije. *Pluć Bol Tuberk*, 28 : 5—10.
41. **Stedman R L** (1968): The chemical composition of tobacco smoke. *Chem. Rev.* 68: 153—157.
42. **Stanojević M et al** (1979): Vreme nastanka hroničnog bronhitisa u pušača. *Pluć Bol Tuberk*, 31 : 175—179.
43. **Stanković D M** (1973): Epidemiologija i etiologija raka pluća. Zavod za zdravstvenu zaštitu, Sombor, „Rak“, 1 : 27—32.
44. **Varagić V** (1977): Farmakologija i toksikologija duvanskog dima. Seminar, Opatija.
45. **Vukmirović D** (1973): Rak pluća i pušenje. Zavod za zdravstvenu zaštitu, Sombor, „Rak“, 1 : 33—35.

ANALIZA LEČENIH BOLESNIKA OD NESPECIFIČNIH PLUĆNIH BOLESTI NA GRUDNOM ODELJENJU U LESKOVCU ZA PERIOD 1971 DO 1980

Analysis of patients treated because of unspecific pulmonary diseases at Pneumophysiological department in Leskovac during the period from 1971 to 1980.

Miladin Nikolić, Ljubinka Diskić

Pneumoftiziološka služba Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu.

Sažetak:

Iz materijala se vidi da broj obolelih od nespecifičnih bolesti pluća lečenih na Grudnom odeljenju u Leskovcu u periodu od 1971—1980. god. iz godine u godinu raste (od 29,7% u 1971 g. na 64,1% i 1980. god. od svih lečenih). što je nešto više od dvostrukog uvećanja, a broj obolelih od TBC postepeno opada. Na ovaj porast utiču zagađena životna sredina, navika pušenja i alkoholizam. Zabrinjava činjenica, da je najzastupljenija kategorija ljudi u životnoj dobi između 45 i 54 godine, još sposobnih za rad.

Brz razvoj industrije, težnja za boljim profitom i zaostajanje rešavanja problema urbanizacije, čine sredinu u kojoj živimo sve više morbidnom za čoveka. Leskovac sa okolinom je industrijsko-poljoprivredni kraj i u ovome tempu svog ekonomskog razvoja nije u mogućnosti da reši ni približno životnu sredinu povoljnom za normalnu egzistenciju čoveka. Svakodnevna emisija dima iz fabričkih dimnjaka zasipa ulice i kuće i čini ih sivim od nataložene industrijske prašine. Izduvni gasovi od, iz dana u dan sve većeg broja automobila, pune ulice. Nepodobna ruža vetrova kovitla ovako zagađen vazduh, koji se dugo zadržava nad gradom. Ovome pot-

Abstract:

From the presented data it can be concluded that the number of patients with unspecific pulmonary diseases is in rise, (from 29,7% in 1971 to 64,1% in 1980), and the number of patients with tuberculosis is declining. This rise is caused by pollution of environment, smoking and use of alcohol. It is disturbing fact that most patients are in age group from 45 to 54 years, still capable to work.

pomaže i loša lokacija farbika, koje su praktično razbacane, bez izdvajanja u industrijsku zonu. Nerešeno pitanje zagrevanja stanova iz zajedničkih toplana, već se to čini kako ko može (najveći broj se greje ugljem i naftom), je takođe problem koji sigurno neće moći u najskorije vreme da se reši. Ovako zagađen vazduh sadrži nedozvoljeni procenat gasova nadražljivaca, koji se nalaze kao polutani u radnoj sredini i atmosferi stana. Jedni od njih, zbog svoje rastvorljivosti u vodi dopiru samo do velikih bronhija (sumporni dioksid, amonijak, hlor), a drugi zbog slabe topljivosti dopiru do najdubljih delova respiratornog trakta (ugljenikovi oksidi, ozon, fozgen i drugi). Prvi izazivaju iritaciju velikih i srednjih bronhija kod akutne ekspozicije, a kod duže ekspozicije i edem pluća, dok drugi su latentni izazivači edema pluća.

Rad je čitan na OKTOBARSKIM SUSRETIMA ZDRAVSTVENIH RADNIKA 1981 god. u Vrnjačkoj Banji.

Dr Miladin Nikolić, pneumoftiziolog
Bulevar predsednika Tita 160/34, Leskovac

Posebno je važan akutan i subakutan atak na vulnerabilne grupe stanovništva: mala deca, starije osobe, bolesnici od respiratornih oboljenja i kardijalnih oboljenja.

Pored dima i čestica suspenzovanih u njemu, gasovi nadražljivci u subtoksičnim dozama, bitni su faktori u nastajanju hronične obstruktivne bolesti.

Loša navika ljudi da se puši na svakom mestu potpomaže da sredina u kojoj živimo bude zagađenija. Sva ispitivanja dosada su dokazala da u nastajanju hronične obstruktivne bolesti pluća, pušenje je značajniji faktor od različitih profesionalnih noksi. Posebno je važan sinergistički efekat duvanskog dima i profesionalnih noksi.

Socijalno-ekonomski faktor, posebno način stanovanja, važni su takođe u nastajanju hroničnih obstruktivnih bolesti pluća.

Pojedina ispitivanja upućuju na značajnu povezanost između učestalosti hroničnih nespecifičnih bolesti pluća i stepena konzumiranja alkohola. Alkohol remeti imunobiološki odbrambeni mehanizam i na taj način povećava incidencu akutnih respiratornih infekcija, a što pogoduje češćoj pojavi obstruktivne bolesti pluća.

Učestalost karcinoma pluća u tesnoj vezi je sa pušenjem.

Svi faktori su vrlo bitni u nastajanju morbidne životne sredine grada u kome se iz godine u godinu registruje sve više bolesnika od hroničnih plućnih bolesti. Seoska sredina ovoga kraja nije mnogo pošteđena, jer neresen stambeni konfor, zatim priroda posla (rad i prašini) i navika da se obilno puši, ne zaostaje mnogo u morbiditetu za gradom. Sve veća upotreba pesticida u poljoprivredi, čini ovaj problem za seosko stanovništvo sve težim.

Za ovaj rad korišćen je materijal iz istorija bolesnika lečenih na Pneumoftiziološkom odeljenju u periodu od 1971 do 1980. god. Obuhvaćeno je

ukupno 4691 bolesnika, od toga obolelih od tuberkuloze 2595 bolesnika, a od hroničnih nespecifičnih oboljenja pluća 2097 bolesnika.

Tabela broj 1

Lečeni od nespecifičnih plućnih bolesti i TBC pluća od 1971. do 1980. god.

God.	Broj obolelih			
	od nes. pl. oboljenja	%	od TBC pl.	%
1971	142	29,7	336	70,3
1972	214	41,7	296	58,3
1973	225	41,0	324	59,0
1974	214	44,0	272	56,0
1975	169	39,7	257	60,3
1975	179	46,3	208	53,7
1977	151	34,7	284	65,3
1978	212	47,9	231	52,1
1979	228	50,9	220	49,1
1980	363	64,1	203	35,9
Ukup.	2097		2595	

Iz tabele se vidi osetan porast iz godine u godinu obolelih od nespecifičnih plućnih bolesti i malignih oboljenja pluća. Važno je napomenuti da je 1976—1977. god. Pneumoftiziološko odeljenje renovirano, pa je dobar deo obolelih od nespecifičnih plućna oboljenja lečen na internom odeljenju bolnice u Leskovcu, što remeti pravu sliku epidemiološke situacije. Iste godine urađena je i redukcija postelnog fonda od 120 na 84 postelja. Sve do 1979. god. brojniji su bili oboleli od TBC pluća, a u ovoj godini nešto više od 50% je obolelih od nespecifičnih oboljenja pluća, dok u 1980. god. samo 35,9% od svih hospitalizovanih otpalo je na obolele od TBC pluća.

Iz tabele 2 vidi se da je najveći broj obolelih od hroničnog bronhita, emfizema, bronhiektazija i akutnih oboljenja pluća, gde ipak dominiraju oboleli od hroničnog bronhita, a zatim dolaze oboleli od neoplazme pluća.

Pada u oči da iz godine u godinu

Tabela broj 2

Struktura lečenih bolesnika od nespecifičnih plućnih bolesti u periodu od 1971. do 1980. godine prema dijagnozama

	1971	72	73	74	75	76	77	78	79	80
Primarne mal. neopl. pluća	12 8,45	5 2,33	14 6,22	14 6,54	17 10,0	24 13,4	22 14,5	27 12,8	15 6,6	61 16,8
Ostale mal. endotora- kalne neoplazme	18,3	14,9	17,3	13,08	14,7	13,9	31,7	23,5	23,7	17,7
Benig. endotorakalne neoplazme		3 1,4	1 0,44		2 1,18	1 0,55			1 0,43	
Hronični bron. emfizem astma	28 19,7	35 16,3	37 16,4	29 13,5	35 20,7	51 28,4	19 12,5	20 9,43	47 20,61	87 24,0
Pneumokonioza		6,0	1,33		2,36	3,35	1,32	1,41	2,63	0,82
Bronhiektaz, pl. ciste	29 20,4	32 14,9	50 22,2	52 24,2	36 21,3	34 18,9	18 11,9	25 11,79	24 10,5	41 11,29
cistična pluća	11 7,7	17 7,9	7 3,11	10 4,6	7 4,14	18 10,0	9 5,9	11 5,18	12 5,26	12 3,3
Hron. pneumonija, apces gangrena	4 2,8	15 7,0	15 6,66	18 8,4	1 0,59	19 10,6	8 5,29	26 12,26	14 6,14	7 1,92
Druga hronična obolenja	26 18,3	34 15,8	44 19,5	15 7,0	34 20,1	1 0,55	16 10,6	38 17,92	52 22,8	81 22,31
Akutne plućne bolesti	6 4,22	28 13,0	15 6,66		8 4,73		17 11,25	9 4,24	3 1,31	5 1,37
Van plućna obolenja							2 1,32	3 1,41	2 0,87	2 0,55
Sarkoidoza										
Ukupno	142	214	225	214	169	179	151	212	228	363
Procenat	29,8	41,7	44,4	41,7	39,7	46,3	37,9	47,9	39,9	80,7

Grafički prikaz lečenih bolesnika na grudnom odeljenju u periodu od 1971 do 1980. godine.

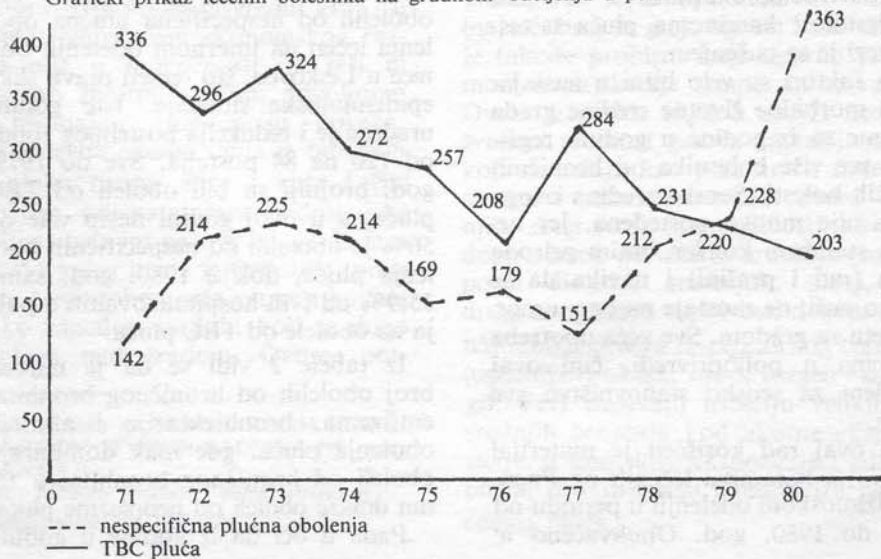


Tabela broj 3

Analiza lečenih bolesnika po dobnim grupama od nespecifičnih plućnih bolesti na grudnom odeljenju u Leskovcu od 1971 do 1980. godine.

	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	ukupno
15—24	7 (4,92)	14 (6,54)	9 (4)	11 (5,14)	6 (3,55)	10 (5,58)	6 (3,97)	14 (6,60)	15 (6,57)	21 (5,78)	113
25—34	15 (10,56)	20 (9,34)	19 (8,44)	15 (7,0)	15 (8,87)	6 (3,35)	7 (4,63)	20 (9,43)	17 (7,45)	27 (7,43)	161
35—44	22 (15,49)	49 (22,89)	53 (23,55)	41 (19,15)	24 (14,20)	26 (14,52)	21 (13,90)	34 (16,03)	20 (8,77)	33 (9,09)	323
45—54	30 (21,12)	40 (18,69)	51 (22,66)	66 (30,84)	37 (21,89)	61 (34,04)	43 (28,47)	49 (23,11)	53 (23,24)	101 (27,82)	531
55—64	25 (17,60)	39 (18,22)	45 (20,0)	35 (16,35)	34 (20,11)	26 (14,52)	34 (22,51)	51 (24,05)	43 (18,85)	77 (21,21)	409
65 i više	43 (30,28)	52 (24,29)	48 (21,33)	46 (21,49)	53 (31,36)	50 (27,93)	40 (26,49)	44 (20,75)	80 (35,08)	104 (28,65)	560
Ukupno	142	214	225	214	169	179	151	212	228	363	2097

broj obolelih od hroničnog bronhita raste (24% od svih obolelih od hroničnih nespecifičnih bolesti pluća u 1980. god.). Odmah iza ovoga su akutna obolenja pluća, a iza njih neoplazme pluća.

Na tabeli 3 se vidi da je najviše obolelih od nespecifičnih hroničnih bolesti pluća u životnom dobu od 45 god. pa naviše. Zabrinjava činjenica da su ovde obuhvaćene osobe koje su prema godinama starosti još sposobne za rad,

Tabela broj 4

Struktura lečenih bolesnika u periodu 1971. do 1980. godine od nespecifičnih bolesti pluća prema polu.

Godine	Muš.	%	Žene	%	Ukup.
1971	108	76,5	34	23,9	142
1972	148	69,1	66	30,8	214
1973	138	61,3	87	38,7	225
1974	130	60,7	84	39,3	214
1975	102	60,4	67	39,6	169
1976	106	59,2	73	40,8	179
1977	105	69,5	46	30,5	151
1978	149	70,3	63	29,7	212
1979	170	74,6	58	25,4	228
1980	259	71,5	104	28,7	363
Ukupno	1425	67,5	682	32,5	2097

jer kategorija od 45 do 54 godine u ovoj tabeli prednjači.

Iz tabele 4 se vidi da je dvostruko više obolelih od nespecifičnih bolesti lečenih u nas muškaraca (67,5%).

Tabela broj 5

Struktura lečenih bolesnika od nespecifičnih bolesti pluća u periodu od 1971. do 1980. god. prema mestu stanovanja.

Godine	Grad	%	Selo	%	Ukup.
1971	32	22,5	110	77,5	142
1972	46	21,5	168	78,5	214
1973	57	25,5	168	74,7	225
1974	52	24,3	162	75,7	214
1975	45	26,6	124	73,4	169
1976	27	15,1	152	84,9	179
1977	50	33,1	101	66,9	151
1978	61	28,8	151	71,2	212
1979	62	27,2	166	72,8	228
1980	77	21,2	286	78,8	363
Ukup.	509	24,3	1588	75,9	2097

Zastupljenost obolelih od nespecifičnih plućnih bolesti je skoro trostruko veća na selu (75,9%).

Podatak o profesiji obolelih lečenih u nas nije bio pouzdan tako da smo

Tabela broj 6

Prikaz broja obolelih od nespecifičnih plućnih obolenja od 1971 do 1980. god. prema zanimanju

	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Radnici	56 (39,43)	88 (41,12)	92 (40,88)	78 (36,44)	73 (43,19)	70 (39,10)	51 (33,77)	79 (37,26)	88 (38,59)	141 (38,84)
Zemljoradnici	50 (35,21)	82 (38,31)	94 (41,12)	88 (41,77)	73 (43,19)	77 (43,01)	50 (33,11)	83 (39,15)	102 (44,73)	139 (38,29)
Penzioneri	33 (23,23)	30 (14,01)	32 (14,22)	27 (12,61)	15 (8,87)	13 (8,37)	34 (22,51)	40 (18,86)	30 (13,15)	63 (17,35)
Invalidi		1 (0,46)		4 (1,86)	2 (1,18)	1 (0,55)				
Neosigurana lica bez posla	1 (0,70)		5 (2,22)	13 (6,07)		8 (4,46)	9 (5,96)	7 (3,30)	5 (2,19)	17 (4,68)
Studenti		2 (0,93)				1 (0,55)	1 (0,66)		1 (0,43)	1 (0,27)
Učenici	2 (1,40)	4 (1,86)	2 (0,88)	4 (1,86)		3 (1,67)	6 (3,97)	3 (1,41)	1 (0,43)	2 (0,55)
Ukupno	142	214	225	214	169	179	151	212	228	363

u razvrstavanju prema profesiji, sve one koji su u radnom odnosu stavili u zajedničku kolonu —radnici—, ne izdvajajući ih prema prirodi posla.

Diskusija

Iz materijala se vidi da broj obolelih od nespecifične bolesti pluća lečenih u nas iz godine u godinu raste (od 29,7% u 1971. god. na 64,1% u 1980. god.), što je nešto više od dvostrukog uvećanja. Zabrinjava i činjenica da je najzastupljenija kategorija ljudi u životnoj dobi između 45 i 54 godine, još sposobnih za rad. Lečenje ovakvih bolesnika odnosi velika finansijska sredstva, pa je imperativ, sprovesti što rigoroznije preventivne mere u borbi protivu nespecifičnih plućnih bolesti. Najteža mera je učiniti pri-

rodnu sredinu manje zagađenom. Sprovesti upornu i trajnu borbu protiv pušenja, a borba protiv alkoholizma takođe bi bitno doprinela u ovoj prevenciji. Obolele od akutnih respiratornih oboljenja lečiti na vreme kako se od njih ne bi regrutovali hronični obstruktivci.

Literatura

1. Kozarević, Roberts, Bartolović (1973): Epidemiologija hroničnih oboljenja pluća, VI seminar za stručno usavršavanje liječnika opće medicine. Opatija.
2. Šarić, M. i O. Hrustić (1978): Biološko delovanje onečišćenog zraka. Godišnji izveštaj (jun 1977. god., jul 1978. god.). Medicina rada, Sarajevo.
3. Šarić: Epidemiološko ispitivanje hroničnog bronhita, hronična nespecifična oboljenja pluća: Sarajevo II kongres internista Jugoslavije i IV kongres reumatologa Jugoslavije.

EPIDEMIJA TUBERKULOZE U OPŠTINI LESKOVAC U POSEDNJIH ŠEST GODINA

Epidemics of tuberculosis in the county of Leskovac during last six years

Dragoslav Stojanović, Dimitar Mitov, Živka Sretić,

Pneumoftiziološka služba Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu

Sažetak:

U radu je izneta incidenca, prevalenca, recidivitet, mortalitet, struktura obolelih po dobnim grupama obolelih od tuberkuloze pluća u opštini Leskovac (160.00 stanovnika). Posebno su razmatrani pojedini oblici tuberkuloze (ekspudativni, miliarni, fibrokazeozni), učešće spontanijih i jakih reaktora na tuberkulin i pojavu tuberkuloze kod dece.

Epidemija tuberkuloze u opštini Leskovac po broju novoobolelih od tuberkuloze pluća dostiže svoj vrh u 1957. godini (stopa incidencije 100.000 stanovnika 382), zatim do 1961. godine naglo opada (143 ‰), sledećih deset godina opadanje je usporeno (1971. stopa 57), a do 1982. pojavljuju se oscilacije porasta ili pada (tabela 1.)

Broj registrovanih bolesnika pokazuje stalni pad, tako da su stope peravalncije u 1977 — 193, 1978 — 197, 1979 — 169, 1980 — 138, 1981 — 120, 1982 — 104. Stope incidencije su: (tabela 2) 1977 — 62, 1978 — 49, 1979 — 33, 1980 — 41, 1981 — 48, 1982 — 39. Od ukupnog broja novoobolelih za ovih šest godina 70% su muškarci a 30% žene.

Rad saopšten na 17. kongresu pneumoftiziologa Jugoslavije održanom od 8—10. 6. 1983. u Portorožu.

Adresa autora: dr Dragoslav Stojanović, Pneumoftiziološko odeljenje Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu.

Abstract:

Pulmonary tuberculosis in the county of Leskovac (with 160.00 inhabitants) — incidence, prevalence, recidivs, mortality rate, and structure by age groups are presented. Various forms of tubeculosis (excudative, miliary, fibrocaseons participation of spontaneus and strong tuberculin reactors and incidence of tuberculosi among children are discussed.

Tabela 1.

Registrovani bolesnici od aktivne TBC

Godina	TBC svih organa	‰000	Respirat. organa	‰000
1977	341	221	297	193
1978	333	215	305	197
1979	292	187	265	169
1980	245	155	217	138
1981	217	136	191	120
1982	184	115	167	104

Procenat recidiva u odnosu na novoobolele je 1977 — 18, 1978 — 22, 1979 — 18, 1980 — 14, 1981 — 9, 1982 — 11. Prosečno 15% godišnje za posmatrani period.

Broj obolelih po dobnim grupama prikazan je u tabeli 5. U starosnim grupama od 0 — 9. godina ima samo tri bolesnika. Najveći broj bolesnika imamo u starosnoj grupi od 40 — 44 i od 50 — 54 godine.

U proseku od ukupnog broja regis-

Tabela 2.

Novoregistrovani bolesnici od aktivne tuberkuloze respiratornog sistema — bez doseljenih

Godina	Novootkriveni	‰000	Muškarci	Žene	Recidiv	‰000
1977	96	62	69	27	17	18
1978	76	49	54	22	17	22
1979	51	33	41	10	9	18
1980	64	41	40	24	9	14
1981	77	48	50	27	7	9
1982	62	39	45	17	7	11
Ukupno	426	—	299/70‰	127/30‰	66	15‰

Tabela 3.

Novoregistrovani Bolesnici od tuberkuloze vanrespiratornih organa

Godina	Vanpl. TBC	Muš.	Žene	Mening.	Urogen. TBC	Limfo glan.	oat	Ostali oblici
1977	7	3	4	2	1	4	—	—
1978	8	2	6	—	3	4	1	—
1979	11	1	10	—	4	3	1	3
1980	14	5	9	1	3	9	—	1
1981	15	6	9	—	4	11	—	—
1982	5	1	4	1	2	2	—	—

Tabela 4.

Registrovani i novoregistrovani bolesnici od aktivne tuberkuloze respiratornih organa po Bacilarnosti

Godina	Registrovano	BK +	‰	Novoregi- strovani	BK +	‰
1977	297	82	28	96	44	46
1978	306	80	26	76	36	47
1979	265	50	19	51	15	29
1980	217	57	26	64	38	38
1981	191	49	26	77	38	49
1982	167	40	24	62	27	43
Ukupno	1442	358	25	426	198	46

trovanih BK je pozitivno 25‰ (tabela 4.) a od novoregistrovanih 46‰.

Procenat obolelih od eksudativnog pleurita u odnosu na novoregistrovane (tabela 6) je u 1966. godini 12 (ova godina je data kao komparativna),

1977 — 7, 1978 — 14, 1979 — 21, 1980 — 17, 1981 — 14, i 1981 — 16. Poslednje tri godine opet registrujemo bolesnike sa milijarnom tuberkulozom pluća. Od tuberkuloznog meningita registrovana su po dva bolesnika u

Tabela 5.

Novoregistrovani bolesnici od aktivne tuberkuloze pluća prema dobnim grupama

Starosne grupe	1977	1978	1979	1980	1981	1982
0— 4 god	1					
5— 9	—		1	1		
10—14	2	1	1	1	1	1
15—19	3	1	2	2	5	1
20—24	4	4	2	4	5	6
25—29	7	7	1	7	7	7
30—34	2	1	9	5	2	9
35—39	4	3	3	3	5	5
40—44	15	15	3	5	8	3
45—49	9	9	4	8	12	7
50—54	13	7	6	6	7	7
55—59	9	5	4	3	7	4
60—64	3	3	6	6	7	3
65—69	12	11	3	5	1	5
70 i preko	12	9	6	8	10	9
Ukupno	96	76	51	64	77	62

Tabela 6.

Novoregistrovani bolesnici od Pleuritis exsud., TBC Milliaris. Meningitis TBC

Godina	Registrovano	Pleuritis exsudat.	%	TBC Milliaris	Meningiti. TBC
1966	146	17	12	—	2
1977	96	7	7	—	2
1978	76	11	14	—	—
1979	51	11	21	—	—
1980	64	11	17	1	1
1981	77	11	14	3	—
1982	62	10	16	1	1

1966 i 1977. godni i po jedan u 1980. i 1982. godini. (to su straija lica i doseljenici.).

Broj novoregistrovanih od vanplućne tuberkuloze prikazan je u tabeli 3. Napominjemo da od vanplućne tuberkuloze su 70% žene a 30% muškarci dok je broj obrnut u obolelih od plućne tuberkuloze.

Analizirana su 8.514 BCG kartona dece rođene od 1977. do 1980. godine (tabela 7), kao i dece rođene 1963. godine. Procenat dece sa jakom tu-

berkulinskom reakcijom (preko 20 mm) je u 1963. godini 8, 1977 — 1,3, 1978 — 1,2, 1979 — 1,4, 1980 — 1,4. Od ukupno 336 jakih tuberkulin reaktora 60% su deca ženskog pola. Spontanih tuberkulin reaktora bilo je samo 5. Ožiljak od BCG vakcine nema 121 dete (1,06%).

Z a k l j u č a k

I ako su stope incidencije i prevalencije u opštini Leskovac znatno ma-

Tabela 7.

Deca koja su primila BCG vakcinu, jaki tuberkulin reaktori i spontani tuberkulin reaktori

Godina	Ukupno	Muška.	Žene	Jaki reaktor	Mušk.	Žene	%	Spon. reaktor	Nema BCG ožilj.	Ima Bcg ožilj. %
1963	2801	1432	1369	220	83	127	8	2	18	99,3
1977	2224	1116	1108	30	11	19	1,3	1	26	99
1978	2144	1103	1041	26	10	16	1,2	2	32	98
1979	1956	996	960	29	13	16	1,4	—	19	99
1980	2190	1110	1080	31	16	15	1,4	—	26	99
1981	2136	1077	1059	—	—	—	—	—	25	99
1982	2196	1127	1069	—	—	—	—	—	21	94
%	—	51%	49%	—	40%	60%	2,9%	—	—	—

nje od stopa uže Srbije, ostalih naših republika i pokrajina, one su u odnosu na stope drugih evropskih država još uvek visoke. Ovako visoke stope incidencije i prevalencije, zastupljenost eksudativnog pleurita u proseku sa 14% recidiva u proseku sa 15%, pojava milijarne tuberkuloze poslednjih godi-

na, stalna prisutnost novoregistrovanih od meningitisa, zastupljenost jakih tuberkulin reaktora među besežirane dece do 19 godina sa 1,4%, sve to ukazuje da se eradikacija tuberkuloze u opštini Leskovac ne može očekivati u dogledno vreme, sem ako se ne povećaju naponi i mere u borbi protiv nje.

INFEKCIJE PROUZROKOVANE ENTEROBAKTERIJAMA OTKRIVENE NA TERITORIJI ZAVODA ZA ZAŠTITU ZDRAVLJA LESKOVAC — UPOREDNI REZULTATI SA ISPRAVNOŠĆU VODA I NAMIRNICA

Infections caused by enterobacterias detected on the territory of Leskovac Health Protection Center and comparative results of tests of food and water samples.

Dorđe Krstić, Simka Krainčanić — Kostić

Zavod za zaštitu zdravlja Leskovac

Sažetak:

Infekcije prouzrokovane enterobakterijama su povećane u 1982. godini u poređenju sa 1981. a ispravnost voda i namirnica su u opadanju. Ispravne namirnice su bile u 1981. godini 84,7% a u 1982. se smanjile na 80%. Naročito je u opadanju ispravnost voda 76,5% u 1981. a u 1982. 55%.

Enterobakterije su u porastu naročito Schigellae od 14 na 16 i patogeni E coli od 9 na 17. U vezi sa vodom i namirnicama epidemični virusni hepatitis se povećao u svima opštinama izuzev Vlasotinačke gde se smanjio od 183 na 70. Gljivice koje su izolovane: Aspergillus, Candide i Penicillium po 0,6%.

Toksini koji su dokazani iz mikroorganizama izolovanih iz namirnica i kože su: enterotoxin i aflatoxin.

Abstract:

Infections caused by enterobacteria during the year 1982. in comparison 1981. are in rise, and contamination of foods and waters are also in rise. Hygienically proper foods from 84,7% in 1981 dropped to the level of 80% in 1982. Hygienically proper waters from 76,5% in 1981 dropped to the level of 55% in 1982.

Enterobacterias are in rise, particularly shigella from 14 to 16 and pathogenic escherichia coli from 9 to 17. In connection with water and food epidemic viral hepatitis is in rise in all counties of our region except county of Vlasotince where it dropped from 183 to 70. Aspergillus, candida and penicillium each in 0,6% were isolated. Enterotoxin and aflatoxin are isolated from microorganisms found in food stuffs and the skin.

Uvod

Enterobakterije su bile uvek u centru pažnje u ispitivanju na našem terenu. Kod ranijih stanja na terenu su preovlađivale Salmonellae koje prouzrokuju febrilna stanja i čiji izvor zaraze je samo čovek i koje se prenose većinom preko vode, a to su: Salmonellae typhi, Salmonellae paratyphi A, Salmonellae paratyphi B, i Salmonellae paratyphi C, zatim nailazi period kada smo njih izolovali manje usled preduzetih preventivnih mera na terenu, a zatim se pojavljuju Salmonellae koje

prouzrokuju alimentarne toksiko-infekcije kao što su: Salmonellae typhi murium, Salmonellae enteritidis Görtneri, S. Monte video, S. mendoza i druge. Ove Salmonellae su došle kao posledica greške u tehnologiji namirnica i čuvanju hrane do konačne upotrebe. Pregledom namirnica i ukazivanjem na greške i ove Salmonellae smo izolovali manje, a sve više se pojavljuju ostale enterobakterije Schigellae i patogeni E. coli. U početku smo nalazili Schigellae Schigae naročito po selima, a po gradu Schigellae Flexner i one su u opadanju a pojavljuju se Schigellae Sonnae koje smo imali najviše u 1982. godini, Flexner Y, Boyd. Patogene E. coli su u porastu.

Rad saopšten na Preventivnim danima Zavoda za zaštitu zdravlja 1983. god. u Nišu.
Adresa: dr Dorđe Kostić, Fruškogorska 8,
1600 Leskovac

Materijal i metod rada

Materijal smo dobijali od infektivnog odeljenja, dispanzerskih službi, sanitarne inspekcije i drugih korisnika.

Rađeno je po standardnim metodama.

Rezultati rada

Kretanje Salmonellae i Schigellae od 1981. do 1983.

Salmonellae

1. Salmonellae typhi	4
2. Salmonellae paratyphi B	5
3. S. typhi murium	4
4. S. enteritidis	13
5. S. mendoza	4
6. S. Sandiego	2
7. S. monte video	2
8. S. Cholerae suis	1
9. S. Concord	1
10. S. Esen	1
Ukupno Salmonela:	37

Schigellae

1. Schigellae Fleyner 3,	1
2. Schig. Flexner 4,	1
3. Sch. Flexner y	2
4. Sch. Boyd 2	2
5. Sch. Sonnae	24
Ukupno Schigellae:	30

Patogeni Coli 1981 — 1983.

E. coli 0—111 B4	17
E. coli 0—55 B5	4
E. coli 0-119 B14	1
E. coli 0-25	1
E. coli 0—26 B6	1
E. coli 0—08 6B7	1
E. coli 1073	1
Ukupno patogeni coli:	26.

Kod Schigellae Sonnae bilo je osetljivih na Chloramphenicol i neostljivih sojeva a ispitivan je takođe biotip kod Schigellae Sonnae. Nađen je Biotip III.

Kod Schigellae imamo povećanje u 1982. godini.

Kretanje Salmonella i uporedni rezultati 1982. u odnosu na 1981.

1981.		1982.	
Salmonellae			
1. S. enteritidis	10	S. enteritidis	3
2. S. mendoza	4	—	
3. S. paratyphi B	2	S. para B	3
4. S. typhi	2	S. typhi	2
5. S. Diego	2	S. concord	1
6. S. cholerae suis	1	S. Montevideo	2
7. S. Essen	1	—	
8. S. typhi murium	1	S. typhi murium	3
Ukupno Salmonella:	23	Ukupno Salmonella:	14

Kretanje Schigellae uporedni rezultati 1982. u odnosu na 1981.

1981.		1982.	
1. Sch. Sonnae	14	Sch. Sonnae	10
		Sch. Boyd 2	2
		Sch. Flexner	
		varietet y	2
		Sch. Flexner 3	1
		Sch. Flexner 4	1
		Ukupno Schigellae:	16

Kretanje Schigellae uporedni rezultati 1982. u odnosu na 1981.

Patogeni E. coli

1981.		1982.	
E. coli 0—111 B4	6	E. coli 0—11 B4	11
E. coli 0—25	1	E. coli 0—55 B5	3
E. coli 0—55 B5	1	E. coli 0—26 B6	1
E. coli 0—119 B14	1	E. coli 086 B7	1
E. coli ukupno	9	E. coli 1073	1
		Ukupno E. coli:	17

U 1982. godini imamo povećanje patogenih coli.

Ispravnost namirnica i voda u 1982. godini je u opadanju u odnosu na 1981. godinu.

Najviše namirnica je bilo neispravnih zbog kontaminacije (indikatora) E. coli 7,5% zatim zbog broja aerobnih mezofilnih bakterija u jednom gramu 5%. Cl. perfringens 1,2% Staphylococcus pyogenes 0,9%.

Najispravnije namirnice su bile margarin, koncentrat za supu i prozvo-

di od voća i povrća 100%, zatim meso i mesni proizvodi 87%. Mleko i proizvodi od mleka 83,6%, znatno poboljšanje od ranijeg stanja, sladoled 71,4%, pivo 30% i ostale namirnice 94,67% poboljšanje u odnosu na ranijih godina. *Aspergillus*, *Candida*, *Penicillium* 0,6% i vode 60%.

Ispravnost namirnica u 1981. i 1982. godini

	1981.	1982.
1. Meso i mesni proiz.	89,9%	85,4%
2. Mleko i proiz. od ml.	76,7%	85%
3. Pivo	40,9%	—
4. Sladoled	73,3%	65,4%
5. Margarin	100%	—
6. Koncent. za supu	100%	—
7. Voće i povrće	100%	100%
8. Ostale namirnice	71,4%	98%
9. Vode	76,5%	55%
10. Ukupno namirnica	84,7%	80%

233

Ispravnost namirnica i voda 1982. godine je u opadanju. U odnosu na ranije stanje jedino imamo poboljšanje kod mleka i mlečnih proizvoda od 76,7% na 85% i ostalih namirnica od 71,4% na 98%.

Gljivice koje su izolovane iz namirnica sa kože i sluzokože su: *Aspergillus flava*, *Candida* i sivi *Penicillium*.

Ekstrakti 16 dnevne kulture *Aspergillus flave* ubrizgani zecu stvorili su antitela koja su preciritirala sa aflatoksinima na gel-agaru.

Drugi način kojim smo delovali na aflatoksine je dejstvo na proizvođače aflatoksina, a to su: *Aspergillus flava* i sivi *Penicillium*.

10% alkoholni rastvor Propolisa i 10% rastvora cvetnog praha sa etilen glikolom deluje na kulture *Aspergillus flava* i sivog *Penicilliuma* mikostatično i fungicidno.

Diskusija

U poređenju 1982. u odnosu sa 1981. *Shigellae* i patogeni *E. coli* su u porastu na našem terenu.

Ispravnost voda i namirnica su u 1982. godini u opadanju u odnosu na 1981.

vode	1981.	76,5%	1982.	55%
namirnice	1981.	84,7%	1982.	80%

U vezi sa tim virusni hepatitis epidemični je u porastu 1982. godine u svim opštinama na teritoriji Zavoda za zaštitu zdravlja izuzev u Vlasotinačkoj opštini gde je opao od 183 na 70 usled preduzetih preventivnih mera i higijenzacije školske sredine u pojedinim školama što nam daje nade da se protiv ove teške zarazne bolesti možemo boriti.

Zaključak

Kod *Salmonella* nismo našli povećanje u 1982. godini u odnosu na 1981. a *Shigellae* i patogeni *E. coli* su u porastu.

Kod *Salmonellae* najviše su izolovane one koje izazivaju alimentarne toksikoinfekcije kao što su: *S. enteritidis*, *S. typhi murium*, *S. mendoza* i druge. *S. typhi* se javlja sporadično.

Od *Shigella* najviše su izolovane: *Shigellae Sonnae* i *Sch. Flexner* varietet y. Kod *Shigella Sonnae* bilo je osetljivih i neosetljivih sojeva na *Chloramphenicol*. Biotip III.

Patogeni *coli* najviše su izolovani: *E. coli* 0—111 B4 i *E. coli* 0—55 B5.

Hepatitis je u svima opštinama u povećanju izuzev Vlasotinačke opštine koji je u opadanju (183 na 70) zbog preduzetih izvesnih preventivnih mera u školskoj sredini u pojedinim školama.

Literatura

1. Robert Cruickshank (1969): Medical Microbiology, E. S. Livinstone Limited, Edinburg and London
2. Bogdan Karakašević (1977): Mikrobiologija i parazitologija, Medicinska knjiga Beograd—Zagreb
3. Bogdan Karakašević (1967): Priručnik standardnih metoda za mikrobiološki rad, Medicinska knjiga Beograd — Zagreb
4. Kostić Đorđe (1981): Rezultati bakteriološke ispravnosti namirnica i voda na teritoriji Zavoda za zaštitu zdravlja Leskovac, Zbornik radova P. S. L. D. Leskovac, 50—52.
5. Zinser (1957): Bacteriology, Eleventh Edition. Appleton Centuri Crofts Inc. New York.

SAOBRAĆAJNI ZNACI I SAOBRAĆAJNE NEZGODE PEŠAKA

Traffic signs and accidents of pedestrians

Miodrag Jekić

Institut za hirurgiju Kliničkog centra u Zemunu

Sažetak:

Da bi znak mogao da preda vozaču svoje obaveštenje mora da bude vidljiv i čitljiv. Postavlja se pitanje zašto učesnici u saobraćaju i onda kada primete i „pročitaju“ znakove ne postupaju u skladu sa njima? Drugim rečima, zašto je određeni znak pod nekim uslovima vidljiv i čitljiv, a pod drugim nije? Neki odgovori su prikazani u radu.

Saobraćajni znaci svojim obaveštenjima, upozorenjima, zabranama i zapovestima su važan činilac bezbednosti u saobraćaju. To je tačno samo onda kada učesnik u saobraćaju (vozač i pešak) na vreme primete znak, razumeju ga i po njemu se upravljaju.

Na žalost i naša iskustva, kao i drugih, govore da to nije uvek tako. Razgovarajući sa našim povređenima-pešacima, mogli smo da zapazimo da izvesni (i vozači i pešaci) ne poznaju saobraćajne znake.

Kad učesnici u saobraćaju ne razumeju znak ili ga čak pogrešno protumače, onda on ne vrši svoju ulogu.

Po pravilu su nerazumljivi ili se bar teže razumeju oni znaci koji iziskuju dodatno zaključivanje kao što su napr.

Abstract:

Traffic signs should be easily visible and readable in order to communicate information in time. The question is raised — why don't the participants in traffic follow the directions even when they register and „read“ the signs? Why is the particular sign in some occasions readable and visible and on other occasions not? Some solutions are presented in the paper.

znaci zabrane koji poručuju dve stvari: određenu akciju i to da je akcija zabranjena. Otuda se ovi teže shvataju.

Iz našeg iskustva izlazi da vozač obično stvara neki redosled važnosti znakova, tj za neke misli da su važniji a za neke da su manje važni. Ove druge praktično i ne primećuje. U nekim istraživanjima, vozači su zaustavljani 640 metara po prolasku različitih znakova i bili su pitani koji su znak videli. Procenat pravilnih odgovora bio je vrlo nizak i razlikovao se od znaka. Znak ograničenja brzine pomenulo je 78% vozača, a znak da je prelaz za pešake udaljen 300 metara samo 17% vozača.

Međutim, kod obilja znakova vozač i ne može uvek da ih primeti. Otuda:

—Znaci treba da budu međusobno povezani,

—Znaci treba da blagovremeno pripreme vozača na svaku odluku,

—U tački odlučivanja vozač ne sme da bude opterećen dodatnim obaveštenjima,

Rad je saopšten na sastanku Sekcije za Saobraćajnu medicinu SLD, održanom 25. 11. 1983. u Leskovcu

Adresa autora: prim. dr sci Miodrag Jekić
Sonje Marinković 14, Zemun

—Poruke znakova treba da budu usklađene i s drugim izvorima obaveštenja.

—Veličina, položaj i broj ponavljanja pojedinog znaka treba da budu povezani s količinom i vrstom ostalih zahteva na putu.

—Posebno treba da budu obeleženi svi neuobičajeni manevri na putu.

Sve nezgode pešaka nastaju kada se on nađe na kolovozu, što govori da treba odvojiti pešaka od kolovoza. Ovo može da bude prostorno ili vremensko. Prvo je skuplje (nathodnik i pothodnih, a efikasno je samo ako ga pešak upotrebljava). Ušteda u vremenu pešaka je veća kod nathodnika.

Odvajanje pešaka možemo da sprovedemo i vremenski (semaforizacijom). Crveni, odnosno zeleni signal, u tom slučaju jednom učesniku otvara a drugom zatvara put. Veoma je važno poštovanje ovih signala. Ako se ovi ne poštuju povećava se opasnost jer druga strana pretpostavlja da će ostali učesnici u saobraćaju da se razumno ponašaju i jednostavno nije pripremljena za kršenje pravila.

Često pešak nije u stanju da reaguje na odgovarajući način i otuda ima mnogo saobraćajnih nezgoda na semaforizovanim prelazima kada se pešak nađe na kolovozu, a na semaforu

je upaljeno crveno svetlo. Za nezgodu je međutim kriv i saobraćajni propis koji dopušta vozilima da pri upaljenom crvenom svetlu skrenu udesno. Vreme pešaku za prelaz je suviše kratko (1,40 m/sek), drugim rečima ovo je prosečna brzina kretanja koja je ovde i nešto niža. Za ovo vreme pređe 50% pešaka, a ostali to ne učine ako je ulica šira.

95% ljudi se kreće brzinom oko 0,90 m/sek. a to bi omogućilo relativno bezbedno prelaženje.

Dobra i relativno jeftina mera bezbednosti za pešaka jeste „Zebra“. Nepoštovanje „pravila igre“ i ovdje mogu da dovedu do nezgoda.

Važan činilac bezbednosti pešaka je i njihova vidljivost.

60% pešaka strada noću jer ih vozač ne primeti. Otuda ulice moraju biti osvetljene ili pešak mora biti tako opremljen da bude primećen. Napr. pri brzinama do 100 km/čas bela odela omogućavaju pravovremeno raspoznavanje pešaka.

Pešaci često precenjuju svoju vidljivost i tako se i ponašaju. Otuda vozač mora da vozi sporije noću i da vodi računa o činjenici da je vidljivost mnogo zavisna da li se vozi sa velikim ili oborenim svetlima. Znači sporija vožnja.

PROBLEMI SAOBRAĆAJNOG TRAUMATIZMA NA PODRUČJU MEDICINSKOG CENTRA „MOŠA PIJADE“ U LESKOVCU

Problems of traffic traumatism in the region of Medical center „Moša Pijade“ in Leskovac

Vukadin Ristić, Miodrag Tasić, Milan Levi

Ortopedska—traumatološka služba i Služba medicine rada Medicinskog centra
„Moša Pijade“ u Leskovcu.

Sažetak:

Iznosimo podatke desetogodišnjeg praćenja zbivanja obuhvaćenih temom iz oblasti saobraćajnog traumatizma na području Južnomoravskog subregiona. Sistematizovani podaci govore o broju saobraćajnih udesa i posledica koje proizilaze iz njih; a oni su registrovani u Medicinskom centru „Moša Pijade“ u Leskovcu. Iz tabele koja je data u radu se lako uočava po godinama porast saobraćajnih sredstava, a sa njime i povećani broj saobraćajnih nesreća. Lako je uočljivo da su osnovni problemi ukazivanje prve pomoći, hitne medicinske pomoći i transporta unesrećenih sa lica mesta. U zaključcima autori iznose svoje poglede za rešavanje postojećeg stanja.

Permanentne promene i kretanje u celokupnom društvenom životu, diktirane dinamičkim i brzim razvojem proizvodnih snaga i društvenih odnosa ovog područja, imaju vidnog uticaja na povećanje broja motornih vozila i vozača, a time i povećanog broja saobraćajnih nesreća.

Naročito poslednjih godine, porastom opšteg standarda, rastao je i broj motornih vozila od 11.046 u 1975. godini na 27.560. u 1982. godini. Uporedo sa porastom broja motornih vozila povećao se i broj vozača za isti period od 18.293 na 36.325.

Rad saopšten na sastanku Sekcije za saobraćajnu medicinu SLD u Leskovcu 25. 11. 1983.
Adresa: prim. dr Vukadin Ristić, Naselje Dubočica S4 Leskovac.

Abstract:

Data on traffic traumatism in the territory of South Moravian region during the ten years period are presented. Systemised data include number of traffic accidents and their consequences, registered in Medical center „Moša Pijade“ in Leskovac. It is obvious that number of traffic vehicles and accidents is in rise. Due to this, main problems are connected to the first aid, rapid and efficient medical intervention and transport of traumatised people. Some suggestions and solutions are presented.

Ako se ovom broju doda i broj motornih vozila u tranzitu na ovom području, može se sagledati koliko je složena problematika iz ove oblasti.

Polazeći od sve složenijih uslova u saobraćaju koji se svakodnevno javljaju, usled naglog rasta broja motornih vozila, loše putne mreže i smanjene propusne moći na našim putevima možemo konstatovati da oni ni izdaleka ne odgovaraju potrebama normalnog i bezbednog saobraćaja.

Cilj rada je da iz prikaza rezultata osmogodišnjeg posmatranja ukupnog broja saobraćajnih nesreća na području koje zbrinjava Medicinski centar u Leskovcu sagledamo zdravstvene posledice saobraćajnog traumatizma i istovremeno ukažemo na značaj preventivne delatnosti.

Rezultati rada dati su po godinama, a odnose se na broj saobraćajnih nesreća, broj poginulih i broj poginulih i broj povređenih sa lakim i teškim povredama.

Materijal za analizu dobijen je delimično iz istorije bolesti lečenih povređenih bolesnika, iz ambulantnih protokola, zatim iz prijava o nesrećama, kao i podataka dobijenih od Sekretarijata za unutrašnje poslove.

U periodu od 1975—1982. godine bilo je ukupno 6882 saobraćajnih nesreća, sa ukupno 4329 nastradalih lica. Tabela 1.

U ovim saobraćajnim nesrećama poginulo je 313 lica, povređeno 4016, od čega je 1661 sa teškim telesnim povredama, dok je sa lakšim povredama 2355 lica. Tabela. 2

Daljom analizom utvrdili smo da je veliki broj povređene dece do 14 godina starosti, i da je najveći broj poginulih, teže i lakše povređenih u najaktivnijem životnom dobu 24—45 godine starosti. Tabel 3.

Ova epidemija savremene civilizacije ne zaobilazi ni jednu starosnu grupu. U njoj stradaju deca, odrasli i stari ljudi bilo da u saobraćaju učestvuju kao putnici, vozači ili pešaci.

U našem obrađenom materijalu pri

Tabela 1.

Broj saobraćajnih nesreća i nastradalih lica na području Medicinskog centra u Leskovcu u periodu 1975—1982. godine

Godina	Broj saobraćaj. nes.	Ukupno nastradala lica	
1	2	3	%
1975.	692	374	54,05
1976.	809	429	53,03
1977.	1034	474	45,84
1978.	1213	444	36,60
1979.	1045	670	64,11
1980.	617	624	101,13
1981.	800	590	73,75
1982.	672	724	107,74
Ukupno:	6882	4329	

saobraćajnim nesrećama dominira politrauma. Po učestalosti posle povređenih sa politraumom dolaze izolovane kraniocerebralne povrede. Torakoabdominalne povrede zauzimaju sledeće mesto po učestalosti, a zatim dolaze izolovane povrede grudnog koša. Narednu grupu čine povrede abdomena sa povredama parenhimatoznih organa. Povrede lakomotornog aparata, sa češćim prelomima donjih ekstremiteta su zastupljene u visokim procentu.

Tabela 2.

Nastradala lica sa brojem poginulih, teže i lakše povređenih

Godina	Broj poginulih			Teže povređeni			Lakše povređeni		
	1	2	a	3	a	b	4	a	b
1975.	30	4,34	8,02	124	17,92	33,16	220	31,79	58,82
1976.	36	4,45	8,39	165	20,40	38,46	228	28,18	53,15
1977.	48	4,64	10,13	221	21,37	46,62	205	19,83	43,25
1978.	32	2,64	7,31	178	14,67	40,09	234	19,29	52,70
1979.	36	3,44	5,37	257	24,59	38,36	377	36,08	56,27
1980.	36	5,83	5,77	200	32,41	32,05	388	62,88	62,18
1981.	47	5,88	7,97	242	30,25	41,02	301	37,63	51,02
1982.	48	7,14	6,63	274	40,77	37,85	402	59,82	55,12
Ukup.	313			1661			2355		

Legenda: % poginulih, teže i lakše povređenih u odnosu na broj saobraćajnih nesreća (a).

% poginulih, teže i lakše povređenih u odnosu na broj nastradalih lica (b).

Tabela 3.

Broj poginulih i povređenih u saobraćajnim nesrećama prema godinama starosti.

Godine starosti	Poginuli	Teže povređeni	Lakše povređeni
Do 14	8	117	246
od 15 — 25	58	246	394
„ 26—35	81	361	527
„ 36—45	97	454	632
Preko 45	69	472	556
Ukupno:	313	1661	2355

U kontekstu problema koji proizilaze iz oblasti saobraćajnog traumatizma važno mesto zauzima pružanje prve pomoći, hitne medicinske pomoći, i način i vrsta transportovanja povređenih do medicinske ustanove.

U doskorašnjoj praksi kod nas se pružala slaba ili često nikakva prva pomoć. Retko se događalo da na mestu nesreće stručno lice može pružiti prvu pomoć, već tu pomoć je po pravilu pružala osoba koja se nađe u blizini unesrećenog. Na žalost moramo da istaknemo da je bilo slučajeva da je pružana pomoć na mestu nesreće od medicinskog osoblja ili u usputnoj zdravstvenoj ustanovi, gde je povređeni bio dopremljen, na neadekvatni način. Isto tako nije ni transport, u većini slučajeva bio odgovarajući. Često se i ne sačekaju sanitetska kola, već se unesrećeni strpa u prvo vozilo koje naiđe. Ako usput povređeni prolazi pored neke manje zdravstvene ustanove tu vrlo često dobija samo uput, a retko i bilo kakvu pomoć. Važi mišljenje da je najvažnije povređenog staviti u kola i što brže dopremiti do bolnice. Prema našim materijalima, koji nisu potpuni, skoro polovina nastradalih je bila transportovana u našu ustanovu bez ikakve pomoći, bez prvog zavoja, bez neophodne imobilizacije i u nepovoljnom položaju. Formiranjem stanice za hitnu medicinsku pomoć pri Domu

zdravlja u Leskovcu, koja je opremljena modernim sanitetskim vozilima (12), sa lekarom i medicinskim tehničarem, mi danas imamo suprotnu situaciju od napred iznete. Ukazivanje pomoći na mestu nesreće vrši kvalifikovano lice, lekar hitne sužbe.

Zaključci:

—Proučavajući i analizirajući saobraćajne nesreće na području Medicinskog centa, odnosno Južnomoravskog subregiona, koji obuhvata površinu od 2781 km² sa 334 naseljena mesta i preko 270000 stanovnika razmeštenih u šest opština, sa 55.000 stanovnika u samom Leskovcu. Broj navedenih saobraćajnih nesreća nastao je iz sledećih razloga: u ovom delu nalaze se magistralni, regionalni i lokalni putevi. Karakteristike regionalnih puteva je nedovoljna širina kolovoza, mali poluprečnik krivine, bez izgrađenih odgovarajućih bankina, biciklističkih staza i drugo. Lokalni putevi koji u strukturi putne mreže učestvuju sa najvećom dužinom su nedovoljno izgrađeni i sa signalizacijom u lošem stanju. Otuda je na ovakvim putevima saobraćaj vrlo težak, rizičan, i vrlo često dovodi do teških saobraćajnih nezgoda koje imaju tragičan bilans.

—Broj saobraćajnih nesreća na području Medicinskog centra iz godine u godinu se povećavaju, kao i broj povređenih i poginulih u tim nesrećama.

—Ukazivanje prve pomoći, hitne medicinske pomoći, transporta, reanimacije i hirurške pomoći poslednjih godina je poboljšana. U borbi za smanjenje moraliteta i invaliditeta povređenih potrebna je akcije svih medicinskih radnika u kojoj opšta medicinska pomoć zauzima važno mesto i prethodi hirurškom lečenju. Činjenica je da tamo gde je zbrinjavanje povređenih dobro organizovano, tamo su i rezultati hirurškog lečenja uspešniji.

—Zbog svega napred navedenog dešavaju se povrede, te iz tog razloga treba studioznije proanalizirati ih i svesti na što manju meru.

—Neophodno je rigorozno javno upozorenje pešaka, biciklista, goniča zaprežnih kola, automobilista, da bi se postigla i ustalila potrebna disciplina u saobraćaju i strogo poštovali saobraćajni propisi.

—Nepovoljna saobraćajna kultura i obrazovanje je jedan od veoma važnih faktora koji dovode do saobraćajnih udesa.

—Sinhronizovati i povezati rad svih društvenih faktora i organizacija koji rade u preventivi bezbednosti saobraćaja na putevima.

Literatura

1. Bumbaširević Ž, Buždon P, Popović A, (1972): Koštano zglobne povrede kod politraumatizovanih. Ac. Chir. Jugoslavica Vol XIX Supl. 2.
2. Jelčić I (1973): Organizacija hitne medicinske pomoći na putevima u SFRJ. II simpozijum o zdravstvenim i drugim preventivnim aspektima u bezbednosti saobraćaja na putevima. Niš.
3. I kongres saobraćajne medicine Jugoslavije. Hvar 1972.
4. Šternić M. (1971): Medicinski problemi saobraćajnih nezgoda. Zadaci zdravstvene službe u prevenciji saobraćajnih nezgoda. Zbornik radova VI kongresa lekara Srbije, Vrnjačka Banja
5. Todorović P. (1971): Značaj faktora sredine na bezbednost u saobraćaju. Zbornik radova VI kongresa lekara Srbije, Vrnjačka Banja.

NEKI KLIMATSKI I HEMATOLOŠKI PARAMETRI VLASINE SA ZDRAVSTVENOG I REKREATIVNOG ASPEKTA

Some climatic and haemathological parameters of Vlasina in health and recreational aspects

Živojin Petrović, Vitomir Marinković

Služba za transfuziju krvi Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu

Sažetak:

Sve je više dece, omladine i starijih na Vlasini i Vlasinskom jezeru. Vlasina je postala centar za rekreaciju, sticanje kondicije, podizanje zdravlja i radne sposobnosti. Vazduh, sunčevo toplotno i ultraljubičasto zračenje, dopunjeno povoljnim režimom ishrane, sna, odmora i razonode ima pozitivno dejstvo i na rehabilitaciju određenih kategorija bolesnika. U vazdušnoj atmosferi ima manje kiseonika, a više ozona, što je veoma važno za bolju hematopoezu i odbrambenu sposobnost u odnosu na infekciju. Kod naših ispitanika sa Vlasine je bolja hematopoeza od ispitanih u Leskovcu. Zbog nedostatka materijalnih sredstava nismo bili u stanju da ispitamo imunološko stanje obe grupe.

Na klimatske uslove Vlasine i jezera utiču geografski položaj, geografska širina 42° i 44', geografska dužina 22° 20', nadmorska visina oko 1200 metara, oivičenost planinskim vencima, Vardenik, Veliki Strešer od 1876 metara, Čemernik 1638 metara, Miljevska planina sa nekoliko vrhova duž bugarske granice i sama vodena akumulacija površine od 13 km², koja je nastala izgradnjom brane u 1959. godini. Vlasinsko jezero predstavlja najveću veštačku akumulaciju planinskog karaktera u SR Srbiji. Vlasinsko pod-

Abstract:

Vlasina and Vlasina lake become popular among children, youth and adults as the center of recreation, center for improving physical fitness, health and working abilities. Fresh air, sunshine and ultraviolet rays with adequate diet, rest, sleep and recreation have a positive effects in rehabilitations of certain categories of patients. There is less oxygene and more ozone in atmosphere, which is important for better haemathopoesis and for the immunological system. In population examined in Vlasina we found better haemathopoesis than in people examined in Leskovac. It was not possible for us to investigate the immunological condition in both groups due to high expences.

ručje nosi karakteristike pošumljene oblasti Srbije, jer je pošumljenost oko 50% teritorije. U užem smislu vlasinska visoravan je prekrivena uglavnom livadama i pašnjacima.

Područje juga Srbije se karakteriše prelaznim režimom između umerenokontinentalnih i sredozemnih klimatskih uslova. Lokalitet Vlasinskog jezera sa svojim specifičnostima ukazuje na karakter subplaninske klime, a termički odnosi vode Vlasinskog jezera ima umereno-toplotni karakter, što odgovara geografskom položaju jezera. Do ovakvog zaključka se došlo na osnovu osmatranja, koja su vršena na lokalitetima Crne Trave, koja se nalazi na 978 metara nadmorske visine, na udaljenosti od 9 kilometara od jezera i Vlasina Rid koji se nalaze na 1380 metara nadmorske visine, na samo

Rad saopšten na Sastanku sekcije za hematologiju i transfuziologiju SLD na Vlasinskom jezeru, 25. 6. 1977.

Adresa autora: dr Živojin Petrović, Masarikov trg 32, Leskovac

2 km od jezera. Sva merenja koja su vršena sistematizovana su u studiji dr Dragomira Đukanovića, *Klima Sreza Leskovac*, Beograd, 1967. godine. Za ovo saopštenje podaci su korišćeni iz ove studije.

Temperature vazduha, srednje mesečne temperature na Vlasinskom Ridu su:

I	II	III	IV	V	VI
-3,6	-2	0,2	6,6	10,2	13,8
VII	VIII	IX	X	XI	XII
15,8	16,1	12,5	7,4	2,9	0,7

Temperatura vazduha po godišnjim dobima:

Zima	Proleće	Leto	Jesen
-2,3	5,3	15,6	7,5

Razlike koje se pojavljuju u temperaturi po mesecima su normalna posledica kontinentalnih uslova i visine na kojoj se nalazi jezero. Najveće srednje mesečne temperature su u julu i avgustu, a minimalne u decembru, januaru i februaru, koje izazivaju pojavu leda na jezeru, do debljine i 50 sm. koji se održava sve do kraja marta meseca.

Posmatrajući temperature vazduha po godišnjim dobima prelaz od zime ka letu je nešto sporiji nego od leta ka zimi. Na Vlasini je jesen toplija od proleća.

Srednje godišnje temperature na Vlasini su 6,4, Surdulici 10,7, a Leskovcu 11,6°.

Osunčanje—Srednja godišnja suma osunčanja 2141,9 časova što iznosi 48,7% mogućeg osunčanja. Najsunčaniji mesec je juli sa prosečno 316,5 časova, a najkraće prosečno osunčavanje pokazuje januar sa 71,0 časova. Najsunčaniji je letnji period od 873,5 časova, dok u zimskom periodu ima u proseku 244,2 časa.

Oblačnost—Srednja godišnja oblačnost je 5,5 a po mesecima je sledeća:

I	II	III	IV	V	VI
6,7	6,6	6,5	6,0	6,0	5,0
VII	VIII	IX	X	XI	XII
3,8	3,2	3,7	5,4	6,8	6,5

Po godišnjim dobima:

Zima	Proleće	Leto	Jesen
6,6	6,2	4,0	5,2

Srednja dnevna oblačnost najmanja je u julu, avgustu i septembru najveća u novembru, decembru, januaru i februaru mesecu. Od godišnjih doba najmanju oblačnost ima leto. Vedrih dana u toku godine je 74 ili 23%.

Vlažnost vazduha—relativna vlažnost se kreće u normalnim granicama. Najveća vrednost se javlja u zimskom periodu a najmanja u letnjem.

Zima	Proleće	Leto	Jesen
84,3	78,5	74,2	81,1

Godišnji tok srednje relativne vlažnosti za Vlasinu je 76,6, Surdulicu 76,6 i Leskovac 77,5. Na području Vlasine najveće vrednosti se javljaju u januaru 85,8, a najmanje u avgustu 70,24.

Padavine: Padavine se ovde izlucuju uglavnom u vidu kiše i snega i srednja godišnja količina taloga je 830 mm. Srednja mesečna visina padavina je:

I	II	III	IV	V	VI
62,3	60,5	65,8	75,6	86,6	102,5
VII	VIII	IX	X	XI	XII
53,8	47,4	52,2	70,5	85,0	76,7

U pogledu rasporeda padavina po mesecima uočava se prevelika neravnomernost. Na Vlasini najveća količina taloga padne u junu (102,5 mm) a najmanje u avgustu (47,4 mm).

Količina padavine po godišnjim dobima:

Zima	Proleće	Leto	Jesen
199,5	228,0	203,7	207,7

Raspored padavina po godišnjim dobima pokazuje da je najviše padavina u proleće, a najmanje zimi.

Srednje godišnje količine padavina za Surdulicu su 688,7, a za Leskovac 628,3 mm.

Vetrovi: Prema vrednosti godišnjih čestina i pravca vetrova na Vlasini je dominantan severozapadni vetar sa 218 čestina godišnje, zatim zapadni sa 158 čestina i istočni sa 140 čestina godišnje. Srednja brzina vetra nije velika. Najjači je severozapadni koji se i najčešće javlja tokom godine a njegova srednja brzina iznosi 3,0 m/sek.

Poznato je iz literature da je krvna slika bolja na većim nadmorskim visinama. Nadmorska visina Crne Trave iznosi 978 metara, a najveću nadmorsku visinu ima Vlasina Rid 1380 m. U medicinskoj enciklopediji Leksikografskog Zavoda Zagreb navodi se da planinski predeli ovakve nadmorske visine mogu imati znatan uticaj na poboljšanje zdravstvenog stanja kod pacijenata, koji boluju od: tireotoksi-koze, dijabetes bez težih komplikacija, rahitis, spastični bronhit, anemije itd.

Nas je interesovala eritropoeza na Vlasini i u Leskovcu. Uzeli smo po 50 učenika šestog i sedmog razreda i po 10 nastavnika od 25 do 35 godina, u selu Oruglici. Srednja vrednost Hb, eritrocita i leukocita kod ispitanih na Vlasini je:

Hemoglobin — 80%

br. eritrocita je 4.193,520

br. leukocita je 7.160

Međutim, u Leskovcu, u školi „Josif Kostić“ srednja vrednost je sledeća:

Hemoglobin — 70%

br. eritrocita je 3.875,681

br. leukocita je 7.163

Očigledno je na osnovu ovog skromnog ispitivanja, da je eritropoeza na Vlasini bolja no u Leskovcu. Nismo imali mogućnost da ispitamo veći broj. Zbog nedostatka materijalnih mogućnosti nismo ispitivali imunološku kom-

ponentu ispitanih, zbog upoređenja.

Naša tumačenja su pošla od sledećih činjenica. Na Vlasini vazдушna atmosfera je veoma čista. Ukoliko jedan predeo ima veću nadmorsku visinu toliko u vazduhu ima manje kiseonika, ugljendioksida a više ozona. Manja količina kiseonika deluje nadražajno na koštanu srž i ostale hematopoetične organe da stvaraju veći broj eritrocita. Ozon ima antiseptičnu ulogu. Takav vazduh, poznato sunčevo toplotno i ultraljubičasto zračenje, dopunjeno povoljnim režimom ishrane, sna, odmora i razonode pozitivno deluje na rehabilitaciju ne samo anemičnih bolesnika, već i drugih koji pate od astme bronchiale, obstruktivnog bronhita, tireotoksikoze itd. Poznate su pozitivne informacije mnogih naših građana o dejstvu klime, livada, pašnjaka, ribolova i sporta sa Vlasine na ljudski organizam.

Leskovac je veliki tekstilni i industrijski centar, ali njegova vazдушna atmosfera je zagađena dimovima industrijskih objekata, stambenih zgrada i ispusnim gasovima motora automobila, kojih je sve više.

Zaključak

Prirodni činioci Vlasine i Vlasinskog jezera mogu mobilisati preostale funkcije sposobnosti organizma. Oslobođanjem respiratornog sistema od stalnog opterećenja zagađenim vazduhom, a korišćenjem čistog vazduha poboljšava plućnu ventilaciju. Vlasina i njeno jezero su centar za rekreaciju i podizanje fizičke kondicije, što veoma važno za veću radnu sposobnost.

Sve ovo navodi na potrebu da se sa započetim ispitivanjima nastavi ali sa još više angažovanja, sve obuhvatnije, sistematičnije, sa širim spektrom izučavanja svih navedenih mogućnosti Vlasine i Vlasinskog jezera kao svojevrsnog klimatskog lečilišta. Simpozijum od hemotaloga i transfuziologa koji danas održava na Vlasinskom jezeru i na kome se okupljaju i naši

najeminentniji hematolozi i transfuzolozi, kao i drugi stručnjaci medicinskih ustanova imaće prilike da o svemu ovome progovore i van ovog sastanka, jer je ovo prvi korak u stručnom i naučnom utvrđivanju svih vrednosti

Vlasinskog Jezera i njegovom korišćenju u medicinske svrhe.

Literatura

1. Đikanović (1967): Klima Sreza Leskovac, Beograd.

BENIGNI TUMORI JEZIKA NERVNOG POREKLA

Benign tumors of tongue of neural origin

Vlastimir Cvetković, Verica Levi, Voimirka Andrejević

Zavod sa stomatološku zdravstvenu zaštitu Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu

Sažetak:

Autori u ovom radu iz svog operativnog materijala prikazuju tri slučaja izolovanih tumora jezika nervnog porekla kod dece. Neurinomi i neurofibroni su kongenitalnog porekla i vrlo retko se mogu javiti kod osoba srednjih godina a izuzetno kod dece.

Abstract:

Three cases of isolated tumors of tongue of neural origin in children are presented. Neurinomas and neurofibromas are congenital in origin. They rarely occur in middle aged people and only occasionally in children.

Benigni tumori jezika i sluzokože usta i obraza u Oralno-hirurškoj praksi su vrlo česti i njihove hirurške intervencije su obično lake. Najčešće se susrećemo sa raznim vrstama epulisa, fibroma, polipa, hemangioma i drugo. Dok se sa neurinomima i neurofibromima srećemo vrlo retko.

Neurinomi (Schwanomi) nastaju na senzitivnim kranijalnim nervima i to najčešće na n. cochlearis-u, n. acusticus-u, a vrlo retko na n. trigeminus-u.

Iz Schwanovih ćelija mogu se razviti nezreli, često multipni tumori neurinomi. Iako su nezrelog karaktera ne pokazuju infiltrativan rast i ne daju metastaze, ma da se ne isključuje i njihova maligna forma. Obično su čvrste konzistencije, inkapsulirani, beličaste boje, vrlo sporo rastu i javljaju se u srednjem dobu.

Neurinomi i neurofibroni su embrionalnog porekla, najčešće su izolovani solitarni tumori. Ukoliko su pak neurofibroni multipni onda se radi o Recklinhausen-ovoj bolesti koja je nasledna.

Neurinomi n. acusticus-a su bazalni i pričinjavaju vrlo teške smetnje sa cerebralnim simptomima i poremećajem funkcija n. facialis-a i n. trigeminus-a.

Što se pak digestivnog trakta tiče izolovani tumori nervnog porekla su vrlo slabo opisani u literaturi. Najčešće je njihova pojava u želucu, ređe u crevima i ponekad u ustima, dok ih u jednjaku nema. Takođe je opisana njihova lokalizacija na očnim kapcima a izuzetno na ušnim školjkama.

Pojava izolovanih tumora sa lokalizacijom na jeziku je vrlo retka i u stručnoj literaturi nije opisana, pa smatramo da na nju treba ukazati.

Rad čitan na Sastanku Sekcije oralne hirurgije SLD u Loznici 21. 11. 1981.

Adresa autora: dr Vlastimir Cvetković, Maksima Đurovića 16, Leskovac

Naš materijal i diskusija

U periodu od 1976. do 1981. godine u Stomatološkom zavodu u Leskovcu operisano je 2146 pacijenata oba pola.

Sa benignim tumorima sluzokože usta i jezika bilo je 140 pacijenata, od čega: epulisa 77, fibroma 37, polipa i papiloma lingve 8, hemangioma 9, benignih tumora sluzokože nepca 6, neurinoma i neufribroma jezika. 3.

Neurinomi i neurofibromi jezika nađeni su i pathistološki potvrđeni kod dece od jedanaest, dvanaest i petnaest godina oba pola.

U kliničkoj slici imali smo tumore veličine od lešnika do oraha, ograničeni u čvrste konzistencije. Deca su se žalila na smetnje pri ishrani, česte povrede i ograničenu pokretljivost jezika.

Operativne zahvate smo radili u lokalnoj anesteziji, elipsastom ekscizijom, i pažljivom preparacijom smo tumore u potpunosti sa kapsulom uklanjali.

Hemoragije i drugih postoperativnih komplikacija i recidiva nije bilo.

Z a k l j u č a k

Benigni tumori nervnog porekla sa lokalizacijom u ustima i na jeziku su vrlo retki ali mogući.

Od 2146 pacijenata oba pola operisanih u Stomatološkom zavodu u Leskovcu u periodu od 1976. do 1981. godine sa benignim tumorima sluzokože usta i jezika bilo je 140, od čega sa benignim tumorima nervnog porekla svega 3.

Sva tri operisana pacijenta su deca od jedanaest do petnaest godina.

Cilj rada je da ukaže na kliničku sliku i mogućnost lokalizacije na jeziku i kod dece.

Literatura

1. **Abriksov, A.** (1961): Osnovi specijalne patološke anatomije. Medicinska knjiga, Beograd—Zagreb.
2. **Dražen M i saradnici** (1979): Medicinska enciklopedija, knj. VI. Medicinska knjiga, Beograd—Zagreb.
3. **Hellner H, Nissen R, Vosschulte K.** (1964): Udžbenik hirurgije. Medicinska knjiga. Beograd—Zagreb.
4. **Radojičić B.** (1976): Klinička neurologija. Medicinska knjiga, Beograd—Zagreb.

ETIOPATOGENEZA I PROTETSKA TERAPIJA SNIŽENIH VERTIKALNIH MEĐUVILIČNIH ODNOSA

Etiopathogenesis and prosthetic therapy of lowered vertical relations between jaws

Ljiljana Tričković-Mitrović, Miroslav Todorović, Slobodan Trajković, Israel Beraha

Zavod za stomatološku zdravstvenu zaštitu Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu

Sažetak:

Mnogobrojni štetni agensi, kako lokalni tako i opšti, delujući primarno u ustima, dovode sekundarne do patoloških promena na zglobovima. Autori su u vremenu od dve godine lečili 67 pacijenata sa naznačenim promenama. Protetski tretman ovakvih bolesnika je dugotrajan i složen i izvodi se u dve faze. Prva faza je bila korekcija međuviličnih odnosa nagriznom protezom uz redovnu Rtg kontrolu (po Schüller-u) pre i posle terapije protezom. U drugoj fazi sledi izrada definitivnog protetskog rada uz očuvanje stečenih međuviličnih odnosa.

Abstract:

Various harmful agents, local and general, acting primarily in the mouth cause pathological changes on the joints. Authors treated 67 patients with marked changes during the period of two years. Prosthetic treatment of patients is long and complicated and is applied in two phases. First phase is corection of relations between jaws by prosthesis followed by regular X-ray controls. Second phase is the manufacture of definite prosthetic product with taking care to protect acquired relations between jaws.

Mnogobrojni štetni agensi, kako lokalni tako i opšti, delujući primarno i ustima — dovode sekundarno do patoloških promena na zglobovima. Dominantan simptom obolelog zgloba je bol.

Bol u predelu temporo-mandibularnog zgloba (TMZ) dovodi često pacijenta lekaru, što je ishod jednog davnog početka, u nekoj drugoj karici lanca stomatognatog sistema.

Učestalost ovakvih pojava kao i važnost ovog problema, naveo nas je da više pažnje posvetimo takvim pacijentima, interesujući se za etio-patoge-

netsku zavisnost promene u ustima i promene na zglobovima.

Kompleksnost problema zahtevala je saradnju sa specijalistima drugih profila; to smo ostvarili sa oralnim hirurzima i rentgenolozima.

Prema najnovijoj neurofiziološkoj teoriji: ako na putu refleksnog mehanizma prenošenja impulsa (od receptora u dezmodontu, preko senzitivnog jedra n. trigeminusa, preko ponsa i kore velikog mozga i nazad do motornog jedra u pensu i terminalnih nervnih završetaka u mišiću) dođe do bilo kakvog poremećaja, onda će doći do promena i na strukturama koje učestvuju u ovom mehanizmu.

Od patoloških agenasa koji deluju lokalno u ustima, jednu veliku grupu čine OKLUZALNE DISHARMONIJE.

Poremećaji u okluziji zuba nastaje zbog: delimičnog gubitka zuba, trau-

Rad referisan na XVI STOMATOLOŠKOJ NEDELJI SR SRBIJE, Niš, 30. 9. do 2. 10. 1982. godine.

Adresa autora: dr Ljiljana Tričković-Mitrović, Nemanjina 5/10, Leskovac

matizma, loših protetskih radova, patološke abrazije, bruksizma, parafunkcije i dr.

Mnogi opšti faktori pogoduju poremećaju refleksnog mehanizma, kao na primer: psihoze, neuroze, stresovi i.t.d.

Delujući dugi niz godina, okluzalna trauma dovodi do poremećaja i na TMZ kao i na ostalim strukturama.

TMZ oboli, što se manifestuje disfunkcijom i bolom. Bol kao dominantan simptom obolelog zgloba objašnjava se mnogim eksperimentalnim radovima i teorijama, sa manje ili više uspeha. Od poznatog Costenovog sindroma, preko teorije da se bol tumači kao posledica istezanja ligamenta kod subluksacije, do najnovijih teorija — po kojima emocionalni stresovi dovode do staze u limfnim sudovima mišića i zgloba, zbog čega strdaju hrskavičave čelije zgloba a nago-milana sinovijalna tečnost pritiska senzitivne nerve završetke i izaziva bol. Bol sa svoje strane dovodi do spazma mastikatorne muskulature što izaziva poremećaj okluzije te se stvara *circulus vitiosus*.

Polazeći od svega ovoga, naš se rad sastojao u tome da lečeći poremećaj u ustima istovremeno lečimo i nastale promene u zglobu.

Pacijente sa ovakvim promenama pratili smo i lečili u periodu od dve godine na našem odeljenju za stomatološku protetiku. Lečeno je 67 pacijenata (41 muškarac i 26 žena), starosti od 18 do 70 godina.

Svi ovi pacijenti su se žalili na bolove u predelu TMZ. U početku su se bolovi javljali samo pri jelu, a kasnije je bol postao stalan. Žvakanje hrane bilo je znatno otežano, kako zbog pomenutog bola tako i zbog bolova dentogenog porekla.

U ustima smo pregledom ustanovili da kod najvećeg broja pacijenata postoji krezubost, loši protetski radovi, traumatska okluzija, dok je na preostalim zubima postojala patološka

abrazija. Kod svih pacijenata bila je evidentna i snižena certikalna dimenzija međuviličnih odnosa.

Kod mlađih pacijenata, uglavnom se radilo o nelečenim ortodontskim slučajevima sa takođe izraženom sniženom vertikalnom dimenzijom međuviličnih odnosa.

Za dobijanje kompletne slike nastalih promena na TMZ posle uzimanja anamneze i kliničkog pregleda, pacijente smo slali na Rtg snimanje TMZ po Schülleru pri otvorenim i zatvorenim ustima. Čitanjem Rtg snimka uočavane su promene na koštanim delovima zgloba. Najčešće uočena promena bila je nejednakost slobodnog zglobnog prostora, komlesibilnost u zglobu (znak snižene vertikalne dimenzije), kao i neravne zglobne površine. Kapitulum mandibule kod nekih pacijenata bio je zaravnjen, a kod drugih šiljast, dok je veličina kapituluma bila ili smanjena (atrofičan) ili povećana (hipertrofičan).

Rtg snimak pri otvorenim ustima služio nam je za dijagnozu o pokretljivosti mandibule.

Anamnezom, kliničkim pregledom i analizom Rtg snimka TMZ, imali smo kompletnu sliku oboljenja i obolelih struktura, pa smo se tek tada odlučivali za teoriju. Postupak lečenja je nalagao da u prvom delu kao terapeutsko sredstvo koristimo nagriznu protezu.

Nagriznom protezom korigovali smo međuvilične odnose tako što smo vertikalnu dimenziju povećavali samo unutar slobodnog interokluzionog prostora a interponirajući je između zubnih arkada prekidali smo put novostvorenim patološkim refleksima.

Svakodnevnom kontrolom pacijenata u početku lečenja nagriznom protezom uvažavali smo njihove primedbe i korigovali protezu. Posle 3—6 meseci od početka lečenja, odnosno prestanka tegoba, pravili smo kontrolni Rtg snimak TMZ po istoj metodi.

Upoređujući snimke pre i posle terapije, u najvećem broju slučajeva (kod oko 70% pacijenata) došlo je do primetnog poboljšanja na svim zglobnim strukturama. Kod nekoliko pacijenata došlo je do potpunog izlečenja.

Z a k l j u č a k

Pacijenti kod kojih je zbog štetnog dejstva lokalnih i opštih agenasa primarno došlo do poremećaja u međuviličnim odnosima a kasnije tokom godina i do promene na TMZ (disfunkcija i bol) zahtevali su složen i dugotrajan protetski tretman. U prvoj fazi lečenja pacijenata nagriznom pro-

tezom terapijski učinak smo kontrolisali Rtg snimcima po Schülleru. Komparativna analiza snimaka pre i posle terapije a i subjektivan osećaj pacijenata odlučivao je o trenutku planiranja definitivnog protetskog rada kod svakog pacijenta ponaosob, uz angažovanje da se sačuva rekonstruisan međuvilični odnos.

Literatura

1. Sokolović B (1982): Fiziologija okluzije. Gradina, Niš.
2. Bagi T i dr. (1979): Zbornik radova. Stomatol. nedelja SRS, Novi Sad.
3. Suvin, Kosovel (1980): Fiksna protetika. Školska knjiga, Zagreb.

IZ PRAKSE

POVODOM JEDNOG SLUČAJA SUBDURALNOG HEMATOMA

Tomislav Cvetković

U mesto uvoda

Da bi se jasnije sagledala konkretna situacija slučaja koji će biti prikazan smatra se neophodnim da se sa nekoliko rečenica napravi osvrt na kompresivni sindrom kod kranioocerebralnih povreda kako zbog učestalosti problema tako i zbog mogućnosti zapostavljanja razmišljanja o hroničnom kompresivnom procesu subduralnog hematoma zbog vremenske distance od povrede.

Dok je kod epiduralnog hematoma, kako zbog patogeneze i naglog razvoja kompresije mozga, potrebno vrlo pažljivo pratiti kliničku sliku i donositi brze dijagnostičke zaključke zbog naglašenog akutnog rizika najurgentnijeg stanja u hirurgiji glave, dotle je kod subduralnog hematoma zbog sporijeg razvoja nekih neuroloških odstupanja trebno istrajnije praćenje pacijenta. Obično se zbog vremenskog intervala po otpuštanju i posle nekoliko kontrola ako je opšte stanje dobro i prekine sa praćenjem pa se kod eventualnog razvoja nekih neuroloških odstupanja najmanje pomisli na subduralni hematoma.

Dok se kod epiduralnog hematoma simptomatologija razvije unutar 24—36 časova, dolazi do izmena svesti kod pacijenta i u toku nekoliko časova se produbi do kome, pri čemu je Hutchinsonova zenica patognomonični znak i

obično je šira zenica na strani povrede.

Hronični subduralni hematoma je na konveksitetu mozga. Čvrst, tečan ili mešovit. Obavijen opnom koja je bogato vaskularizovana i postoji najčešće i dalje izlivanje likvora kroz opnu koji uvećava sadržaj hematoma. Praćeno je glavoboljom, smanjenom pažnjom. Docnije nagon na povraćanje. Ako se ne leči razvija se sopor i koma. Likvor normalan ili xantohroman. Ređa staza papile.

Naš slučaj

Pacijent muškog pola star 59 god. službenik, oženjen. otac jednog deteta. Puši. Umereno uživanje alkohola.

Primljen na interno odeljenje po uputu na ATD-a kao Bronchopneumonia.

U prvom danu lečenja na internom odeljenju stanje relativno mirno, a u sledećem danu zbog znakova izmenjene svesti u smislu bradipsihiae, otežanog kontakta, pozvan u konsultaciju neuropsihijatar koji konstatuje da kod pacijenta postoji stranje izmenjene svesti — usporenost, otežan kontakt, ali ne evidentiraju se neurološki ispadi.

Ordinirana terapija hipertonih rastvora sa vitaminima i Kalicor.

U narednom danu stanje lake somnolencije produbljeno u sopor kada je kontakt sa pacijentom jako oštećen tek na jake draži i zvuke reaguje, ali počinje razvoj neuroloških znakova u smislu levostrane slabosti, koja je

slabijeg stepena, ali u toku dana progredira. Zenice mirne nalaz na fundusu uredan.

Razmišljanja se kreću u pravcu kompresije mozga pre svega, ali zbog burnije slike najviše imponuje kao akutna kompresija — epiduralni hematoma — ali za ovo nema dovoljno elemenata. Isto tako zbog osnovne (zapaljive bolesti) zbog koje je primljen pomišlja se i na infektivni proces CNS.

Konsultovani infektolog je isto sklon ovoj konstataciji u ovoj fazi bolesti, te prihvata prijem na infektivno odeljenje u jutarnjim časovima sledećeg dana.

Međutim, u toku sledećeg dana klinička slika postaje izrazito teška. Bolesnik je u dubokom soporu i jedva reguje na bolne draži, a razvija se gotovo kompletna levostrana oduzetost. U ovoj fazi se ne prihvata prijem na infektivno odeljenje već se prevodi na neuropsihijatrijsko odeljenje.

Ovde terapija ide ka pokrivanju pre svega znaka povišenog intrakranijalnog pritiska sa kortikosteroidima, hipertnim rastvorima i polivitaminima, ali i na pokrivanje infektivne komponente masivnim dozama antibiotika. Uz povremeno popravljjanje koje je kraćeg trajanja stanje je u ukupnom trendu sve lošije te se sa pacijentom u glavnom kontakt skoro ne uspostavlja ili na bolne draži malo reaguje, a u kratkim lucidnim periodima čak i kaže svoje ime. Urađena lumbalna punkcija daje rezultate koji daju za pravo infektologu da negira zapaljivi proces, te je sada pacijent u isključivoj nadležnosti neuropsihijatra.

U toku sledećeg jutra pacijent je u tako lošem stanju da se više pomišlja na fatalan ishod no na utvrđivanje tačne dijagnoze.

U toj fazi urađen je ECHO koji pokazuje pomak središnjih struktura 3—4 mm u levo. EEG pokazuje znake trpljenja desno parieto-temporalno.

Urađeni prethodnog i tog dana fundusi pokazuju samo incipijentnu stazu. Sada je najubedljivija ideja da se radi o hroničnom kompresivnom procesu iako slika ide jako burno te ne odgovara u potpunosti ovome.

Stalno prikupljane sve nove anamnestičke činjenice od ukućana govore da je pre nekoliko godina lomio levu nogu pri čemu je i pao, ali niko ne tvrdi da je pri tome bilo povrede glave ili gubitak svesti. Dan pre prijema na interno odeljenje je u fazi bronhopneumoničnog opšteg stanja, kada je preko noći ustajao isto pao zapevši o stolicu ali je nepouzdan podatak dali je došlo do povrede glave.

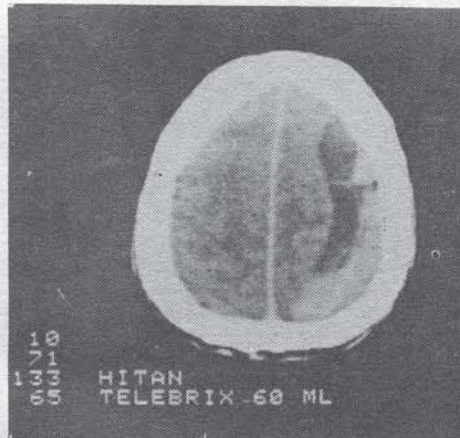
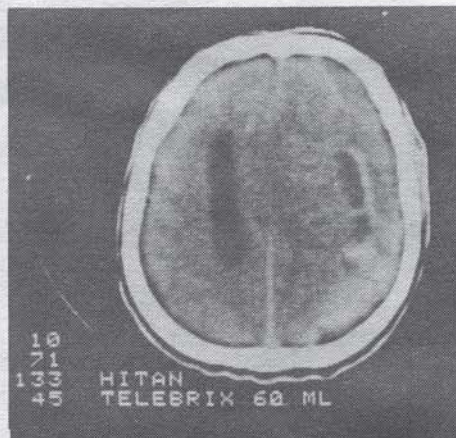
Zbog dopunskih nalaza koji upućuju na kompresivni proces kao i zbog vrlo teškog gotovo infaustnog stanja pacijenta odlučeno transport na neurohiruršku kliniku koji je kad je već donošena odluka dobro pripremljen pozivom klinike i molbom da ekipa spremno čeka pacijenta, a transport se obavlja brzo i udobnim autom.

Na klinici vrlo dobro organizovan prijem i već na 30—40 minuta pošto je posle kompjuterizirane tomografije ustanovljeno postojanje većeg subduralnog hematoma desno parijentotemporalno koji je doveo do pomaka središnjih struktura dosta u levo i u kojoj kolekciji ima i izvesne količine sveže krvi od krvarenja novijeg datuma, pacijent je bio u operacionoj sali.

Nakon par dana preveden je na odeljenje a posle sedam do osam dana otpušten kući u sasvim dobrom stanju bez ikakvih neuroloških ispada pribra-
ne svesti i bez subjektivnih tegoba. Rane zarasle per primam.

U daljem praćenju kroz dispanzerski tretman ne evidentiraju se nikakve objektivne niti subjektivne promene.

Zaključak neurohirurga je bio da je, pored starijeg subduralnog hematoma na koji je nastala neka kompenzovana adaptacija, došlo do novog krvarenja verovatno kod pada pre prijema na interno odeljenje) te je došlo do nove



kompresije koja je delovala akutnije pa je zamagljivala sliku i zaključke i davao sliku epiduralnog hematoma.

Komentar (u mesto zaključka)

1. Još jednom se pokazalo staro pravilo medicine da nema apsolutnih pravila, te da je svaki slučaj, slučaj za sebe.

2. Poneka šarolikost simptoma vodi i u šarolikost razmišljanja, ali razmišljanja i treba da idu u više pravaca.

3. I ovoga puta se pokazalo da angažovanje više ljudi kako istog profila tako i timsko sagledavanje stručnjaka više profila mogu da nečim ili nekom idejom pomognu u krajnjem zaključku a i da se dođe do neke kvalitetne odlučujuće odluke.

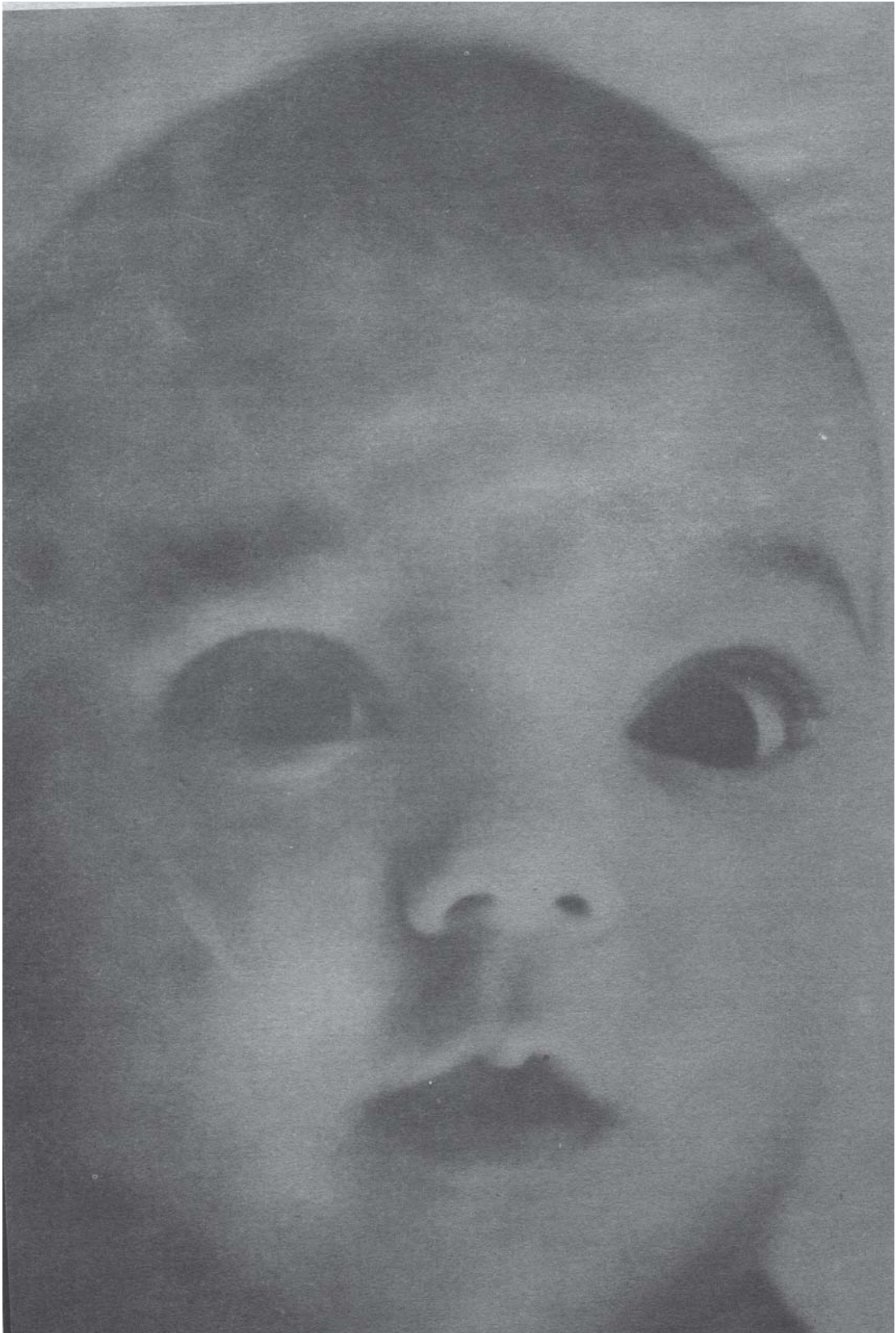
4. Kada se je već došlo do odluke da se pacijent transportuje u kvalifiko-

vaniju ustanovu od velike koristi je dostupnim sredstvom komunikacije pripremiti i obezbediti prijem i da isto tako i organizacija transporta bude kvalitetna.

5. Odlučujuća je ponekad i primena savremenih metoda dijagnostike te je na kraju zahvaljujući svemu ovome a najviše ljubaznošću klinike koja je pacijenta primila, brzo postavila tačnu dijagnozu, uspešno obavila operativni zahvat i postoperativnu negu, imamo danas zadovoljstvo da čovek, koga smo onog dana kada je odlučan transport na Neurohiruršku kliniku u Beograd već bio u stanju kada je prognoza bila fatalna, sada često srećemo na kontrolnim pregledima kao živog i zdravog čoveka koji je vraćen porodici i društvenoj zajednici.

6. Nema izgubljenih slučajeva.

[illegible]



KA HUMANIZACIJI RAĐANJA

Miomir Milovanović, Borisav Dimitrijević

Status quo

„Na prijelomu stoljeća trudnoća je bila opasan proces. Uvjeti u kojima se rađalo bili su vrlo loši i mnogi porođaji odvijali su se u pretrpanim nehygienskim ustanovama gdje su često roditelje nadzirale dobronamjerne, ali neuke, neizobražene bolničarke. Neiskusni medicinski pomoćnici pozivani su u pomoć samo kada bi došlo do opasnih opstetričkih situacija. Bolnički konzultanti intervenirali su uglavnom u hitnim slučajevima u žena primljenih zbog ozbiljnih komplikacija trudnoće i porođaja. Operativni postupak u bolnici bio je neopogodan zbog loših ili neprikladnih pomoćnih sredstava kao što su anestezija i transfuzija krvi, pa je puerperalna sepsa bila velika opasnost.“ (Beazley et al, 1979) Ovo je opis koji se odnosi na Englesku, ali situacija je svida u to vreme bila slična što se tiče loših uslova u kojima su se odvijali porođaji, kao i velike smrtnosti i morbiditeta kako dece tako i majki. U ovakvoj situaciji je nastalo savremeno porođajstvo uz neprekidno prisutan osećaj pritiska, odgovornosti i impera-

PRAVA PRIRODA RAĐANJA JE RADOST!

tiva — sačuvati život i zdravlje žene i deteta (ovde se pre svega podrazumevaju fizički aspekti zdravlja).

Razvoj je bio logičan sa svojim brojnim i vrednim dostignućima: forceps, vakuum ekstraktor, epiziotomija, indukcija, aktivno vođenje porođaja, amniocenteza, tokografija, fetalna elektrokardiografija, eho dijagnostika, carski rez, unutrašnja kardiografija...

Sadašnja situacija se potpuno izmenila nabolje, međutim diskutabilno je „jesu li očigledna poboljšanja u perinatalnom mortalitetu proizašla samo iz poboljšanja antenatalne skrbi i aktivnog postupka u rađaonici. Jednako značajna mogla bi biti i opća poboljšanja životnog standarda, pogodnih ekonomskih i socijalnih uvjeta u kojima je odrasla generacija majki. Prema tome, ove su žene zdravije i upućenije od svojih roditelja.“ (Beazley et al 1979).

Mogućnosti koje ove tehnike, postupci i aparati daju akušeru, da u velikoj meri može da kontroliše tok trudnoće i porođaja, sveopšta opsednutost automatizacijom i sve savršenijim aparatima u medicini (i u društvu), težnja ka maksimalnoj sigurnosti, minimalnom riziku, i izbegavanju odgovornosti i u različitom stepenu izražena potreba lekara za samopotvr-

divanjem kroz monopol nad kontrolom čitavog procesa trudnoće i porođaja doveli su do mehanizacije i dehumanizacije porođaja. Porođaj se i dalje, pre svega, shvata kao opasan proces (ne kao fiziološko stanje) i u vezi sa tim sve akcije su usmerene ka smanjenju rizika. Većina porođaja kod nas se odvija u bolnici-pod nadzorom lekara. Primenuju se principi aseptičnosti (izdvojenost porodilja, brijanje, klizma). Razvoj porođaja se sve češće prati pomoću aparata i sve savršenijih pregleda. Epiziotomija je vrlo česta. Dete se posle porođaja kupa, meri i na kratko pokaže majci. Porođaj je postao stvar rutine, bezličan kao na fabričkoj traci — posao u kojem je za sve bolje da se što pre završi bez neželjenih iznenađenja i komplikacija.

Veliki broj akušera, a i razvitak porodiljstva kao nauke ide u tom pravcu, vide budući razvitak u pravcu što potpunije kontrole svakog porođaja i „da će u budućnosti biti pojačana upotreba centraliziranih uređaja za nadzor, i oni će neumorno i točno nadzirati sve roditelje u rađaonici. Nadalje, s pomoću odgovarajućih uređaja za pohranu podataka i kompjuterskih aparata mogle bi se bolje iskorišćavati sakupljene informacije... (pošto su) fiziološke činjenice prenesene u mjerljive parametre.“ (Beazley, et al, 1979).

Novorođenče je stvarno čovek

Ovakvo stanje je dovelo do niza nedovoljstva i angažovanja na promeni od strane žena, pojedinih akušera, psihijatar i psihologa.

Za razliku od široko prihvaćenog stanovišta da dete ne oseća, ne vidi, ne čuje i td. — o čemu ne može ništa da se nađe po knjigama iz različitih oblasti medicine — podaci iz neuro-nauka i psihologije govora drugačije. „Prema onome što danas znamo o razvitku moždane kore, prije rođenja je moguća složena interakcija između genetskih programiranih razvojnih procesa i utjecaja vanjskih činilaca.

Takvo mišljenje proizilazi iz rezultata novijih neuroanatomskih i neuro-fizioloških istraživanja, a u kojima je dokazan rani razvitak evociranih potencijala u onim senzoričkim područjima moždane kore gdje postoje brojne intrakortikalne sinapse... U tom stadiju (kraj četvrtog meseca trudnoće) postoje elementi neuronskih krugova u primarnim senzoričkim područjima moždane kore (Krmpotić—Nemanić i sur., 1978)... Aktivnost mozga što uslijedi nakon senzoričke analize ili prati promjene ponašanja može se pratiti proučavanjem morfologije i topografske distribucije tzv. „event-related brain potentials (ERP)“. Prema Vaughanu (1975) možemo razlikovati: 1. evocirane potencijale (EP) koji uslijede nakon senzoričke stimulacije, 2. motoričke potencijale (MP) kao odraz aktivnosti što je tijesno vremenski vezana uz motoričke pokrete, 3. asocijacijske kortikalne potencijale (ACP) koji se javljaju kada stimulacija dobiva informativno značenje i tzv. „steady potential shifts (SPS)“ kao heterogenu grupu sporih potencijala. Proučavanjem navedenih klasa potencijala Vaughan (1975) je utvrdio da vizuelni evocirani potencijali (VER) složenog oblika postoje u 25. tjednu trudnoće. Ti nalazi su u skladu sa našim nalazom sinapsa, diferencijacijom postsinaptičkih elemenata i razvitkom genikulokortikalne projekcije. Zapažen je i rani razvitak slušno-evociranog odgovora što je u skladu s istraživanjima Krmpotić-Nemanić i sur. (1978). „(Kostović, 1979).

Dr Ronald Leng (Ronald Laing) poznati psihijatar, otac brojne dece, koji je kroz profesionalno i lično iskustvo shvatio orgomni značaj prvih iskustava za formiranje ličnosti čoveka i tok njegovog života, kaže: „Veliki deo svog vremena provodim srećući sve vrste ljudi, i među njima ljude koji imaju vrlo jasna rana sećanja, pouzdani zapis njihovog ranog primanja i centralne obrade informacija. Oni kažu da se bolje sećaju svoga

rođenja nego prvog boravka na moru. Mislim da se većina ljudi ne seća ničega u vezi sa time jer su bili preplavljeni (negativnim) osećanjima tako da se neki prekidač isključio i sve je to potisnuto...“ (On smatra) da mnogi od nas delimično sećaju svoga rođenja i igraju taj prvi zapamćen scenario ponovo i ponovo tokom života. „Neki ljudi nikad ne mogu da to prevaziđu (užasno iskustvo rađanja). Oni prožive svoje živote posrćući pod ponavljanim impulsima iz zapretenih i aktiviranih utisaka, koji su zapisani negde u bebinom organizmu i kasnije se iskazuju kao muskularna tenzija, tikovi, sve vrste anksioznosti koje utiču na ritam srca, funkciju disanja i mogu da stoje ispod na drugi način neobjašnjivih alergija, infekcija gornjeg dela respiratornog trakta, astme i fobije od otvorenog prostora... Strahovima od kastracije i osakaćenja koji se toliko naglašavaju prethodi traumatsko iskustvo rađanja gde se to presecanje (pupčane vrpce) desilo; gde je čitav kontinuum prekinut pre nego što je fiziološki, biološki tok doveo do toga da se odbaci umbilikalna cirkulacija i prirodno zatvore srčani zalisci. Ja osećam iz sopstvene fizičke memorije da je postojala ogromna konfuzna odbojnost i osećanje panike u oblasti srca. Mislim da je puno potrebno da bi se to moglo prevazići. Ako se ikad to može... Akušer treba da misli o ocu, drugoj deci, majci, i o detetu koje se rodilo kao punopravnom članu porodice, još jednom pipku oktopoda, kao o svesnom biću, dodao bih — izuzetno svesnom biću, mnogo osteljivijem od nas“. (Brook 1979) Profesor Norman Moris, ginekolog konsultant Porodiljskog odseka bolnice Čering Kros (Charing Cross) u Londonu i predsednik Internacionalnog društva za psihomatsko porodiljstvo i ginekologiju, je naveo ovakva iskustva svoje ćerke i rekao: „Čini mi se da su bebe od momenta rađanja mnogo više

ljudi nego što smo mi akušeri i naše kolege pedijatri bili toga svesni. Drugim rečima, zbog toga jer ne mogu da nam odgovore (rečima) mislimo da je njihov senzorni sistem neadekvatan“ (Brook 1979).

Profesorka Elizabet Fer (Elizabeth Fehr), psiholog, je slučajno otkrila važnost traumatskog doživljaja pri rođenju za kasniji život i da je taj doživljaj u osnovi egzistencijalnih problema mnogih ljudi koji su joj se obraćali za pomoć kao psihoterapeutu. Primenjivala je tehniku koju je nazvala „ponovno rađanje“ (koju sada koristi veliki broj psihoterapeuta različitih škola i orijentacija), a svoj oblik psihoterapije Natalna terapija. „Ponovno rađanje“ se sastoji u tome da se stvori ambijent i situacija slična onoj u materici — onaj koji želi da prođe kroz iskustvo rađanja legne, u položaju fetusa, između dva dušeka oko kojih se okupljaju ostali članovi grupe i svojim pokretima i pritiskom simuliraju kontrakcije materice. Ova situacija pruža mogućnost da se ostvari kontakt sa iskustvom i osećanjima, mentalnim i fizičkim, nastalim tokom nekadašnjeg rođenja i da se ono ponovo proživi. Kroz ponovno proživljavanje ove obično traumatske situacije može doći do razrešenja (i izlečenja) problema koji su tu imali svoj pravi koren. Primer ovoga je žena koja je čitavog života hramala, za šta medicina nije mogla da otkrije uzrok niti da je izleči. Intenzivno proživljavajući „ponovno rođenje“ sa prof. Fer osetila je kao da je još neko prisutan u „materici“, da je drži za stopalo i ne pušta je. Posle u razgovoru majka joj je po prvi put rekla da je ona bila jedna od najmlađih blizanaca — sestra je mrtva rođena. Pri porođaju njeno stopalo se splelo sa stopalom mrtvog deteta. Hramanje je bilo zapretno sećanje na osećanje užasa u toj situaciji. Ovo je „iznelo na svetlost i potpuno oslobodilo

od tereta za koji nije znala i nečega što joj nije bilo dopušteno da svesno formuliše ili svesno prihvati" (Brook 1979).

Na osnovu bogatog iskustva sa Natalnom terapijom prof. Fer je došla do zaključka da preveliko indukovanje i preveliko mešanje u prirodni tok porođaja može da ima ozbiljne psihičke i fizičke posledice. Po njenom mišljenju ljudi rođeni ovako su bazično nezadovoljni jer „nisu rođeni po svojoj volji“ (u skladu sa njihovim prirodnim ritmom), već su izbačeni pre nego što su za to bili spremni. „nije im bilo dozvoljeno da sami dovrše proces koji su započeli, tako da tokom čitavog života moraju da dokazuju sebi i celom svetu da sve mogu sami da urade. Ili — ne mogu ništa bez tuđe pomoći. Ako se pri porođaju intervenisalo oko glave deteta ili se ono „zaglavilo“ glavom, ja ih zovem „glava bebe“ (head babies). Oni su baš „glava“ ljudi. Njihovom emocionalnom sistemu je potrebno buđenje jer se ne može meriti sa intelektom“ (Brook 1979). Primer ovoga je čovek koji je tokom „ponovnog rađanja“ prof. Fer za vreme prolaza kroz „porođajni kanal“ počeo da viče „ne dirajte mi glavu“ — mada je niko nije dodirivao. Osećao je da mu neko pritiska lobanju tako da se nije mogao pomerati. Ispostavilo se da je pri njegovom rađanju zbog kefalopelvične disproporcije došlo do zastoja pa je onda upotrebljen forceps. Tokom života je patio od jakih migrena i bio jako zatvoren, skrivao je svoja osećanja. Posle terapije migrena je nestala i došlo je do vidne promene u njegovoj ličnosti, pogotovo u emotivnim aspektima. Sličan je slučaj sa bebama koje su u porođaju pošle nogama (porođaj zadkom), pa je izvršen okret da bi se porođaj završio glavom kao prednjačćim delom. Posledica ovoga su ličnosti, ljudi, koje se osećaju prikraćenim, ometenim, neželjenim, izbačenim, bez ljubavi i razumevanja, iskomplek-

sirani.

U nekim slučajevima tokom „ponovnog rađanja“ uzvici, osećanja i raspoloženja koja su aktualizacija potisnutih iskustava (nastalih tokom porođaja) jesu u stvari osećanja, raspoloženja i ponašanje majke (a ne deteta) koju je dete jako blisko doživljavalo, kao deo sebe.

Ovo ukazuje da je izuzetno važno kako se majka oseća, šta doživljava, da li je uplašena, da li strepi, da li se oseća usamljena, napuštena, jer postoji mogućnost da i dete tako oseća (da njeno stanje prihvati kao svoje u tom zajedništvu i jednosti sa njom) i u takvom osećanju se po prvi put sretne sa svetom. (Znamo koliko je važno kad nekog ili nešto po prvi put sretnemo u nekom posebnom raspoloženju).

Do sličnih rezultata i zaključaka, mada drugim putem, je došla i Virđžinija Džonson (Virginia Johnson), psiholog iz Los Anđelesa. Ona je radila sa ljudima sa shizofrenijom. Otkrila je da ljudi koje je vraćala u njihova najranija iskustva pomoću metilfenidata mogu da se sete prvih nedelja života. Na drugom sastanku Društva za neuronauke, održanom 1971. u Hjustonu, Teksas, izvestila je da „neonatalna iskustva su često u vezi sa psihopatološkim simptomima koji su se kasnije u životu javili“ i iznela pretpostavku da neka od tih ranijih iskustava mogu biti uzroci shizofrenije, a da neke od slušnih halucinacija, koje su čest simptom shizofrenije, mogu predstavljati ponavljanje zvukova koje je čovek čuo neposredno pre, tokom i posle rođenja. „(Brook 1979).

Ovakva shvatanja su polazište za praktičan rad akušera dr Frederika Lebojea (Frederick Leboyer) (sada penzionisanog). U svojoj divnoj knjizi Rađanje bez nasilja on nas vrlo sugestivno vodi kroz čitav proces kroz koji dete prolazi. Prvo je u majčinoj utrobi gde je toplo, mračno, i lebdi. Sigurnost mu uliva neprekidno kucanje

materinog srca i drugi zvukovi materinog tela. (U Japanu je nedavno konstruisan aparat koji proizvodi zvuke slične kucanju materinog srca — bebe se uz te zvuke brzo smire, opuste i razvesele). Iz takve sredine (koja mu je pri kraju ipak već tesna) dete izlazi u nešto apsolutno nepoznato (tu je uznemirenost). Detetova čula ne samo da funkcionišu već su mnogo osetljivija od naših, nenaviknuta na uobičajene, nama, draži, ona primaju sve te draži jako pojačane.

Iz majčine mračne topline i sigurnosti gde su svi zvuci bili prigušeni — dete izlazi na zaslepljujuću svetlost (kako se osećate kad iz potpunog mraka naglo izađete na jaku svetlost?), gde je ogromna galama i gde ga često puta grubo vuku i izvlače. Dete je potpuno bespomoćno, izgubljeno, u emotivnom šoku. (Kako biste se osećali da se odjednom nađete na nepoznatoj planeti, otrgnuti od svojih bliskih, pod intenzivnim svetlom, okruženi nepoznatim bićima koji viču, pipaju vas i vuku?). Sada dolazi prvi uzdah. Dete je do tada disalo preko placente sada treba po prvi put da uzdahne vazduh u svoja pluća. Dr Leboje smatra da prvi dodir vazduha sa plućima dete doživljava kao da ga to opeče. Sa ovim je povezana i uobičajena praksa brzog presecanja pupčane vrpce što ne daje vremena organizmu da se lagano prilagodi ogromnoj promeni (prelaska na disanje plućima) — da dok pokušava da diše plućima postoji dotok oksigenirane krvi kroz pupčanu vrpcu. Brzim presecanjem vrpce dete počinje da se guši i tako biva prinuđeno da diše (još jedan šok). Dr Leboje i dr Leng ističu izuzetnu važnost toga da se pupčana vrpca ne preseče brzo već tek onda kada sama prestane da pulsira i dete počne da diše. Nakon toga dete uzimaju za nožice i tako ga drže naglo ispravljajući kućmu (kako se osećate kada posle dužeg boravljenja u povijenom položaju se naglo ispravite?), a ono je bilo sklupčano mese-

cima (!). Zatim ga udare („lako“) da bi zaplakalo (kako bi videli da je sve u redu!). Guraju mu cevčice u nos i dušnik. Stavljaju kapi u oko koje peku. Peru ga, skidaju mu zaštitni sloj sa kože, brušu ga — njegova koža je dotle bila u prijatnoj tečnosti... Međutim, najstrašnije od svega za dete je odvajanje od majke sa kojom je do tada (uvek) bilo Jedno — od materinog pulsiranja, njenih otkucaja srca.

Lebojev način porađanja ima za cilj da prelazak iz intrauterine sredine u spoljni svet bude postepen, što priyatniji, sa što manje stresa, straha, dajući detetu vremena za prilagođavanje i pri tome mu pomažući. Porođaj se odvija u tihoj prostoriji sa prigušenom svetlošću, polutami. Kada je neophodno govoriti sa šapatom. Glavica deteta se prihvata tek kada sama izađe — jer je osetljiva zbog pritiska kome je bila izložena probijajući put kroz porođajni kanal. Dete se nežno dodiruje — laganim, smirenim i sigurnim pokretima. Odmah se stavlja na materine grudi ili stomak — da oseti njenu toplu kožu, da opet čuje njene otkucaje. Majka ga obgrljuje svojim rukama i blago miluje po leđima ulivajući mu sigurnost i ljubav. Tako prva iskustva malog čoveka u svetu bivaju ljubavna, ljudska. Pupčana vrpca se tek posle preseca kada se njena funkcija sama ugasila, a dete se lagano stavlja u kadu sa toplom vodom — u sredinu u kojoj je do sada živelo. Ne sapunja se, niti pere već mu se dopušta da ponovo lebdi, opušteno i lako. Posle se opet daje majci. Sve se odvija prirodno, u tihoj atmosferi, sa ljubavlju se dočekuje mali novi stanovnik sveta.

Dr Leboje naglašava da u porođaju nisu toliko važne tehnike koliko bazični stav prema detetu, majci, porodici, porođaju. Porođaj sa komplikacijama, naravno, ne može da se odvija u polumraku, ali stav akušera treba da bude isti — ne samo zaštititi dete i majku od pretnji po fizičke

aspekte zdravlja, već i od nepotrebnih stresova, straha i užasa.

Majka

Poznata je izuzetna važnost stanja majke u trudnoći, porođaju, a i nakon toga, i to da psihički momenti zauzimaju posebno mesto. U čitavom ovom periodu žena je jako osetljiva. Veliki broj komplikacija direktno je povezan sa njenim psihičkim stanjem — pre porođaja (emesis, anksioznost, povećanje težine, tenzije), u toku porođaja (vreme javljanja, snaga i učestalost kontrakcija, dilatacija materičnog ušća, ponašanje u toku porođaja — saradnja) i posle porođaja (laktacija, stav i prihvatanje deteta). Sa druge strane treba naglasiti izuzetnu važnost prvih kontakata majke sa detetom. „Stručnjaci smatraju da to kako se žena oseća emotivno i fizički tokom trudnoće i porođaja i koliko je sa svojom bebom neposredno posle (porođaja) snažno utiče na njeno materinstvo — njena osećanja o sebi kao majci. (Feldman, 1978)“, a takođe i njena osećanja prema detetu i tako predstavljaju osnovu (i početak) njenog odnosa sa detetom za čitav život. O značaju ovih kontakata za dete, za formiranje njegove ličnosti i njegovog životnog skripta (scenaria) je bilo reči.

Na trudnicu (i porođilju) koja je jako osetljiva, puna strepnje od predstojećih za nju važnih događaja može vrlo nepovoljno da deluje stav lekara, ginekologa, prema trudnoći i porođaju kao procesu punom rizika i opasnosti. Ovakav stav se izražava, eksplicitno ili implicitno, u toku antenatalnih kontrola, a i posle tokom porođaja — kroz prevashodnu angažovanost lekara ka otkrivanju što ranijih znaka mogućih komplikacija, njegovom preokupiranosti mogućim rizicima pri čemu se gube iz vida humani, psihološki i fiziološki momenti. Na navedenom stavu se zasniva organizacija antenatalne zaštite i rad i režim u porodilištu. Neposredna posledica je prihvatanje ovog

stava od strane trudnice (porođilje) koji se onda nadograđuje na postojeću strepnju i anksioznosti i dalje ih produbljuje. Situacija u porodilištu je takođe usmerena u istom pravcu — ka smanjenju rizika po fizičke aspekte zdravlja i intenziviranju straha i nelagodnosti — što opet može da dovede do komplikacija. Trudnica je potpuno odvojena od porodice, od čoveka sa kojim u zajednici i rađa dete, u za nju potpuno strani svet — među ljude, nepoznate, nekad nervozne, okružena svetlom i sjajem instrumenata — usamljena, uplašena, nesretna, bez privatnosti, sa osećanjem da ono što je za nju najintimnije i najvažnije za druge često predstavlja rutinu i teret. Sasvim je razumljivo da mnoge hvata panika, da se ponašaju histerično i da ne mogu sarađivati. Antropološka istraživanja potvrđuju direktnu povezanost između stavova prema porođaju i stvarnog toka većine porođaja u pojedinim kulturama i društvima. U kulturama gde se rađanje shvata kao normalno i pozitivno iskustvo u poznatoj sredini porođaji su, uz neznatan broj izuzetaka, izuzetno laki, kratki, bezbolni i bez komplikacija. U kulturama gde se porođaj shvata kao nešto opasno postoji tendencija da porođaji budu duži, bolni, sa češćim komplikacijama.

Odvajanje deteta od majke posle porođaja može da ima nesagledive posledice. U studijama na životinjama je pokazano da ako se majka odvoji od svog potomstva neposredno posle porođaja za određeni period vremena, koji je za pojedine vrste različit, u kojem se odvijaju procesi povezivanja i utiskivanja, ona neće prihvatiti posle svoje mladunce. U studijama o efektima odvajanje dece od majke neposredno posle rođenja (Klaus, 1972) je pokazano da su ti efekti primetni i nakon dužeg vremena. Majke koje su imale oba iskustva, bile odvojene od jednog, ali ne i od drugog deteta, saopštavale su da postoji, za njih

primetna razlika, u odnosima sa decom iz ovih iskustava. Navodi se da postoji jaka psihička povezanost između majki i dece koja nisu bila odvajana, dok između majki i dece koja su bila odvajana od majke posle rođenja, može postojati jaz koji je teško premostiti tada, a i posle u životu. Klaus je pronašao da je veliki procenat dece sa takozvanim sindromom zlostavljanog deteta bio rano odvajan od majki. Od 25 do 40% dece sa sindromom zlostavljanog deteta je rođeno pre vremena i provelo prve nedelje života u inkubatoru i tako bilo odvojeno od majke u tom kritičnom periodu, koja posle nije mogla da ostvari pravu emotivnu vezu sa svojim detetom (Sousa, 1976). „Prva iskustva majke sa njenom bebom postaju neprijatna, nelagodna i nestvarna i to baš onda kada bi trebalo dopustiti njenim osećanjima da nadolaze, da je preplavljaju u atmosferi prisutnosti i intimnosti... Značajan broj američkih žena ima neke od simptoma depresije posle porođaja, posebno posle prvog deteta. Neke potpuno ne mogu da funkcionišu i potrebni su im lekovi, suportivna psihoterapija, odvajanje od bebe — i čak hospitalizacija i intenzivna nega, pre nego što mogu da se oslobode osećanja panike i nemoći i stanu na svoje noge. Čak i blaga postpartalna depresija, koja traje 2—3 nedelje, može ostaviti tako duboke ožiljke da je osnova ranih odnosa između majke i deteta ugrožena (Feldman, 1978)“.

Porođaj je duboko ljudski događaj, prirodan i fiziološki. Iza fizioloških procesa i isprepleteni sa njima u majci postoje nesagledivi psihološki i instiktivni mehanizmi, iskustva nastajala tokom evolucije vrsta i čoveka, arhetipska po svojoj suštini i obilju značenja. Ova iskustva su urezana sa ciljem da, ako im se ne remeti prirodan tok i još neshvaćene mnogostruke veze, vode ženu precizno i konkretno kroz mene i tokove porođaja.

Znamo da su tokom evolucije pro-

cesi od izuzetnog značaja za produženje života i vrste vezivani sa prijetnim osećanjima ili ekstazom. Na osnovu ovakve analogije trebalo bi da je i porođaj praćen takvim iskustvima. I zaista, ne mali broj žena, i to osobito one koje su se porodile takozvanim instiktivnim porođajem, izveštava o tome da su porođaj doživele kao intenzivan orgazam. Bol i neugodnosti u toku porođaja bi možda imali ulogu da nagoveste da je nešto počelo da se dešava da bi se orgazam pripremio i angažovao ka važnom cilju; analogija je da nas neugodnost zbog gladi goni da tražimo hranu i jedemo, žeđ da pijemo. Uriniranje i defekacija se dešavaju po sličnom obrascu kao porođaj. „Element neugodnosti se mora imati u vidu i prihvatiti, ali aspekt prijetnosti, uzbudljivost svega ovoga, bi trebalo da bude na umu pre svega — trebalo bi ga očekivati i pripremiti se za to u porođaju. Rađanje u svom najboljem vidu je više od zadovoljstva (prijetnosti) u bilo kom uobičajenom smislu te reči. Ono je i to, ali ga prevazilazi da bi postalo jedno od najljepših i najuzbudljivijih ljudskih iskustava... Sve dok se normalno rađanje negativno doživljava to nije odraz ženinog tela ili njene psihe. To je odraz kulture koja je toliko duboko ukorenjena ovu negativnu uslovljenost. Potrebno je puno vremena da se ovo pogrešno uslovljavanje iskoreni. Možda će biti potrebno da se smeni više generacija da bi se dostiglo pozitivnije stanje. U međuvremenu, žene ove kulture moraju da imaju jedna za drugu strpljenje i razumevanje. Oni koji pomažu pri porođaju moraju biti pripremljeni da pomognu majci da se suoči sa različitim negativnim emocijama koje se mogu javiti tokom porođaja (Fitzgerald et al, 1976)“.

Potrebno je uočiti značaj svih pomenutih momenata i svoju aktivnost usmeriti ka sveobuhvatnoj zaštiti i pripremi trudnice i porodilje za porođaj i materinstvo i to još od prvih

antenatalnih kontrola. I porodica, a pre svega otac deteta, treba da se spremi za dolazak novog člana. Za roditelje čitav proces (trudnoće, porođaja) treba da bude nešto što će ih još više spojiti i biti nastavak intimnosti i ljubavi kroz koju je i započet. Taj njihov odnos je ustvari, svet u koji će dete doći.

U okviru priprema psihička i duhovna komponenta ima značajno mesto uz praćenje fizioloških parametara, fizičke vežbe i upoznavanje sa osnovnim znanjima o fiziologiji trudnoće i porođaja. Važno je da uvek bude vremena da se sa trudnicom, porođiljom porazgovara i o nekim beznačajnim, ali za nju izuzetno važnim stvarima.

Izuzetno su važni atmosfera i situacija u kojoj protiče porođaj. Potrebno je da se žena oseća sigurnom, opuštenom, prijatno da bi mogla da potpuno učestvuje u porođaju, da bi bila u dodiru sa svojim instinktima, da dočeka i prihvati dete s ljubavlju.

O t a c

O važnosti oca u situaciji trudnoće i porođaja je rečeno. Treba naglasiti da „svi očevi koje znam da su prisustvovali rađanju svoje dece izgleda da su dublje povezani sa majkom i detetom od onih koji čekaju izvan... On (otac) je bračni drug i prijatelj, vodič i negovatelj, otac i ljubavnik, glas i eho i sa nadom nastavlja da to bude. I najvažnije za porođaj, on je prevodilac. Ako je uzeo učešće u pripremanju on će znati šta ti znaš, zašto to znaš, zašto to on zna i šta ste vas dvoje i šta želite. Ovo ga stavlja u položaj da bude najprecizniji posrednik između majke i doktora. Otac je novorođenčetu neophodan za sadašnji i budući život isto kao i majka. I kada je god moguće, njegova energija treba da da bude deo dobrodošlice bebi. (Brook, 1979)“.

P re i s p i t i v a n j a

Polazeći o potrebi humanizovanja rađanja i napred iznetih stavova, a potkrepljeni rezultatima novijih istra-

živanja počelo se sa kritičkim preispitivanjem pojedinih podataka, metoda koji se široko koriste u porođiljstvu, ne da bi se dostignuća negirala već da se kritički odredi njihovo pravo mesto.

BRIJANJE PUBIČNOG DELA—Burshell (1964) izveštava da je u istraživanju sa 7600 majki bilo nešto niže incidence infekcije kod žena koje nisu bri-jane, dok druge (Feldman, 1978) izveštavaju da brijanje stvara veću incidencu infekcija u ovom predelu. Za ženu je vrlo neprijatno.

KLISTIRANJE—Pražnjenje creva se spontano dešava na početku porođaja zbog pritiska deteta i kontrakcija. Laksansi nekada mogu da dovedu do izuzetno jakih kontrakcija koje se posle moraju kontrolisati lekovima.

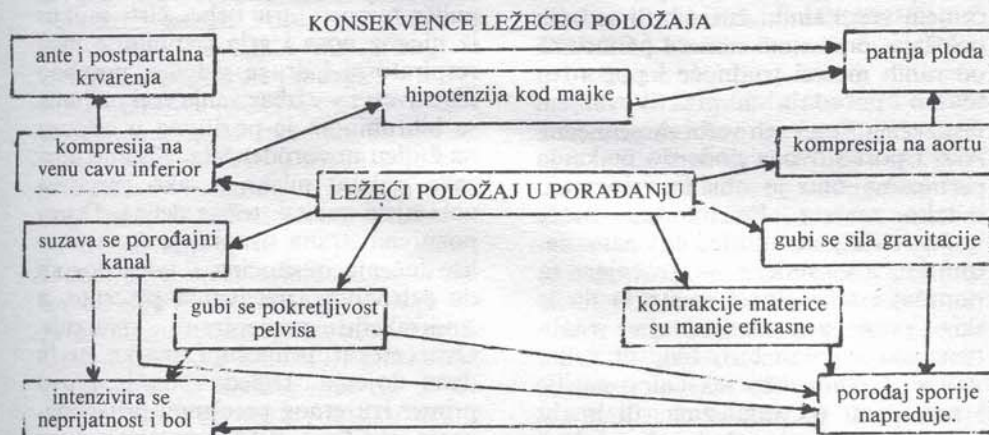
LEŽEĆI POLOŽAJ MAJKE SA NOGAMA U PODUPIRAČIMA—„Izuzetno položaja u kome se visi sa nogama gore i glavom dole ležeći položaj je najgori koji se može zamisliti za porođanje. Kada je majka u ležećem položaju glavici je teže da uđe u porođajni kanal. U obimnom istraživanju u kome su upoređivane žene sa niskim rizikom u 21 zemlji one koje su stajale i šetale imale su značajno kraći porođaj i bilo im je mnogo prijatnije da sede ili stoje nego da legnu. U uspravnoj poziciji kontrakcije su jače i zaustavljanje krvi ka bebi zbog pritiska na pupčanu vrpcu može se jednostavno korigovati promenom položaja majke. I, naravno, epiziotomije su češće potrebne kada je majka u ležećoj poziciji“ (Dr Caldeyro—Barcia, bivši predsednik Međunarodne federacije akušera i ginekologa u Feldman, 1978).

Ovo mišljenje deli veliki broj akušera na osnovu ličnog iskustva i brojnih studija. Antropološka istraživanja pokazuju da se u različitim narodima i kulturama, uključujući i evropske pre 2-3 veka, a i kod nas doskora, nigde ne

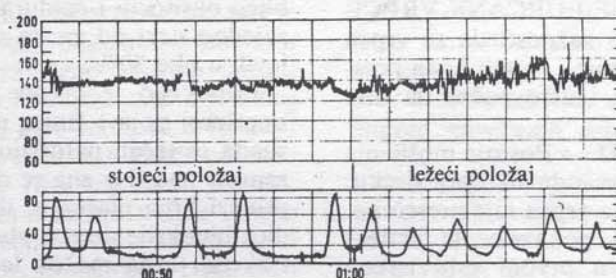
primenjuje ležeći položaj u porođaju. (Beels, 1980, Brook, 1979)! Žene su instiktivno primenjivale različite oblike stojećeg, čučućeg, na „četiri noge“, sedećeg, ili položaja na stranu, ali ne ležanje na leđima sa uzdignutim nogama.

Treba naglasiti da nije potrebno da stopala žene budu razmaknuta više od 45 do 50 cm (Feldman, 1978).

Povezano sa tim — upotreba forcepsa, vakuum ekstraktora i potreba za epiziotomijom je izrazito manja ako se ne primenjuje ležeći položaj.



Iz Dunn, 1976 g. na šemi su pregledno prikazani rezultati većeg broja istraživanja.



Kontrakcije materice u stojećem i ležećem položaju, Dunn, 1976.

EPIZIOTOMIJA—Vrlo često se rutinski radi. Epiziotomija je u velikom broju slučajeva potrebna zbog ležećeg položaja i previše raširenih nogu, jer se tako stvaraju nepovoljni anatomske odnosi i povećava zategnutost perineuma. Stvarne potrebe za epiziotomijom se znatno smanjuju korišćenjem vertikalnih, čučućih ili sedećih položaja, primenom masaže perineuma od ranih meseci trudnoće i pogotovu tokom porođaja i praktikovanjem takozvanih Kegelovih vežbi za perineum. Ako i pored ovoga dođe do prskanja perineuma ono je obično vrlo malo i lako zarasta. Epiziotomija može imati neželjene posledice patoanatomske, a i psihičke — stručnjaci za porođaj i seksualnost smatraju da je tkivo posle epiziotomije trajno oslabljeno, da izvestan broj žena doživljava epiziotomiju kao seksualno nasilje i posle pati od vaginizma, ili imaju bolove tokom seksualnih odnosa koji traju mesecima ili godinama, kod drugih je sposobnost doživljavanja orgazma smanjena, a neke se osećaju trajno ometene (Feldman, 1978).

Ovde treba dodati da u fazi istiskivanja pre nego što se pojavi glava žena ne treba da, kako se to kaže, gura iz sve snage jer to može dovesti do cepanja. Potrebno je da sledi tok svojih kontrakcija i blago pomaže na osnovu svoga osećanja.

FORCEPS, VAKUUM EKSTRAKTOR — O vrednosti i opasnosti ovih instrumenata i njihove primene se dovoljno zna, već je napomenuto da se njihova upotreba smanjuje ako se ne koristi ležeći položaj.

PRESECANJE PUPČANE VRPCE — Rečeno je o važnosti da se vrpca preseče što kasnije i to tek kada prestane da pulsira i dete počne da diše bez napora.

PRVI PODOJ — Postoje mošljenja da detetu treba odmah dati dojk, dok još pupčana vrpca nije presečena. Istraživanja su pokazala da refleksisanja je jak u prvom satu nakon

rođenja, zatim se gubi tokom oko 40 sati, pa se ponovo javlja (La Leche League, 1972). Sisanje ima pozitivan efekt na dete, a kolostrum sadrži belančevine i brojna antitela. I brojne studije pokazuju da je izuzetno, po svom sastavu, prilagođen potrebama novorođenčeta. Sisanje reguliše temperaturu bebe, čisti mukus iz njenog nosa i grla i stimuliše njen respiratorni i druge sisteme, posebno digestivan i — izbacivanje mekonijuma sa bilirubinom je pozitivno u odnosu na žuticu novorođenčeta. Sisanje ubrzava pojavu mleka i tako sprečava uobičajeni gubitak težine deteta. Druga pozitivna strana sisanja, je što stimuliše lučenje oksitocina i tako dovodi do prirodnog izbacivanja placente, a kontrakcije preveniraju krvarenje. Ovaj efekat primećuju majke prvih dana dojenja. Izgleda da je i ovo primer izuzetnog preciznog prilagođavanja majke i deteta nastalog kroz evoluciju, isti proces je izrazito koristan obema stranama.

INDUKCIJA POROĐAJA OKSITOCINOM — Procenat uspešnosti je 85%. Po rečima dr Kaldeira—Barsie (Caldeyro—Barcia) „u manje od 2% porođaja oksitocin je potreban za indukciju porođaja, ali se ipak koristi u 40—50% porođaja. (Feldman, 1978)“. Kao posledica oksitocina kontrakcije postaju jače i duže, a periodi relaksacije između kraći što smanjuje doвод krvi u matericu i količinu kiseonika detetu. Istraživanja pokazuju da u 25% porođaja u kojima je upotrebljen oksitocin su bili prisutni neki znaci asfiksije, a tamo gde je upotrebljen oksitocin i epiduralna anestezija zajedno neki od znaka asfiksije su se javili u oko 50%.

Primećeno je takođe da oksitocin doprinosi pojavi žutice novorođenčeta, mada se tačan patofiziološki mehanizam ne zna. Ne zna se da li oksitocin prolazi kroz placentu, ili je to posledica hipoksije deteta, zbog jakih kontrakcija, koja možda ledira pojedine

delove mehanizma koji metabolizira bilirubin. (Chalmers, et al, 1975; Beazley, et al, 1979).

PROKIDANJE VODENJAKA — Pored poznatih opasnosti, prokidanjem vodenjaka se glavica, ako je vodeći deo, dovodi u situaciju da trpi jak pritisak prilikom probijanja puta kroz porođajni kanal. Pored neprijatnosti detetu ovo dovodi i do smetnji u cirkulaciji poglavine i mozga.

EHO DIJAGNOSTIKA — Ultra zvuk je relativno nova metoda. Široko se koristi i u akušerstvu mada nije bilo dovoljno vremena da se ispituju njeni eventualni negativni efekti. Koristi se za utvrđivanje i praćenje trudnoće. U studijama na životinjama je utvrđeno da ovo zračenje može uticati na proizvodnju antitela. Prof. dr Tecuja Šimicu (Tetsuya Shimizu), ginekolog, iz Japana, sa saradnicima je došao do zaključka da ultrazvuk ako deluje na fetus može imati teratogene efekte. (Brook, 1979).

LEKOVI U TRUDNOĆI I POROĐAJU — „Valja znati da većina lekova što se upotrebljava u svrhu anestezije, sedacije ili samo analgezije, mora proći hematolikičnu membranu, te je malo vjerovatno da neće proći placentu. ...Većina lijekova prolazi kroz placentnu membranu jednostavnom difuzijom. Valja naglasiti da to nije jednostrani proces, nego ide u oba smjera, a rezultat je uspostavljanje ravnoteže koncentracija sa obiju strana membrane...“

Većina farmaka koje upotrebljavamo u anesteziji je liposolubilna, slabo jonizirana i molekularne težine manje od 600 te prolaze placentnu membranu gotovo neograničeno. Većina autora što su mjerili koncentraciju u fetalnoj i maternalnoj krvi dobili su u fetalnoj krvi koncentracije 60—80% od onih u krvi majke (Beazley et al. 1979)“. Ako uporedimo težinu majke i bebe i setimo se dečjih doza i dejstava svih lekova koji se primenjuju i njihovih

nuzefekata biće nam jasna situacija.

Kritičke primedbe o drugim i šire o navedenim metodama videti u navedenoj literaturi.

Bazirajući se na navedenom kao i na kritičkom prihvatanju iskustava različitih kultura i naroda došlo se do različitih praksi porođanja. Sve te prakse takozvanog **PRIRODNOG POROĐAJA** zasnivaju se na sličnim principima:

—da je „spontani porođaj u zdrave žene događaj koji se karakteriše brojnim procesima koji su toliko složeni i izuzetno usklađeni međusobno da će bilo kakvo mešanje samo umanjiti njihov optimalni odnos... Doktor koji je neprekidno na oprezu da vidi nešto patološko i spreman da odmah interveniše će vrlo često promeniti prave fiziološke aspekte humane reprodukcije u patologiju.“ (Prof. G. L. Kloosterman u Dunn, 1976) Ili drugačije rečeno, poverenje u prirodu i njene, kroz evoluciju nastale, mehanizme i tokove i prepuštanje njima.

—da su porođaj i prvi trenuci života deteta važni zbog procesa utiskivanja i povezivanja koji se tada dešavaju između deteta, majke, oca, porodice i određuju buduće odnose među njima i njihove ličnosti.

—da psihološko doživljavanje deteta, majke, oca, porodice važno, kao i atmosfera i situacija u kojoj se porođaj odvija.

—da je važna psihička i fizička priprema i edukacija majke, oca, porodica.

—da je važno biološko praćenje trudnoće i u vezi sa tim smanjivanje, rizika po život i zdravlje majke i deteta. Da su dostignuća savremenog akušerstva važna i vredna ako im se kroz kritičko sagledavanje i uvažavanje napred navedenih principa da pravo mesto.

Sve prakse insistiraju na pripremi za porođaj—vežbe disanja, fizičke vežbe, Kegelove vežbe za perineum, joga vežbe. U ove vežbe je od po-

četka uključen otac deteta. Mesto porođaja može da bude bolnica ili kuća. Često je za vreme porođaja prisutan otac deteta koji pomaže ženi na različite načine. U nekim praksama on učestvuje u prihvatanju deteta (Bradley metod). Različite prakse imaju različite akcente i shvatanja. Dok neki smatraju da je dovoljno biti budan i prisutan (Lamaze, Dick—Read), drugi smatraju da trudnoća i porođaj mogu ženi da pomognu da razvija i upozna svoju ličnost, (psiho-seksualni pristup Šeile Kitzinger), treći smatraju da je trudnoća i porođaj duhovni doživljaj i da se tako trebaju doživeti (joga porođaj). Svaki od ovih načina ima svoje prednosti i nekome više odgovara, a nekom manje. U različitim praksama porođanja zahteva se različiti stepen angažovanja i odgovornosti, od načina u kojima je lekar u centru do onih u kojima su to žena i muž. Svaki par treba da odabere onakvu vrstu porođaja koja mu tada odgovara. Moguće je da u različitim porođajima isti par izabere različite načine, kako se oni menjaju i njihovo samopouzdanje.

Na kraju treba spomenuti primer Holandije koja je na trećem mestu u svetu po niskim negativnim pokazateljima. Dve trećine porođaja se dešava kod kuće. Žene se kroz savesnu antenatalnu kontrolu razvrstavaju u 2 grupe — velika većina bez rizika se porođa kod svoje kuće od strane babice ili lekara opšte prakse, dok se druga mnogo manja grupa žena sa rizikom porođa u bolnici. Mužu i deci se dopušta da prisustvuju porođaju u bolnici bez mantila i maski. Indukcija, upotreba forcepsa, epiduralne anestezije, lekova, epiziotomija, sectio Ceasarea su vrlo retke. Prof. dr Kloosterman, Šef porodilišta Univerziteta u Amsterdamu navodi da je u grupi od 20 000 porođaja u kome su pomagale samo babice u kući porodilje nijednom nije bilo potrebe za akušerom. Zemlje u kojima se porođanje u potpunosti odvija u bolnici su

Švedska (na 2. mestu po navedenim pokazateljima), V. Britanija (na 8), USA (na 14.), što ukazuje da porođanje u bolnici nije garancija sigurnosti. Ekonomska razlika između porođanja kući i u bolnici nije zanemarljiva.

Smatramo da se ove kritike, rezultati istraživanja i iskustva iz drugačijih praksi porođanja trebaju kritički razmotriti jer imaju svoju vrednost. Naravno, sva ta iskustva treba odmeravati u odnosu na konkretne uslove u našoj sredini. Po našem mišljenju postoji mogućnost da se različita iskustva primene i kod nas uz određeno prilagođavanje. Bilo bi dobro razmotriti eventualnu primenu različitih metoda porođanja tako da se omogući svakoj trudnici, uz konsultaciju sa akušerom, da izabere onu koja njoj odgovara.

Literatura

1. **Beazley JM, Kurjak A, Križ M** (1979): Aktivno vođenje porođaja. Jugoslovenska medicinska naklada, Zagreb.
2. **Beels C** (1980): The childbirth book. Granada Publishing Ltd. London.
3. **Bing E** (1972): Six practical lessons for an easier childbirth. Bantam Books, New York.
4. **Brook D** (1979): Nature birth. Penguin Books Ltd, Harmondsworth, Middlesex England.
5. **Burchell R** (1964): Predelivery removal of pubic hair. *Obstetrics and Gynecology*, 24 : 272.
6. **Dunn PM** (1976): Obstetric delivery today. For better or for worse? *Lancet*, i : 790—3.
7. **Feldman S** (1978): Choices in childbirth. Grosset & Dunlap, New York.
8. **HOME (Home Oriented Maternity Experience)** (1979): A comprehensive guide to home birth. 511 New York Ave, Takoma Park, Washington, DC 20012.
9. **Kitzinger S** (1982): Trudnoća i porod. Mladost, Zagreb.
10. **Klaus M, Kennel J** (1976): Maternal-infant bonding. CV Mosby Co, St. Louis.
11. **Kostović I** (1979): Razvitak i građa moždane kore. Jugoslovenska medicinska naklada, Zagreb.
12. **La Leche League** (1972): On nursing the newborn. How soon? Information sheet No. 20.
13. **Leboyer F** (1975): Birth without violence. Alfred Knopf, New York.

PROSTAGLANDINI — FARMAKOTERAPIJSKE MOGUĆNOSTI

Ivica Savić

Kada su teškoće metodološke prirode dovele do prekida istraživanja započetih tridesetih godina od strane Kurzrocka, Lieba, Goldblata i von Eulera teško da je iko mogao pretpostaviti obim i značaj naučnih informacija dobijenih u okviru problematike prostaglandina (dalje PG) zadnjih dvadeset godina. Ovo je razumljivo budući da se o aktivnim supstancama prisutnim u semenoj tečnosti, koje su bile odgovorne za ritmičke kontrakcije izolovanog uterusa, znalo samo to da su slične masnim kiselinama. Međutim, kada je grupa švedskih istraživača (Bergström, Sjövall, Samuelson i dr.) početkom šezdesetih godina izolovala, pročistila i identifikovala neka *jedinjenja iz ove grupe, interes za PG* počeo je progresivno da raste. Rezultat toga je i izdvajanje pojedinih predstavnika kao potencijalnih farmakoterapeutika o čemu će biti reči u ovom prikazu.

PG su ciklopentanske masne kiseline sa dvadeset ugljenikovih atoma (derivati prostanoične kiseline). Dele se u grupe i podgrupe na osnovu funkcionalnosti ciklopentanskog pretena i broja dvostrukih veza (revijski prikazi: Davila i Davila, 1975; Davila, 1980).

Odeljenje za eksperimentalnu medicinu
Sektora za primenjena istraživanja i razvoj,
„Zdravlje“ Leskovac

Prekursor za njihovo nastajanje je arahidonska kiselina koja se oslobađa iz fosfolipida ćelijske membrane dejstvom fosfolipaze A. Prostaglandin-sintetaza transformiše arahidonsku kiselinu u nestabilne ciklične endoperoxide iz kojih nastaju stabilni PGE₂ i PGF₂ alfa. Posebni enzimi pretvaraju ciklične endoperoxide u PGI₂ (dalje prostaciklin) i TXA₂ (dalje tromboksan). Kojim će se metaboličkim putem transformisati arahidonska kiselina zavisi od tkiva u kome se ovi procesi odigravaju (kraći revijski prikazi biosinteze PG: Oliw, 1979; Nowak, 1979). Efekti ovako nastalih prostaglandina odigravaju se, uglavnom, posredstvom sistema cikličnog AMP-a, a to hoće li povećavati ili smanjivati njegovu količinu zavisi kako od vrsta PG tako i od tipa ćelija na koje deluje.

Kliničkim ispitivanjima potvrđena je efikasnost i sigurnost PG u indukciji porođaja u terminu (revijski prikaz Zurier, 1980). Tom prilikom aplikacija je obavljena intraamnijski, mada je i intravaginalni put efikasan. Intraamnijska primena preporučena je kod prekida trudnoće u srednjem trimestru, dok se za prvi trimestar preporučuje upotreba vaginaleta. U našoj zemlji registrovan je za indukciju porođaja u slučajevima kada ne postoji kontraindikacija od strane

majke ili fetusa PGE₂ pod komercijalnim nazivom Prostin E-2 (Upjohn). Za prekid trudnoće krajem drugog trimestra registrovan je 15-metil PGF₂ alfa istog proizvođača pod komercijalnim nazivom Prostin 15M. Šta više, postoje istraživanja tokom kojih je ženama kojima je ciklus kasnio jednu do tri nedelje, a sumnjalo se u graviditet, davana jedna vaginaleta sa tri miligrama pomenutog PG. U svim ispitivanim slučajevima došlo je do menstrualnog krvavljenja, a kontrakcije nisu bile bolnije nego što je to uobičajeno, mada je kod jedne trećine ispitanica bila neophodna primena meperidina. Istraživači (Kino-shita et al., 1979). preporučuju da se preparat uzme tek kada ciklus zakasni jednu do dve nedelje, budući da tretman pod ovim uslovima ne zahteva povećanje doze. Bez obzira na preliminarni karakter pomenutih istraživanja, sasvim je sigurno da su PG veliki korak napred i u ovoj oblasti.

U novije vreme pridaje se veliki značaj lipidnoj peroksidaciji kao patofiziološkom mehanizmu. (revijski prikaz Dormandy, 1978). Smatra se da lipidni peroksidi, kao što je hidroperoksi-arahidonska kiselina, i njihovi prekursori inhibiraju sintezu prostaciklina u arterijama delujući na prostaglandin-sintetazu. U eksperimentalnim uslovima (Gryglewsky 1978) pokazano je da je prva faza u nastajanju ateroskleroze sniženje proizvodnje prostaciklina u arterijama čime se zid arterija lišava svog najjačeg antiagregatornog faktora. Istovremeno, povećava se agregabilnost trombocita zbog smanjenja cikličnog AMP-a u njima, uzrokovanog pomenutim smanjenjem prostaciklina (prostaciklin je do sada najjači poznati stimulator adenilne ciklaze). U sledećoj fazi u trombocitima se povećava sinteza tromboksana koji, delujući proagregatorno i to u uslovima kada je endotel arterija lišen antiagregatornog efekta prostaciklina, dovodi do

nakupljanja trombocita na površini endotela. Iz trombocita se oslobađaju lizozomni enzimi i druge toksične materije oštećujući endotel i stimulirajući proliferaciju fibroblasta, što vodi nastajanju ateromatoznih ploča. U kontekstu svega pomenutog od izuzetnog su značaja kako antiagregacijski lekovi tako i sam prostaciklin (revijski prikaz Varagić i Žugić, 1981).

Preliminarna klinička istraživanja pokazala su da infuzija prostaciklina kod bolesnika sa obliterirajućom arteriosklerozom otklanja bol i ubrzava zaraščivanje ulceracija (Szceklík et al., 1979). Ovo je razumljivo ako se uzme u obzir i vazodilatatorni efekat prostaciklina pored pomenutog antiagregatornog. Slično je i sa PGE₁ koji je, aplikovan intraarterijalno kod grupe bolesnika čija je prognoza bila amputacija, smanjio svima bol, i kod većine doveo do toga da se izbegne hirurški zahvat (Carlson, Eriksson, 1973). Ovo daje nadu u pozitivan ishod sličnih istraživanja i kada je u pitanju koronarna bolest budući da su njeni patofiziološki mehanizmi takođe vezani za poremećaje u metabolizmu PG (revijski prikaz Mehta i Mehta, 1981).

Pored pomenutih oblasti PG se ispituju kao farmakoterapeutici kod astme, hipertenzije, ulkusne bolesti, neonatalnih srčanih oboljenja i dr. Novija istraživanja etiologije nekih bolesti centralnog nervnog sistema — postoje mišljenja da je, na primer, jedan od uzroka shizofrenije defekt metabolizma PG (revijski prikazi Horrobin, 1977; Ragheb, Ban, 1982.) obećavaju slične terapijske pokušaje i u ovoj oblasti, što sve skupa PG čini u farmakoterapijskom smislu izuzetno značajnim i perspektivnim.

Literatura

1. Carlson L. A., Erikson I. (1973): Femoral-artery infusion of PGE₁ in severe peripheral vascular disease. *Lancet*, 1, 155.
2. Davila T. i Davila D. (1975): Prostaglandini kao moguća terapijska sredstva. *Pharmaca*, 13, 19.

3. **Davila T.** (1980): Značenje odnosa strukture i djelovanja prostaglandina za njihovu terapijsku primenu. *Pharmaca*, 18, 31.
4. **Dormandy T. L.** (1978): Free-radical oxidation and antioxidants. *Lancet*, 1, 647.
5. **Gryglewsky R. J.** (1978): Prostacyclin and thromboxan A₂ biosynthesis capacities of heart, arteries and platelets at various stages of experimental atherosclerosis in rabbits. *Atherosclerosis*, 31, 385.
6. **Horrobin D. F.** (1977): Schizophrenia as a prostaglandin deficiency disease. *Lancet*, 1, 936.
7. **Kinoshita K. et al** (1979): Treatment with a single vaginal suppository containing 15 methyl PGF₂ alfa methyl ester at expected time of menstruation. *Prostaglandins*, 17, 469.
8. **Mehta J, Mehta P.** (1981): Role of blood platelets and prostaglandins in coronary artery disease. 48, 366.
9. **Nowak J.** (1979): Prostaglandins in the cardiovascular system in man. *Acta Physiologica Scandinavica*, Supplementum 467.
10. **Oliw E.** (1979): Prostaglandins and kidney function. *Acta Physiologica Scandinavica*, Supplementum 461.
11. **Ragheb M, Ban T. A.** (1982): Prostaglandin and schizophrenia: a review. *Prog. Neuro-Psychopharmacol. Biol. Psychiat.* 6,87.
12. **Szczeklik A. et al** (1979): Successful therapy of advanced arteriosclerosis obliterans with prostacyclin. *Lancet*, 1, 1111.
13. **Varagić V. M. i Žugić M.** (1981): Značaj prostaglandina u agregaciji trombocita i nastajanju ateroskleroze — antiagregacijski lekovi. U: Grupa autora: Koronarna bolest. Institut „Niška banja“, Niš.
14. **Zurier R. B.** (1980): Prostaglandins — their potential in clinical medicine. *Prostaglandins*, 68, 3, 70.

PROMENE U HROMOZOMIMA ČOVEKA I NJIHOVE POSLEDICE

Veljko Pavlović,

Broj hromozoma čoveka utvrdili su Švedani Tjio i Levan (1956). U telesnim ćelijama je dvostruki-diploidan broj hromozoma $2n = 46$, a ne $2n = 48$, kako se do 1956. godine smatralo. Svaka telesna-somatska ćelija čoveka sadrži 23 para hromozoma, od kojih su 22 para slični po obliku i veličini i nazivaju se homologo-autozomi, a dva hromozoma nisu homologa. To su polni hromozomi-gonozomi, od kojih je ženski polni hromozom X, a muški Y. U ženskom polu se XX, a u muškom XY polni hromozomi. Osobe ženskog pola sadrže u svojim ćelijama 22 para autozoma i par polnih hromozoma ($2n = 22AA + XX$), a muške osobe imaju isti broj autozoma, ali sadrže različite polne hromozome X i Y ($2n = 22AA + XY$). Svaka organske vrste ima specifičan i stalan broj hromozoma. Skup svih hromozoma u ćeliji označava se kao hromozomska garnitura ili hromozomski set. Kod organizama sa polnim (biparentalnim) razmnožavanjem gde spada i čovek razlikuju se dva tipa hromozomskih garnitura, haploidna n u polnim ćelijama-gametima i diploidna $2n$ u telesnim ćelijama. U ga-

metima čoveka je haploidan-jednostruk broj hromozoma $n = 23$, a u telesnim ćelijama je diploidan-dvostruki broj hromozoma $2n = 46$.

Najpogodnije ćelije čoveka za posmatranje hromozoma (kariotipa) su ćelije koštane srži, ćelije unutrašnjeg sloja kože i ćelija krvi (leukociti). Sve ove ćelije se nalaze u stanju aktivne deobe i mogu se gajiti u kulturi ćelija. Leukociti su najdostupniji za ova istraživanja. Van koštane srži se obično ne dele. Pod dejstvom određenih biljnih sastojaka koji se mogu dobiti iz biljaka porodice mahunarski (fam. Fabaceae-boba), leukociti počinju da se dele u kulturi ćelija. Kada se doda ovim ćelijama 0,2% rastvora biljnog alkaloida kolhicina koji se može dobiti iz biljne vrste koja je poznata u narodu kao mrazovac (*Colchicum autumnale*-fam. Liliaceae—lilijana), zaustavlja se ćelijska deoba na stupnju metafaze. Tada su hromozomi na sredini deobnog vretena u parovima po dva i jasno se vide. Zatim se ćelije potapaju u vodeni rastvor natrijumcitata koji je niže koncentracije (hipotoničan), nego što je koncentracija unutar ćelija-leukocita. Zbog razlike u osmotskom pritisku između rastvora i leukocita voda ulazi u ćelije, jedro bubri i parni hromozomi se odvajaju jedan od drugog. Na kraju su ćelije ubijene, stavljaju se na staklenu plo-

čicu i na određeni način boje. Hromozomi se jasno oboje. Preparate posmatramo mikroskopom. Ako dobro poznajemo morfologiju hromozoma i karakteristike normalnog kariotipa, možemo lako uočiti sva odstupanja u strukturi i broju hromozoma, koja su posledica neželjenih efekata (anomalija i deformiteta) organizma čije smo ćelije posmatrali.

Hromozomi čoveka se klasificiraju u sedam grupa (A, B, C, D, E, F, i G). na osnovu njihove veličine, položaja centromere i relativne dužine krakova. Ova podela je usvojena u Denveru 1960. godine.

Sekundarna suženja (konstrikcije) mogu da pomognu da se sigurnije identifikuju pojedini hromozomi. Sekundarna suženja učestvuju u stvaranju jedarceta koje ima određenu ulogu u vezi sa „mesendžer“ RNK koja prenosi informaciju šifrovanu od strane DNK hromozoma na mesto sinteze proteina u ribozomima citoplazme. Hromozomi koji sadrže ova suženja zovu se nuklearni. Ovog puta prostor i vreme ne dozvoljavaju da se upoznamo sa organizacijom i hemijskom građom hromozoma.

Pored morfometrijskih metoda za razlikovanje pojedinih grupa i parova hromozoma, primenjuje se i autoradiografija. Ova metoda se bazira na selektivnoj integraciji specifičnih radioaktivnih molekula u strukturi molekula hromozoma. Primenjuje se radioaktivni timidin u kome je jedan vodonikov atom radioaktivan (tricijum). Pošto ćelije prilikom sinteze svoje DNK uzimaju egzogeno timidin, pa time i radioaktivni, novosintetisana DNK biće na taj način obeležena radioaktivnim timidinom.

S obzirom da se pojedini hromozomski parovi čoveka međusobom razlikuju u vremenu replikacije, to se ovaj fenomen može upotrebiti za identifikaciju pojedinih parova, pošto će u istoj metafaznoj ploči primenom radioaktivnog timidina pojedini parovi

biti obeleženi, a drugi ne. Tako možemo razlikovati rane i kasne replikatore, a posebno se može razlikovati jedan X hromozom u ženskom kariotipu, pošto je jedanod dva X (2X) najkasniji replikator, uzevši u obzir sve hromozome kariotipa.

Zahvaljujući savremenim laboratorijskim citološkim istraživanjima omogućeno je da se otkriju abnormalnosti hromozoma čoveka — hromozomske aberacije koje su uzročnici različitih anomalija i naslednih obolenja. Ove abnormalnosti mogu biti u broju hromozoma, autozoma ili polnih hromozoma i u njihovoj strukturi koja može biti vidljiva ili nevidljiva.

Najpre ćemo se upoznati sa promenama u hromozomima autozomima. Langdon Daun je 1866. god. opisao bolest koja se zove mongoloidna idiotija, a koja je prema njemu nazvana Daunov sindrom. Naziv mongoloidna idiotija je dat zbog toga, što osobe kod kojih se ova bolest ispoljava imaju izgled mongolski (izgled lica i očiju podseća na Mongolce). Francuski humani genetičar Žerom Lejeune (1959) ustanovio je tri hromozoma na 21 paru kod ovakvih osoba, pa je ukupan broj njihovih hromozoma 47. Ova pojava se naziva trisomija. Osobe obolele od ove bolesti su mentalno zaostale i imaju niz razvojnih poremećaja (manjeg su rasta, manje veličine mozga, jedva nauče da se sami hrane i oblače, a najveći broj njih žive nešto više od 10—15 godina). Učestalost mongoloidne dece je znatno veća kod starijih majki. Svaka žena koja postane gravidna posle 40 godina ima statističku mogućnost oko 1% da rodi ovakvo dete. Starost utiče na pravilnost odigravanja oogeneze, naročito na stupnjevima kasnijim od diplo-tena I mejotične deobe. Prekobrojni hromozom iz grupe G 21 para najčešće potiče iz mejotičnog nerazdvajanja u gametogenezi jednog od roditelja. Može da se desi da jedan deo telesnih ćelija ima $2n = 46$ hromo-

zoma (normalni kariotip), a drugi deo ćelija sa 47 hromozoma. Ovakva pojava je označena kao mozaicizam i nastaje u embriogenezi. I u slučaju mozaicizma se fenotipski ispoljava ova bolest.

Polani i saradnici (1960) otkrili su da Daunov sindrom koji može nastati ne samo uvećanjem broja hromozoma, već i kao rezultat translokacije (razmene delova hromozoma) između D i G, ili između 21 i 22 hromozoma. Može da se desi da prekobrojni hromozom na 21 paru translocira tj. da se premesti na neki drugi hromozom iz druge grupe. U ovom slučaju je prividan broj od 46 hromozoma. Ovo je Daunov sindrom od 46 hromozoma, pa su Polani i saradnici ovu pojavu nazvali skrivena trisomija G.

Ako jedna osoba u svom kariotipu ima translokaciju 14 (D grupa) i hromozoma 21 (G grupa), onda je sav genetički materijal iz oba hromozoma prisutan u translociranom hromozomu koji će genetički zameniti hromozome 14 i 21. Za takvu osobu se kaže da je nosilac balansirane translokacije ili balansirani heterozigot. Osoba je fenotipski normalna, iako u svom kariotipu ima 45 hromozoma. Svaka 1/4 D/G translokacije ima za rezultat mongoloidne osobe i ova pojava ne zavisi od starosti roditelja. Do slične translokacije dolazi pri međusobnom špajanju dva hromozoma iz grupe G, translokacija G/G. Ova hromozomska aberacija se nasleđuje od fenotipski zdravog roditelja, nosioca balansirane translokacije D/G, odnosno nosioca balansirane translokacije G/G i može biti u većeg broja članova iste porodice.

Nosioci translokacije nemaju obavezno patološki fenotip. Postanak polnih ćelija (gametogeneza) u nosilaca translokacija nosi sa sobom opasnost od produkcije balansiranih i nebalansiranih gameta. Teoretski će jedan nosilac balansirane translokacije D/G (14/21) proizvoditi u redukcionalnoj ćelijskoj deobi (mejozi) četiri

oblika gameta: 1. normalan gamet sa 23 hromozoma; 2. hromozomski balansirani gamet sa 22 hromozoma od kojih je jedan sa translokacijom; 3. nebalansirani gamet sa 23 hromozoma, uključujući i hromozom sa translokacijom i hromozom 21 i 4. nebalansirani gamet, bez hromozoma sa translokacijom i bez hromozoma broj 21.

Nosilac balansirane translokacije 14/21

1313 1421 1515 21 2222

daje sledeća 4 oblika gameta:

četiri oblika gameta

1.		13	14	15	21	22
2.		13	14	15	0	22
3.	21	13	14	15	21	22
5.	21	13	14	15	0	22

normalni gameti

13	14	15	21	22
13	14	15	21	22
13	14	15	21	22
13	14	15	21	22

Prva tri gameta oplodnjem sa normalnim gamtom drugog pola daće: 1. normalni zigot (jedinku); 2. nosioca balansirane translokacije (balansirani heterozigot); trisomiju 21 sa translokacijom (nebalansirani homozigot) i 4. tip je monosomičan i nesposoban za život.

Slučajevi Daunovog sindroma sa translokacijom obuhvataju samo nekoliko procenata od celokupne populacije mongoloida. Najveći deo ovih osoba nosi u kariotipu klasičnu trisomiju G.

Pored Daunovog sindroma—trisomija G(21), otkriveni su i drugi sindromi sa trisomijom drugih hromozoma. Pato i saradnici su otkrili trisomiju jednog od akrocentričnih hromozoma iz grupe D i trisomiju metacentričnog hromozoma iz grupe E(16). Sindrom koji nastaje kao posledica

trisomije pomenutih hromozoma, označen je kao Pato-sindrom. Trisomija D ima za posledicu niz abnormalnosti u fenotipu nosilaca: poremećaj u razvoju mozga, jasno izražena anoftalmija (odsustvo očiju), neoformljeno nepce—rascepljeno nepce, urođeni deformitet gornje usne—zečja usna, majmunske brazde na ruci, srčane mane, polidaktilija (prekobrojni prsti) i dr. Trisomija E je praćena sledećim deformitetima: neobičnim oblikom—izrazom lica, uvrnutim vratom, brahidaktilijom (kratkoprstost), sindaktilijom (sraščavanje nekih prstiju), poremećajem u građi slušnog aparata i usta, poremećajem u građi srca, neonatalnom žuticom i dr. Ova dva sindroma izazivaju ranu smrt novorođenčadi, a česti su skoro kao i Daunov sindrom.

Odstupanje hromozoma od normalne građe naziva se hromozomska aberacija. Najčešći tipovi aberacija hromozoma su parcijalne translokacije i inverzije. Do strukturne aberacije dolazi zbog prekida na hromozomima. Translokacije kod hromozoma predstavljaju razmenu delova hromozoma. Ako je razmena delova između dva hromozoma obostrana, naziva se recipročna translokacija. Duplikacija predstavljaju udvajanje određenih segmenata na hromozomu, a delecije su gubitak segmenata sa nekog hromozoma. Sve recipročne translokacije kod jednog od roditelja često mogu da dovedu do pojave parcijalnih delecija ili duplikacija u kariotipu fenotipa. Sindrom „Cri du chat“ nastaje kao posledica nedostatka jednog dela ili celog kraćeg kraka hromozoma 5. Odojče sa ovakvim sindromom odlikuje se plačem koji podseća na maukanje mačke. Poznat je i De Grišiev sindrom do koga dolazi usled delecije kratkog kraka hromozoma 17—18. Ako se prekid dogodi na dva mesta istog hromozoma s obe strane centomere, krajevi hromozoma se savijaju jedan prema drugom i spoje se.

Tako se stvara forma u obliku prstena, tzv. „ring“ hromozom. Najčešći su slučajevi „ring“ hromozoma u grupi D i E i u oba slučaja sa karakterističnim kliničkim simptomima i mentalnom zaostalošću.

Kod ljudi obolelih od hronične mijeloidne leukemije nađeni su ovakvi hromozomi. Takođe su nađeni i kod osoba koje su bile izložene rentgenskom i gama zračenju. U slučaju hronične mijeloidne leukemije postoji jedan hromozom u kariotipu koji je izmenjen tako, što mu nedostaje jedan deo dužih krakova kod 22 para. Ovakav hromozom karakterističan za ovaj oblik leukemije nazvan je „Fildelfija“. Postoje podaci da su hromozomi i kod drugih tipova kancera patološki izmenjeni. Svi ovi primeri—promene u broju i strukturi hromozoma odnose se na homologe hromozome—autosome.

Takođe se dešavaju i promene u polnim hromozomima, kako u broju, tako i u strukturi. Ranije smo istakli da muškarac u svom kariotipu ima XY polne hromozome, a žena XX. Analizom polnih hromozoma može se tačno utvrditi citogenetska osnova pola kod individua.

Kao i u slučaju autizma, na sličan način dolazi i do trisomije polnih hromozoma. Za razliku od autizma, monosomija polnih hromozoma je kompatibilnija sa životom individue.

Ako je u ćelijama muškog pola povećan broj polnih hromozoma za jedan X, onda se ova abnormalnost naziva Klinefelterov sindrom prema autoru koji je otkrio. Abnormalan kariotip ovakve muške osobe bio bi $2n = 22AA + XXY$ ili $44 + XXY$, a ne $2n = 44 + XY$ što predstavlja normalno stanje. Ovakva osoba ima zakržljale testise koji ne stvaraju varijabilne spermatozoide, slabu dlakavost tela i ginekomastiju (razvijenost dojki). Većina ovakvih fenotipova imaju po jedno Barovo telašće, tj. jed-

ra su im hromatin pozitivna. Barovo telašce se nalazi u jedarcetu (nucleolus) ćelija normalnih žena. To je polni hromatin koji se jako boji. Ovo telašce nije pronađeno u ćelijama normalnog muškarca. Prema tome polni hromatin može poslužiti pri utvrđivanju genetske normalnosti pola tj. da li se radi o genetički normalnom muškarcu i genetički normalnoj ženi.

Čest je mozaicizam u ćelijama muškaraca kao na primer: XXY i XX hromozomi, ili je mozaicizam XXY i XY hromozome. Pored ovoga mogu se naći i kariotipovi sa XXYY, XXXY, XXXXY sa 48, 49 i 50 hromozoma. U poslednje vreme se govori i o osobama koje imaju u kariotipu XYY polni kompliment. Muškarci sa ovakvim kariotipom imaju u svojim ćelijama jedan muški polni hromozom više. Ovakav kariotip je često puta nađen u ćelijama osoba sklonih kriminalu, pa je njihovo ponašanje na ovoj osnovi objašnjavano što nije naučno dokazano.

Kod nekih ženskih osoba konstatovan je Tarnerov (Turner, 1938) sindrom koji se ogleda u nedostatku jednog X hromozoma u telesnim ćelijama (XO) i broj hromozoma je 45 (44+XO). Test za polni hromatin je negativan, što je neuobičajeno za ženski pol. Fenotipski su osobe niskog rasta, dojke su zakržljale, materica (uterus) je narazvijena, polne žlezde (gonade) su rudimentisane ili ih nema, čije se razviće zaustavlja na infantilnim stupnjevima. Osoba je sterilna i mentalno zaostala. Kod nekih osoba su ćelije mozaične sa XO ili XX polnim hromozomima (tako da postoji Barovo telašce), ili je mozaicizam sa alternacijom XO i XXX hromozoma koji imaju i po dva Barova telašca. Ovaj sindrom se javlja na svakih 5.000 novorođenih devojčica.

U nekih ženskih osoba je nađen i kariotip sa XXXX i XXXXX hromozoma. Bez obzira na ovakvo uvećanje ženskih polnih hromozoma nisu

potencirana ženska svojstva tj. ne može se govoriti u ovom slučaju o super ženama.

Na osnovu ovoga vidi se da polnost kod ljudi nastaje kao rezultat međudejstva gena smeštenih na X i Y hromozomu.

Smatralo se da je Y hromozom inertan i da se muški determinatori nalaze u autozomima, međutim, otkrićim poligonozomije XXY dokazano je da Y hromozom nosi snažne gene za muške determinacije koji bez obzira na prekomerni X hromozom, indukuju primordijalne gonade u (testise) semenike.

Ženski polni hromozomi X imaju kompleksniju biološku ulogu. Odsustvo jednog X hromozoma utiče da se u toku embrionalnog razvoja ne diferenciraju primordijalne gonade u jajnike (ovarijum).

Zaključak

Svako odstupanje u broju i strukturi hromozoma od normalnog kariotipa ima za posledicu niz patoloških poremećaja u organizmu.

Hromozome čoveka — nosioce naslednih faktora — gena možemo posmatrati mikroskopom na stupnju ćelijske deobe — metafaze, kada su kondenzovani i izdiferencirani na sredini deobnog vretena ćelije u parovima po dva.

Ako dobro poznajemo strukturu i morfologiju hromozoma, kao i karakteristike normalnog kariotipa, možemo uočiti sva odstupanja u strukturi i boju hromozoma koja su posledica neželjenih efekata (anomalija i deformiteta) organizma čije smo ćelije posmatrali na preparatu. Odstupanja od normalnog kariotipa odnose se kako na autozome, tako i na polne hromozome.

Povećanje broja autozoma (trisomija) manifestuje se fenotipski kao Daunov i Pato sindrom sa nizom abnormalnosti u fenotipu nosilaca.

Takođe, može doći do promene u broju polnih hromozoma. Povećanje za jedan ili više X hromozoma u kariotipu muškarca praćeno je Klinefelterovim sindromom, a nedostatak X hromozoma u kariotipu žene ima za posledicu Turnerov sindrom. Prema današnjim saznanjima povećanje broja Y hromozoma u kariotipu muškarca, kao i X hromozoma u kariotipu žene nije praćeno sindromima.

Promene u strukturi hromozoma—hromozomske aberacije (translokacije, inverzije, delecije i duplikacije) dovode do niza poremećaja kao što je „Cri du chat“ sindrom, prstenasti „ring“ hromozom (mijeloidna leukemija).

Literatura

1. Auerbah Š. (1966): Genetika. Atomizdat (na ruskom).
2. Berberović Lj. (1970): Poznavanje i posmatranje hromozoma. Zavod za izdavanje udžbenika, Sarajevo.
3. Borojević Lj. i Borojević K. (1971): Genetika. Kulturni centar, Novi Sad.
4. Crow F. (1967): Beleške iz genetike. Savremena administracija, Beograd.
5. Ebert J. (1970): Osnovi razvojne biologije. Školska knjiga, Zagreb.
6. Glišin V. (1972): Molekularni mehanizmi diferencijacije ćelija—stabilna mRNA. Savremena biologija, 13 : 6 — 7.
7. Ingrem B. (1972): Biosinteza makromolekula. Izdanje „Mir“ Moskva (na ruskom).
8. Ivanova O. (1974): Genetika. Izdanje „Mir“, Moskva (na ruskom).
9. James W. (1977): Molekularna biologija gena. Naučna knjiga, Beograd.
10. King R. (1973): Genetika. Vuk Karadžić, Beograd.
11. Kusick A. (1968): Humana genetika. Medicinska knjiga, Beograd.
12. Krik F., Nirenberg M. i dr. (1964): Struktura i funkcija ćelije. Izdanje „Mir“, Moskva (na ruskom).
13. Levine P. (1971): Genetika. Školska knjiga Zagreb.
14. Marinković D. (1974): Genetika. Naučna knjiga, Beograd.
15. Marković V. (1971): Urođene abnormalnosti hromozoma u čoveka. Savremena biologija, 6 : 15 — 18.
16. Mišić P. (1979): Genetika. Zavod za izdavanje udžbenika SRS, Beograd.
17. Morić—Petrović S. (1975): Hromozomska anomalija čoveka — Daunov sindrom. Zavod za mentalno zdravlje, Beograd.
18. Nedok A. (1971): Polni hromozomi u humano citogenezi. Savremena biologija, 8 : 5 — 9.
19. Petrov D. (1976): Genetika s osnovama selekcije. Viša škola, Moskva (na ruskom).
20. Sinot E. i Dobžanski D. (1970): Osnovi genetike. Vuk Karadžić, Beograd.
21. Spasojević S. (1978): Citogenetika. Naučna knjiga, Beograd.
22. Spasojević S. (1973): Čovek i životna sredina s genetskog aspekta. Savremena biologija, 16 : 15 — 17.
23. Tucović A. (1967): Genetika sa oplemenjivanjem biljaka. Zavod za izdavanje udžbenika, SRS, Beograd.
24. Villee C. i Dethier V. (1975): Biološki procesi i zakoni. Biologija. Izdanje „Mir“, Moskva (na ruskom).
25. Živković S. (1970): Hromozomi — genetička riznica živih bića. Savremena biologija, 5 : 10 — 12.

ODABRANA POGLAVLJA IZ TERAPIJE

Biblioteka Zavoda za zaštitu zdravlja Split

Predgovor

Zahvaljujući naprecima osnovnih i primijenjenih bioloških znanosti raspolažemo sve većim brojem vrlo djelotvornih i diferentnih lijekova. Uz nesumnjivu terapijsku korist ovi lijekovi izazivaju i neizbježne nuspojave, koje pri neznačajkom propisivanju mogu postati neprihvatljivo teške i učestale. Za razliku od ranijih generacija liječnika, koji su između mnogih, većinom inertnih pripravaka trebali izabrati u prvom redu onakve, koje konkretnom bolesniku bar neće škoditi — **primum non nocere** — suvremeni su liječnici daleko više zaokupljeni izborom najprikladnijeg i najefikasnijeg lijeka za pojedinog bolesnika tj. optimaliziranjem terapije. Parafrizirajući spomenutu latinsku kraticu, današnja bi parola moguće mogla glasiti **primum optime curare**. Nakon kritičke procjene naravi i težine osnovne bolesti racionalni terapeut određuje naime najsvrsishodnije liječenje na osnovi odvagivanja vjerojatne terapijske koristi i potencijalne štetnosti raspoloživih lijekova. Radi se znači o prosuđivanju odnosa između opasnosti i

korisnosti liječenja. Ako bi se taj odnos pokušao prikazati u obliku razlomka, u brojnik bi između ostalih ušli **toksičnost** koja je dokazana u kliničkoj praksi ili u laboratoriju, vjerojatnost **nuspojava** ili **interakcija** (posebno važno kod istovremenog propisivanja većeg broja lijekova), mogućnost **abuzusa** kako od strane bolesnika (npr. ovisnost) tako i od strane liječnika (npr. polipragmazija), **cijena liječenja** (na koju se kod nas često ne misli) i neodređena razina **nepoznatih rizika** (tj. vrlo rijetke ili neopisane nuspojave, individualno različite reakcije na lijek). U nazivnik takvog odnosa išli bi **individualna indikacija**, **terapijska djelotvornost** i **društvena vrijednost** (učinak na apsentizam, profilaksa i kolektivna zaštita, razvitak tolerancije ili rezistencije) namjeravanog liječenja. U većini raspoloživih izvora informacija o lijekovima takvi se podaci ne nalaze.

Poseban problem predstavljaju **nuspojave**, koje su u dostupnoj literaturi izložene uglavnom na slabo upotrebljiv način: većinom se radi o monotonim nabravanjima neželjenih djelovanja u rasponu od mučnine i svrbeža do aplastične anemije, anafilaktičkog šoka i iznenadne smrti, što stvara dojam da praktički svaki lijek može izazvati gotovo sve nuspojave. Ne iznosi se naime **gradacija terapijskog rizika** pa

Preštampano sa dopuštenjem Ravnatelja Opće bolnice Split
dr sci. Silvija Čurina

takvi tekstovi promašuju svoju svrhu: jedan dio praktičara će ih jednostavno ignorirati dok će se drugi opet toliko zabrinuti za svog bolesnika da neće propisati indicirani lijek! Kliničaru prema tome valja prikazati što objektivnije statistički odnos vjerojatnosti terapijske koristi i terapijskog rizika.

Važnost racionalizacije potrošnje lijekova i poboljšanja kvalitete farmakoterapije dovela je u Općoj bolnici Split već 1972. godine do osnivanja Komisije za lijekove Savjeta bolnice, prvog tijela takve naravi u našoj zemlji. Uz ostale aktivnosti, Komisija za lijekove pokrenula je 1977. godine objavljivanje objektivnih informacija o tekućim terapijskim problemima u obliku mjesečnog biltena. Do sada je izašlo trideset i pet brojeva Biltena Komisije za lijekove Opće bolnice Split, na čijem je sastavljanju sudjelovao čitav niz zdravstvenih radnika, prvenstveno liječnika, iz Opće i Vojne bolnice u Splitu te iz zagrebačkog Kliničkog bolničkog centra. Posebno je bila plodna suradnja s Komisijom za lijekove KBC-a Zagreb: sadržaji pojedinih biltena su nam bili ne samo tematski, već i sadržajno vrlo slični...

U Splitu,
prosina 1980.

Zvonko Rumbolt

UVODNE TEME

1. POLIPRAGMAZIJA

U bolesnike o kojima znaju malo, za bolesti o kojima znadu još manje, liječnici sipaju lijekove o kojima ne znaju gotovo ništa...

(pripisuje se Voltaireu)

Svjedoci smo eksplozivnog porasta proizvodnje i potrošnje lijekova. Već se 1965. godine svjetska proizvodnja procjenjivala na 13 milijardi US s godišnjom stopom rasta od blizu 10%.

U našoj se zemlji godišnje troši na lijekove preko 2 milijarde dinara, što iznosi oko 1/5 svih izdataka na zdravstvenu zaštitu. Smatra se da svake 4 godine dolazi do podvostručenja potrošnje lijekova na teret fondova zdravstvenog osiguranja, a da finansijsko opterećivanje fondova u tom pravcu godišnje raste za skoro 40%. U općoj ekspanziji tzv. potrošačkog društva, gdje je profit jedina logika proizvođača, farmaceutska industrija zasipa i našu zemlju velikim brojem zaštićenih pripravaka gotovih lijekova i njihovih kombinacija, konfuzne nomenklature i nedovoljno dokazane djelotvornosti, često praćenih agresivnom reklamom. Izgleda da se ovakvo stanje ponekad može nazvati „terapijskom džunglom“.

Pretjerana potrošnja lijekova u sjeni terapijske džungle dovodi neminovno do rastućeg broja nuspojava, koje budu nerijetko vrlo teške, pa i smrtonosne. Smatra se da je oko 10% hospitalizacija u SAD (procjene variraju između 0,5% i 30%) uzrokovano nuspojavama lijekova, što godišnje iznosi do 1,500.00 slučajeva. Treba naglasiti da je dobar dio takvih oštećenja izazvan neracionalnom i nepotrebnom terapijom. Nedavno je na primjer u jednoj skupini digitaliziranih gerijatrijskih bolesnika nađeno da je ovo liječenje u preko 73% slučajeva bilo nepotrebno, dok je kod preko 34% postojala aktualna intoksikacija digitalisom.

Polipragmazija predstavlja nekritičko istodobno propisivanje većeg broja lijekova jednom bolesniku. Istodobnom primjenom većeg broja lijekova opasnosti nuspojava rastu geometrijskom progresijom, kako zbog sumacije parcijalnih toksičnosti pojedinih medikamentata, tako i nastajanjem novih patogenetskih mogućnosti uzajamnim djelovanjem (interakcijama) pojedinih lijekova. Porast učestalosti nuspojava pri polipragmaziji ilustrira tablica sastavljena na osnovi podataka iz više sjevernoameričkih bolnica:

Broj primljenih lijeakova	Postotak bolesnika s nuspojavama
do 5	4,2
6 — 10	7,4
11 — 15	24,2
16 — 20	40,0
21 i više	45,0

(prema E. W. Martinu)

Prema podacima iz Bostona pacijenti tokom hospitalizacije primaju istodobno u prosjeku 8,4 lijeka. Kod skoro 5% ispitivanih ustanovljene su nepoželjne reakcije na lijekove, što je kod 3,6% diktiralo prekid liječenja, dok su fatalne reakcije na lijekove zabilježene u 0,44% bolesnika. Trovanje lijekovima učestvovalo je u totalnom bolničkom mortalitetu sa 3,6%. U Velikoj Britaniji bolnički pacijenti primaju istovremeno između 6 i 11 lijekova, a ponekad i 20 — 30 istodobno. Analognih podataka za našu zemlju nema. Analizirajući međutim potrošnju lijekova u našoj bolnici zabilježeno je prosječno ordiniranje od 5—6 lijekova po bolesniku.

Paralelno uzimanje više lijekova ne treba uvijek biti štetno. Poznat je primjer kombiniranog kemoterapijskog pristupa tuberkulozi a, u posljednje smo vrijeme svjedoci ohrabrujućih rezultata koji se postižu u liječenju akutnih leukoza primjenom više citostatika različitog mehanizma djelovanja. Ovakvih primera ima još, ali je bez obzira na to očito da istodobna primjena većeg broja lijekova znatno povećava rizik jatrogenog oštećenja pa je po mogućnosti treba izbjegavati, odnosno svesti na pravu mjeru. Potencijalne opasnosti nuspojava niču već tokom tvorničke formulacije ili kombinacije lijekova, nerijetke su zatim prilikom nesprenog doziranja ili izbora lošeg puta primjene medikamenta a važnu ulogu igraju i faktori recipijenta lijeka tj. bolesnika (npr.

osnovna bolest, dob, spol, genetski i drugi momenti). Veliki broj nuspojava terapije javlja se u obliku **interakcija lijekova**, koji se mogu javiti na više razina, počevši od apsorpcije i distribucije sve do eliminacije medikamenta. Radi ilustracije spomenimo samo jedan primjer: indukcijom jetrenih enzima fenobarbiton ubrzava inaktivaciju kumarinskih antikoagulanasa, što znači da im za vrijeme uzimanja fenobarbitona treba bitno povišiti dozu radi postizanja istog antikoagulantnog učinka; pri naglom prekidu davanja barbiturata može opet doći do opasnih krvarenja ako se doza kumarina adekvatno ne snizi.

Razlozi polipragmazije i neracionalne terapije, glavnih uzroka sve to češćih bolesti uzrokovanih lijekovima mnogobrojni su i usko povezani s onim faktorima koji uvjetuju pretjeranu potrošnju lijekova uopće. To su u prvom redu nagli napredak medicine i tehnike te brz porast osobnog i društvenog standarda. Važnu ulogu igra zatim stručnost i savjesnost liječnika—propisivača lijekova. To je ona karika u lancu farmakopatologije na koju klinička farmakologija može i treba najefikasnije djelovati. Budući da je kliničko-farmakološka edukacija kod nas još vrlo manjkava, ne začuđuje ni terapijska zbunjenost preopterećenog liječnika zasutog hrpom agresivnih tvorničkih prospekata, koji tu pribjegava liniji manjeg otpora—simptomatskom liječenju i polipragmaziji. Izlaz iz ove situacije leži u poboljšanju terapijske vještine i u povećanju društvenog priznanja stručnosti liječnika. Vještinu liječenja s rastućim brojem sve djelotvornijih ali potencijalno i sve opasnijih lijekova treba permanentno usavršavati od fakultetskih klupa, preko farmakoterapijskih predavanja, kurseva i publicistike, tokom čitavog liječničkog vijeka. Treba naglasiti da se klinička farmakologija ne zalaže toliko za ograničenje potrošnje lijekova koliko za njihovu svrsishodnu primjenu.

Racionalna terapija dovodi međutim neminovno do smanjenja pretjerane potrošnje lijekova, ali ne putem administrativnih ograničenja već posredstvom znanstvenog pristupa vještini liječenja i čuvanja zdravstvenih interesa bolesnika i društva.

Pretjerano i neracionalno propisivanje lijekova postaje sve značajniji problem našeg zdravstva. Da bi se propisivanje donekle racionaliziralo pribjegava se različitim administrativnim mjerama, koje su mahom nepopularne, a na duži rok nedjelotvorne. Ako bi propisivač prije nego se lati pera razmotrio par niže navedenih pitanja, vjerojatno bi manje propisivao, a sigurno bi u tom poslu bio svrsishodniji.

1. Da li je lijek koji nameravam propisati zaista neophodan?
2. U koju skupinu lijekova ide? Koji mu je mehanizam djelovanja?
3. Šta želim postići davanjem lijeka?
4. Kako ću procijeniti djelovanje lijeka?
5. U kojoj dozi i kojim putem namjeravam davati lijek? Kako dugo? Je li to ispravno?
6. Da li bih mogao propisati jedan drugi, jeftiniji i manje toksičan lijek?
7. Da li osnovna bolest utječe na metabolizam, izlučivanje i toksičnost lijeka?
8. Koje nuspojave očekujem? Da li su one prihvatljive?
9. Kakva je vjerojatnost štetnih interakcija s drugim lijekovima?
10. Vjeruje li bolesnik u taj lijek? Hoće li ga uzimati ispravno?

VII GASTROENTEROLOŠKE TEME

1. LIJEČENJE ULKUSNE BOLESTI

Principi liječenja peptičkog vrijeda se mijenjaju kako zahvaljujući boljem poznavanju njegove patofiziologije tako i otkrivanjem novih, specifičnih lijekova. Kako se danas smatra, najvažniji faktor u nastajanju ulkusne

bolesti je povećana peptička aktivnost želučanog soka, na što osim genetske predispozicije i vanjskih podražaja utječu i vaginalni tonus, aktivnost gastrina te regurgitacija žučnih kiselina. Od vanjskih podražaja valja spomenuti sekretogene tvari kao što su kofein, alkohol i nikotin. Od lijekova su naročito nepovoljni pripravci acetilsalicilne kiseline, indometacina i fenilbutazona te kortikosteroidi.

Kod liječenja ulkusne bolesti i srodnih stanja (npr. peptički ezofagitis), danas se koriste niz lijekova:

1. antacidi
2. antikolinergici
3. histaminski H_2 blokatori
4. protektori sluznice
5. sedativi.

Antacidi su slabe lužine ili soli slabih kiselina koje reagiraju sa solnom kiselinom, puferirajući ju. Nezgodno je što se neke od ovako nastalih soli apsorbiraju izazivajući sistemnu alkalozu (naročito natrij-bikarbonat). Cilj antacidnog liječenja je podržavanje želučanog pH iznad 4 (3—5). Normalni pH želuca je između 1 i 2. Potpuna neutralizacija tj. podizanje pH na 7 nije poželjna jer se time inhibira djelovanje pepsina i katepsina, te izaziva reaktivno povećanje kisele sekrecije tzv. „acid rebound“. Važno je imati na umu nekoliko osnovnih postavki o antacidima:

1. antacidi povoljno deluju na ulkusnu bol, ali nema sigurnih dokaza da pospješuju izlječenje vrijeda;
2. ovi lijekovi imaju kratkotrajno djelovanje pa ih treba učestalo davati, što nije lako provesti;
3. prednost pred tabletama imaju tekući pripravci (izuzetak su tablete koje se sišu);
4. fiksne kombinacije s eupepticima, laksativima, trankvilizatorima i slično mahom su neopravdane. U pojedinim slučajevima su korisne kombinacije s lokalnim anestheticima;
5. propisivanje i popularnost određenog antacida mnogo uže korelira

s propagandnim naporima proizvođača nego s objektivnim terapijskim prednostima;

6. budući da se antacidi uzimaju kroz duže vrijeme, vrlo im je važna prijatnost okusa i opća podnošljivost, kao i cijena koja je ponekad neprihvatljivo visoka.

Natrij-bikarbonat je popularni antacid promptnog djelovanja, ponekad je povoljna i blaga distenzija želuca oslobođenim ugljičnim dioksidom pa i eruktacija (sugestivno djelovanje). Zbog apsorpcije bikarbonatnog aniona izaziva sistemnu alkalozu. Osim toga, zbog znatnog sadržaja natrija zna dovesti do hipervolemije, te pogoršati arterijsku hipertenziju ili srčanu dekompenzaciju. Također, pritisak razvijenog ugljičnog dioksida može kod uznapredovalog peptičkog vrijeda izazvati perforaciju. Danas se rijetko upotrebljava u antacidne svrhe.

Kalcij-karbonat djeluje brzo i ne izaziva sistemnu alkalozu, ali može uzrokovati hiperkalcemiju. Često dovodi do konstipacije koja je naročito česta kod **aluminij-hidroksida**. **Magnezijeve soli** (npr. hidroksidi ili trisilikat) djeluju laksativno, zbog čega se nerijetko kombiniraju s pripravcima kalcija ili aluminija.

Aluminij-hidroksid interferira s apsorpcijom fosfata, zbog čega se često daje uremičarima. Međutim, izgleda da ovako izazvana aluminemija ima određenu ulogu u razvitku uremičke polineuropatije. Dobro je naglasiti da soli dvovaljanih i trovaljanih metala (Ca^{***} , Mg^{**} , Al^{***} , Fe^{***}) kojih uvijek ima u antacidnim pripravcima, smanjuju apsorpciju nekih lijekova, posebno tetraciklina, zbog stvaranja netopivih soli, tzv. kelata.

Neutralizacija želučane kiseline je osnova terapije nekomplikiranog peptičkog ulkusa: analogni učinak ima i uklanjanje povećane količine HCl-a sukcijom pomoću želučane sonde. Sukcija udružena s antacidima uz dekompresiju želuca smanjuje želučanu sekreciju na najmanju mjeru. Ovu složenu

terapiju treba primijeniti samo u početku liječenja floridnog krvarećeg ulkusa. Kod piloroduodenalnog vrijeda indicirana je stalna gastrična sukcija sve dok se ne povuče opstruktivni edem.

U terapiji ulkusne bolesti neophodno je učestalo davanje antacida: obično se preporučuju intervali od oko 2 sata između obroka. Antacide treba davati dok vrijed u celosti ne bude zaliječen. Noćna primjena ovih lijekova ovisi o jačini simptoma. Iznenađna noćna bol tokom antacidne terapije ukazuje obično na destrukciju granulacijskog tkiva na ulkusnom krateru. Konačno, kada je vrijed zaliječen, neki savjetuju preventivno davanje antacida radi neutralizacije želučanog pH; odnosno održavanje pH na 3–5.

Tablica I

REGISTRIRANI ANTACIDNI PRIPRAVCI

Gelusil-Lac, Masigel K, 1 tbl. (0,5 g magnezij-aluminij-trisilikat-dihidrata ili skraćeno simaldrata):	0,40 din
*Kompensan 1 tabl (0,34 g aluminij-natrij-dihidroksikarbonata):	0,48 din
*Novalugel 1 tabl. (0,6 g aluminij-hidroksida + magnezij karbonata):	0,55 din
Phospalugel 1 kesica (16 g s 23% aluminij-fosfata):	1,60 din

Fiksne kombinacije

*Gupsan 1 tbl. (smjesa 10 mg fenobarbitona, 0,5 mg diazepama, ekstrakta kalamusa, frangule i antacida):	0,11 din
Muthesa 1 tbl. (5 mg oksetakaina – magnezij-karbonat + aluminij-hidroksid):	0,16 din
Rotex, Ulter N, Bicalon 1 tbl. (smjesa beladone, kalamusa, frangule te Bi, Mg i Na antacida):	0,47 din
*Ulcosan 1 kesica (1,43 g natrij-bikarbonata, 2 g ureje i 0,73 g limunske kiseline):	1,20 din
*Ulter plus 1 tbl. (kombin. 0,5 g antacida i 5 mg klofeksamida):	0,47 din

*Označeni lijekovi nisu uključeni u Registar lijekova Opće bolnice Split.

Antikolinergici su lijekovi koji blokiraju prijenos impulsa na perifernim završecima parasimpatičkih živaca, čime dovode do popuštanja bolnog spazma i do smanjenja sekrecije želučanog soka. Ovi lijekovi u velikim dozama, koje su potrebne za smanjenje sekrecije solne kiseline, izazivaju i neželjene efekte kao što su suhoća ustiju, smetnja vida, retencija urina i porast intraokularnog tlaka. Ako se pacijenti dobro osećaju uz antacide i učestalije hranjenje, ne treba im davati antikolinergike. Kod bolesnika čiji se simptomi ne mogu odstraniti antacidima, ili kod onih koji imaju funkcionalni karakter boli, vjerojatno je indicirano davati i antikolinergike. Ovi lijekovi smanjuju pražnjenje želuca pa su nepoželjni kod želučanog vrieda i kod piloroduodenalne opstrukcije. Taj učinak bi se mogao koristiti kod pacijenata kod kojih je terapijska djelotvornost antacida i učestalog davanja hrane ograničena brzim pražnjenjem želuca. Od antikolinergika najčešće se upotrebljavaju oksifenciklimin (Daricon), izopropamid-jodid (Priamide) i propantelinij (Pro-Banthine). Kod nas postoji čak 29 registriranih pripravaka antikolinergika (većina kojih predstavljaju fiksne kombinacije) što nije opravdano. Za početno i parenteralno liječenje vjerojatno je najbolji atropin dok bi se pri kroničnom peroralnom liječenju određena prednost mogla dati oksifencikliminu (Daricon) zbog povoljne farmakokinetike. Fiksne kombinacije ovih lijekova s aminofenazonom i srodnim pirazolonskim derivatima mahom su nepoželjne (polipragmazija, opasnost agranulocitoze).

U ovu bi se skupinu mogao ubrojiti i derivat prokainamida, **metoklopramid** (Reglan, 1 amp. à 10 mg = 1,12 din 1 tbl. à 10 mg = 1,15 din; sirup à 120 ml (5 mg/ml) = 19,20 din) koji međutim ubrzava pražnjenje želuca, a relaksira pilorus i duodenum. Djeluje na razini izvršnog tkiva, donekle slično vagusu (vagotomija međutim ne prevenira učinke metoklopramida). Dobar je

antiemetik. Zbog centralnog antidopaminergičkog djelovanja često uzrokuje galaktoreju (slično sulpiridu) i ekstrapiramidne simptome. Slične učinke pokazuju i fenotijaznski neuroleptici, antiemetici i antivertiginozi, s kojima ga stoga ne valja kombinirati.

Histaminski H₂ inhibitori: vidi sledeće poglavlje.

Protektori gastroduodenalne sluznice. Pod ovim se nazivom koristi čitav niz pripravaka nedovoljno dokazane djelotvornosti. Kod nas se još propisuju gefarnat (Gefarnil 1 kaps. à 50 mg = 1,70 din) i metilmetionin sulfonij (vitamin U 1 tbl. à 50 mg = 1,00 din). Kod vertikalnog je vrieda izgleda djelotvoran karbenoksolon (Biogastone — nije registriran u našoj zemlji). Zbog aldosteronskog učinka ovaj lijek ima čitav niz nuspojava (retencija soli i vode s edemima; hipertenzija, srčana dekompenzacija, hipokalijemija, metabolička alkalozia). Treba usto naglasiti da karbenoksolon nema dokazanog učinka na duodenalni vried.

Spomenimo da **dijetalna** ishrana zauzima neopravdano visoko mjesto u liječenju ulkusne bolesti. Izgleda da nije toliko važan sastav hrane koliko učestalost uzimanja obroka. Nema statistički značajne razlike u ozdravljenju pacijenata koji su bili na striktnoj dijeti prema onima koji se „dijete“ nisu pridržavali. Ipak bi trebalo izbjegavati jake začine i kloniti se pušenja, kave i alkoholnih pića. Mlijeko ulazi u terapijski program kao pomoćno sredstvo ali nikako kao nosilac terapije. Štaviše, mnogi pacijenti sa smanjenom aktivnosti laktaze ne podnose mlijeko. Velike količine mlijeka i njegovih derivata uz obilno davanje antacida, posebno soli kalcija i onih koji uzrokuju sistemnu alkalozu nose u sebi opasnost tzv. milk-alkali sindroma s nefrokalcinozom (Burnettov sindrom), hiperkalcemijom i bubrežnom insuficijencijom. Dakle: što češće uzimanje hrane u manjim količinama važnije je od samog sastava hrane!

Sedativi se danas upotrebljavaju tek kao pomoćna sredstva kod pacijenata koji su nemirni i nervozni. Najčešće se koriste benzodiazepini (npr. diazepam).

Tablica II

REGISTRIRANI ANTIKOLINERGICI

NEUROTROPNI

- Atropini sulfas 1 amp. (0,5 mg): 0,43 din; (1 mg): 0,44 din
- *Belladin, Bellaspasmin 1 tbl. (0,25 mg alkaloida beladone): 0,09 din
- Buscol, Buscopan 1 drag. (10 mg skopolamin-butilbromida): 0,48 din
- Daricon 1 tbl. (10 mg oksifenciklamin): 1,10 din
- *Helkamon 1 tbl. (5 mg oksifenonija): 0,09 din
- *Priamide 1 draž. (5 mg izopropamidjodida): 1,00 din
- *Pro-Banthine 1 tbl. (15 mg propan-telinij-bromida): 0,58 din
- Fiksne kombinacije**
- *Bellafen, Bellalumel 1 tbl., 1 draž. (0,25 mg beladone + 50 mg fenobarbitona): 0,12 din
- *Buscopan composit. 1 draž. (Buscopan + 250 mg metamizola): 0,66 din
- 1 amp. (20 mg + 2,5 g): 4,70 din
- *Helkamat 1 tbl. Helkamon + 300 mg meprobamata): 0,17 din
- *Librax 1 draž. (2,5 mg klidinijske soli + 5 mg

- klordiazepoksida): 0,47 din
- *Palerol 1 amp. (tropenzilin + piperilon + metamizol): 4,75 din
- *Piptal kapi 1 bočica à 15 ml (4 mg pipenzolata + 6 mg fenobarbitona/ml): 12,30 din

MUSKULOTROPNI

- *Avacan 1 draž. (50 mg kamilofina): 0,31 din
- Mendiaxon 1 draž. (200 mg himekromona): 3,00 din
- *No-Spa 1 tbl. (40 mg drotaverina): 0,18 din
- Papaverini hydrochloridum 1 amp. (40 mg/ml): 0,38 din

Fiksne kombinacije

- *Avafortan 1 draž. (60 mg kamilofina + 210 mg metamizola): 0,46 din
- Baralgin 1 tbl.: 0,47 din
- *Dolo-Adamon 1 draž.: 1,00 din
- *Dolo-Baralgin 1 draž.: 1,10 din
- *Novospasmin 1 tbl.: 0,14 din
- *Papamidin 1 sup.: 0,35 din
- Papaverin-Atropin 1 amp. (40 mg + 1 mg/ml): 0,48 din
- Spasmex compositum 1 tbl.: 0,90 din
- * Spasmo-Cibalgin compositum 1 draž.: 0,95 din
- *Tranquo-Adamon 1 draž.: 1,00 din

Avafortan, Baralgin, Buscopan-compositum, Dolo-Adamon, Dolo-Baralgin, Papamidin, Palerol i Spasmex compositum koji sadrže aminofenazon ili metamizol (noraminofenazon) mogu izazvati agranulocitozu! Pripravci označeni * nisu uvršteni u Registar lijekova Opće bolnice Split.

Nove knjige

Velizar Đurić: PRAKTIČNA PEDIJARIJA

Institut za dokumentaciju zaštite na radu
„Edvard Kardelj“, Niš, 1983, 133 strane, 28
slika, cena 470,00 dinara.

U poslednje dve godine jugoslovenska literatura iz oblasti pedijatrije obogaćena je mnogim značajnim udžbenicima i monografijama.

Nedavno je izašla iz štampe Praktična pedijatrija čiji je autor dr Velizar Đurić, profesor Medicinskog fakulteta u Nišu. U predgovoru ovom udžbeniku autor, između ostalog, piše: „Pri izboru materije za Praktičnu pedijatriju imao sam u vidu pre svega, učestalost i praktičnu stranu. Namera je bila da se na jednostavan i sažet način izlože određena poglavlja i učine dostupnim studentima, lekarima na specijalizaciji i lekarima opšte medicine. Specijalistima mogu da posluže kao potsetnik“.

Iako se davno osećala potreba za ovakvom knjigom, sličnih edicija u našoj zemlji do sada nije bilo. Stoga se autoru mora odati priznanje što je popunio jednu veliku prazninu u pedijatrijskoj literaturi.

U udžbeniku je napravljen dobar izbor najčešćih problema iz praktične pedijatrije i sve to je obrađeno na savremen i pristupačan način.

Knjiga je podeljena u nekoliko poglavlja, sve s ciljem da onima kojima je namenjena omogući brzu i adekvatnu informaciju i uputstva za dijagnozu i lečenje. Koncipirana je tako da snalaženje u njoj bude brže, a da

pri tome ne ostavlja mogućnost za dileme, ili da zahteva naknadna tražanja.

Prva dva poglavlja posvećena su anamnezi i fizikalnom pregledu i ona treba da posluže lekaru kao putokaz u dijagnostičkom postupku.

U naredna dva poglavlja obrađena je nega i ishrana novorođenčeta i odojčeta što je od posebnog praktičnog značaja. To se naročito odnosi na tabelarni pregled prirodne, veštačke i mešovite ishrane odojčadi.

U V i VI poglavlju govori se o učestalim bolesnim stanjima, kao i o urgentnim stanjima u pedijatriji. Ova poglavlja su napisana na veoma dostupačan način, a u skladu sa savremenim shvatanjima u pedijatriji, i biće od velike koristi lekarima koji se u svakodnevnoj praksi bave zdravstvenom zaštitom dece. U ovim poglavljima mogu se naći podaci kojih nema ni u mnogo većim udžbenicima.

Autorove napore, da na praktičan način piše o najaktuelnijim problemima u pedijatriji, krunišu dva poslednja poglavlja posvećena farmakoterapiji i laboratorijskim analizama.

Dobro sastavljen Index doprinosi boljem i bržem snalaženju pri korišćenju knjige.

Pregled literature koji ima 78 bibliografskih jedinica korisno će poslužiti onima koji žele da steknu šira znanja iz pedijatrije.

Knjiga je pisana jasnim stilom, bazirana na velikom iskustvu i zato predstavlja značajan doprinos pedijatrijskoj literaturi i dragocen vodič kako lekaru praktičaru, tako i studentu.

Prim. dr Vitomir Rangelov

Roj Šepard: RIZICI PASIVNOG PUŠENJA

(Roy J. Shephard, University of Toronto, Canada)

The Risks of Passive Smoking, London: Croom Helm. 1982, pp. 195, £ 12, 95)

Izdavanje ove knjige u vremenu povećanog interesovanja za moguće efekte pasivnog pušenja na zdravlje je dobrodošlo. Već izvesno vreme postoji potreba da se evidencija o širim aspektima pasivnog pušenja sakupi i kritički proceni. Profesor Šepard holistički pristupa ovoj temi i u svom izveštaju ne zadržava se na rizicima po zdravlje, već, na primer, navodi istraživanja stavova prema pasivnom izlaganju duvanskom dimu i razmatranja o različitim rešenjima za smanjenje ovog izlaganja. Čitalac se prvo obaveštava o tehničkim podacima u vezi duvanskog dima — tu su uključena obaveštenja o sastojcima duvanskog dima i metodama za njihovo merenje. Skreće se pažnja na iznenađujuće veliki broj štetnih hemijskih i bioloških supstanci u duvanskom dimu. Prezentuje nam tabelu sa listom koncentracija različitih noksi u „sporednoj struji dima“ (kojoj je nepušač izložen) i u „glavnoj struji dima“ (koju pušač uvlači) — utvrđeno je da je koncentracija mnogih noksi u sporednoj struji dima veća. Pokazujući ovako da je štetnost dima u sporednoj struji značajna, on dalje navodi podatke o koncentracijama dima cigareta u zatvorenim prostorijama i o efektima ovog izlaganja na funkcije organizma i zdravlje. Posebno poglavlje je posvećeno pasivnom pušenju u odnosu na fetus. Mada ovo nije velika knjiga citirano je preko 600 referenci. Neizbežno je da u pokušaju da se obradi ovako široka tema nekim problemima ne obrati onolika pažnja koju zaslužuju. Osnovni problem u vezi pasivnog

pušenja je da li postoje neki efekti na zdravlje i, ako postoje, koliko su značajni. Epidemiološki podaci, koji predstavljaju osnovu za ovakvo procenjivanje, bi trebalo da privuku više pažnje. U poglavlju o pasivnom pušenju u odnosu na fetus postoji značajan propust — izostavljeni su rezultati jedinog kontrolisanog istraživanja u kome je upotrebljena metoda slučajnog izbora, od Dž. V. Donovan (J. W. Donovan), o efektima prestajanja pušenja u trudnoći. Uprkos ovih rezervi ova knjiga predstavlja značajan izvor podataka u vezi objavljenih istraživanja u ovoj oblasti.

Od kako je ova knjiga objavljena publikovana su nova epidemiološka istraživanja, neka prilično kontraverzna. Možemo li se nadati da bi se Šepard mogao ubediti da napiše izdanje ove knjige kada očekivano nakupljanje novih istraživanja to opravda?

(Lancet 1982, II:906) J.R.T.Colley

uz temu broja

IZ ČASOPISA

NOVE DIMENZIJE U AKUŠERSKOM PREISPITIVANJU

Editorial, New dimensions in obstetric audit.
Lancet, II : 857-8, 1982.

„Fleksibilan stav medicinskog osoblja lekara i babica, u odnosu na negu pre i tokom porođaja spremnost da se prihvati mogućnost alternativnih pristupa, povezanih sa novim idejama, su od suštinskog značaja za održanje poverenja trudnica“.

Pre desetak godina izvor gornjeg citata bi verovatno bila organizacija kao što je Udruženje za poboljšanje zdravstvene zaštite majke ili Nacionalni savez za porođaj. Ova rečenica ipak dolazi iz izveštaja radne grupe Kraljevskog udruženja akušera i ginekologa. Radna grupa Udruženja o antenatalnoj i intrapartalnoj nezi bila je duboko svesna javne rasprave o zdravstvenoj zaštiti majke u kojoj je praksa specijalističkih odeljenja jako napadnuta.

Osam akušera i dva pedijatra koji su sačinjavali radnu grupu su prihvatili mnoge kritike u vezi zaštite majke u Britaniji i izjavili su da želje trudnice treba da budu prihvaćene do one granice dok nije ugrožena njihova sigurnost. Fleksibilnost treba da bude udružena sa praćenjem. Oni ukazuju na loš smeštaj i vremensku organizaciju antenatalnih dispanzera, na njihovom karakterističnu kolotečinu, nedostatak privatnosti i neadekvatan sistem zakazivanja i pregleda. Potrebno je da

se obezbedi smeštaj za decu majki koje dolaze na antenatalne kontrole, trudnice bi trebalo uvek pitati o njihovim socijalnim i domaćim uslovima i da im se pruži prilika da bez žurbe razgovaraju sa lekarom i babicom pri svakoj poseti. Uzimajući u obzir teškoće koje neke žene imaju dok su u dispanzeru, radna grupa je preporučila da se smanji broj kontrola za žene sa niskim rizikom.

Iako se u izveštaju nedvosmisleno stoji na stanovištu da svi porođaji treba da se odvijaju u bolnici, takođe se smatra da se moraju dobro organizovati uslovi za one žene koje žele da se porode kod kuće. U bolnici bi trebalo da broj babica bude adekvatan, tako da se obezbedi da uz svaku majku bude prisutna babica, fizički. kroz ceo njen porođaj — tendencija koja bi od porodiljskih odseka načinila „jedinicu za intenzivnu negu“ u najboljem smislu tog koncepta. Izveštaj dalje navodi „invazivne tehnike“ koje se sve češće koriste u porođaju i potencira da je potrebno naći ravnotežu između koristi i rizika tih tehnika. „Stav lekara i babica prema ženi“, zaključuje se u izveštaju, „doprinosi fizičkoj i psihičkoj dobrobiti majke i deteta“.

Još jedno područje gde bi se mogla pokazati fleksibilnost su stavovi lekara koji su pozvani da nađu zajedničko rešenje o protokolima nege. Radna grupa preporučuje integrisani sistem antenatalne zaštite koji je razvijen u Sajthilu u Edinburgu, gde knjige evidencije i zakazivanja i protokoli ispitivanja i procedura uspostavljaju saradnju između lekara opšte prakse i specijaliste. Izveštaj zahteva stvaranje protokola koji bi regulisali praksu u porodiljskim odsecima, uključujući i

neonatalnu resuscitaciju. Ako bi određeni konsultant želeo da se sa određenom trudnicom postupa na drugačiji način nego što je to određeno u protokolu, radna grupa predlaže da on ili ona treba da preuzme odgovornost i organizuje što je potrebno. Ovakve šeme moraju se često proveravati u skladu sa promenom uslova.

Tokom svog rada radna grupa Kraljevskog udruženja akušera i ginekologa konsultovala je babice, lekare opšte prakse, patronažne sestre i obične građane kojima su bili bliski stavovi žena koje su koristile usluge dispanzera za majke. Radna grupa je preporučila da bi sve ove grupe (zajedno sa akušerima, pedijatrima, lekarima u zajednici i ljudima iz administracije) trebalo da budu reprezentovane u zajedničkom komitetu za zdravstvenu zaštitu majke svakog zdravstvenog područja. Radna jedinica je zamislila da uloga babice u antenatalnoj nezi i tokom porođaja treba da se proširi i ukazala je da će posle školovanja od osamnaest meseci (koje treba da se produži na dve godine) babice biti na neki način bolje obučene nego mlađi lekari. Kao i mešovita radna grupa Kraljevskog udruženja akušera i ginekologa i Kraljevskog udruženja lekara opšte prakse, i oni se nadaju da će u budućnosti više primarne akušerske zaštite biti pruženo od strane lekara opšte prakse, ali izveštaj insistira na tome da ti lekari moraju biti adekvatno obučeni. Jedna od preporuka Radne grupe je da bi svaka žena trebala da bude pregledana od strane konsultanta akušera u ranoj trudnoći, ovo verovatno izražava stavove nekih bolničkih specijalista o kvalitetu akušerske zaštite od strane lekara opšte prakse i babica. Insistiranje na obaveznoj obuci u bolnici, diplomama i povremenim kursovima za osveženje znanja je samo delimično rešenje problema, Knjige evidencije i zakazivanja i protokoli mogu donekle objasniti uspeh eksperimenta u Sajthilu,

ali pravo rešenje može biti atmosfera uzajamnog poštovanja koja je oduvek postojala između onih koji pružaju primarnu i sekundarnu akušersku zaštitu.

Akušerstvo zasnovano na bolnici ima svoje slabosti kao i svoje dobre strane u poređenju sa onim u zajednici. Ovaj izveštaj izražava važnu tendenciju samokritike u akušerstvu. On bi mogao da izazove renesansu u primarnoj akušerskoj zaštiti od strane onih koji bi najbolje mogli da je pruže i vraćanje akušera na ulogu konsultanta za koju ih je njihovo iskustvo specijaliste pripremilo.

hirurgija

INDIKACIJE ZA EKSPLORESANJE HOLEDOKUSA ULTRAZVUKOM

Lane R J, Coupland G A E: Ultrasonic indications to explore the common bile duct. — *Surgery*, 91 (3) : 268—274, 1982.

Značajan doprinos u smanjivanju broja negativnih eksploracija holecistusa i rešavanju klinički suspektnih holecistolitijaza, predstavlja, svakako intraoperativna holangiografija. Međutim, ta metoda ima brojne nedostatke. Invazivna je, prisutno je jonizujuće zračenje, neophodno je prisustvo rendgenologa, produžava se trajanje operacije. Zbog toga je, kao dalji napredak, transkutana ultrasonografija modifikovana za otkrivanje holecistolitijaze u toku operacije. Ovaj članak prezentira rezultate upoređivanja ultrazvučnog i radiološkog snimanja. Ono je vršeno kod 100 bolesnika podvrgnutih holecistektomiji i potencijalnoj holecistotomiji.

Navedenim metodama autori su kod 25 od 31 našli kamence. Kod svih 100 bolesnika pokušana je operativna holangiografija, ali, kod 12 bez uspeha (kod dvojice od njih je utvrđena holecistotomija).

doholitijaza holedohotomijom), mada su kod obadvojice kamenci otkriveni prethodno i ultrasonografski. Holangiografija se pokazala kao osetljiva metoda u 96% slučajeva a kao specifična takođe u 96%. Osetljivost operativne ultrasonografije bila je 96%, a, specifičnost 93%. Ali, evidentne su druge prednosti ultrasonografije. Operativna ultrasonografija traje oko 3—5 minuta, a holangiografija oko 10—15 minuta. Zatim, operativna ultrasonografija se uvek može ponoviti, može dati podatke o slici preseka holedohusa, njome se mogu snimiti i pankreatični kanali i parenhim. Nikako ne treba zaboraviti da, uz sve navedeno, nema nikakve opasnosti, ni za bolesnika, ni za hirurga.

HITNA OPERACIJA ZBOG GORNJEG GASTROINTESTINALNOG KRVAVLJENJA

Brolin R E, Stremple J F: Emergency Operation for Upper Gastrintestinal Hemorrhage. — *Am. Surg.*, (48 (7) : 302—308, 1982)

U poslednjih deset godina smanjen je broj bolesnika koji se primaju u bolnicu zbog ulkusa koji krvavi ili „stres“ ulkusa. Tome je, verovatno, najviše doprinelo bolje upoznavanje patofiziologije ulkusne bolesti i, samim tim, bolje lečenje. Nesumnjiv je i napredak u dijagnostici u ovoj oblasti. Tu spada gastrointestinalna panendoskopija, koja se vrši kao hitna procedura i u 90% slučajeva omogućava da se izvor krvavljenja tačno utvrdi. Nažalost, uprkos evidentnom napredku, smrtnost bolesnika hitno operisanih zbog gastrointestinalnog krvavljenja, još uvek je visoka i kreće se od 13% do 30%. Potrebno je i naglasiti da, još uvek, postoje neslaganja po pitanju operacije izbora kod nezadrživih gastrointestinalnih krvarenja.

Prilikom analize, autori su uzeli u obzir 580 bolesnika. kod kojih je, u periodu od 1973. do 1977. godine, bilo 624 epizode krvavljenja. Dijagnoza je utvrđena nazogastričnom aspiracijom krvi ili endoskopskim demonstriranjem mesta krvavljenja. Najveći broj krvavljenja je bio iz erozivnog gastritisa (215), sledi duodenalni ulkus (139), ezofagealni varices (72) i gastrični ulkus (62). 91 bolesnik je hitno operisan. Ukupno 88 bolesnika je umrlo, među njima i 25 operisanih, dakle, operativni mortalitet je bio 30%. Kod 34 bolesnika izvršena je resekcija želuca, a kod 25 bolesnika vagotomija sa piloroplastikom i ligaturom krvarećeg ulkusa. Operativni mortalitet za resekciju želuca bio je veći (21%), kao i učestalost ponovnog krvavljenja (15%), dok su analogni podaci za vagotomiju sa piloroplastikom vidno povoljniji, operativna smrtnost 16%. a ponovno krvavljenje javilo se kod 8%. Pored toga, posle vagotomije sa piloroplastikom nije bilo nijednog slučaja popuštanja šavova, a posle resekcije želuca u 26% došlo je do popuštanja šavova.

Uzimajući u obzir sve navedene podatke, autori su došli do zaključka da je vagotomija sa piloroplastikom operacija izbora kod bolesnika sa nezadrživim gastrointestinalnim krvavljenjem. Veća bezbednost, u odnosu na resekciju želuca, naročito je izražena kod bolesnika sa preoperativnom hipotenzijom.

PREKID DONJE ŠUPLJE VENE U LEČENJU PLUĆNOG EMBOLIZMA

Bomalaski S J, Martin G, Hughes R L: Inferior vena cava interruption in the management of pulmonary embolism. — *Chest*, 767 — 774, 1982.

Godišnja incidenca plućnog embolizma u Americi procenjuje se na

600 000 — 750 000. Od svih slučajeva plućnog embolizma dijagnostikuje se samo i leči 30%. Standardni lek je i dalje heparin, ali se u izvesnim primenjuje i trombolitička terapija, emboliktomija i prekid donje šuplje vene.

Prekid donje šuplje vene primenjuje se kada je kontraindikovano heparin, kada se antikoagulantna terapija prekida zbog krvavljenja i u slučaju recidiva plućne embolizacije posle uvođenja antikoagulanasa. Apsolutna kontraindikacija za heparin smatra se nedavni hemoragični cerebrovaskularni incident kao i nedavna operacija na mozgu, kičmenoj moždini ili oku. Krvavljenja pod antikoagulantnom terapijom nastaju u 5—10% bolesnika. Ako ne prestanu pod kontinuiranom aplikacijom heparina i podešavanjem doza, predstavljaju indikaciju za prekid donje šuplje vene. Recidivi pod terapijom prema izveštajima u literaturi javljaju se u 0—28%, što se objašnjava različitim stepenom dokumentovanosti recidiva. Indikacija za prekid donje šuplje vene je recidiv pod punom dozom heparina, ali ako je nastao kod primene oralnih antikoagulanasa treba prvo pokušati sa adekvatnom heparinskom terapijom. Indikacije za prekid donje šuplje vene mogu biti i značajniji recidivi plućne embolije koji dovode do smanjenja PaO_2 za više od 15 mm Hg, ubrzanja frekvence pulsa za više od 15 udara u minuti i ubrzanja frekvence disanja za više od 10 do 15 respiracija u minuti. Ako je krvni pritisak znatno smanjen ili kada je bolesnik u šoku, treba razmotriti trombotičnu terapiju i prekid donje šuplje vene. Pre ove intervencije neophodno je kontrastno ispitivanje donjih ekstremiteta.

Za prekid donje šuplje vene postoje dva osnovna metoda: direktan hirurški pristup i transvenozni pristup. Direktan hirurški pristup može se izvršiti trans-abdominalno ili retroperitonealno. Retroperitonealni pristup ima prednost. Vena se ili potpuno podve-

zuje ili se postavljaju razni teflonski klipsovi ili filtri. Posle operacije mortalitet u prvom mesecu iznosi u proseku 15%. Posle operativni edem se javlja u oko 30%. Recidiva plućne embolije posle operacije ima oko 6%.

Transvenoznim pristupom uvode se Mobin—Udinovi kišobrani, Greenfieldovi filtri i Hunterovi baloni. Glavna prednost transvenoznog pristupa je izbegavanje opšte anestezije. Postupak se izvodi u lokalnoj anesteziji pod rentgenskom kontrolom. Postoperativni mortalitet posle uvođenja Mobin-Uddinovihišobrana iznosi od 0—8% (prosečno 0,6%). Plućne embolije recidiviraju u 3 do 4%. Sekvele na venama nastaju u proseku u 9%. Rezultati transvenoznih metoda na preko 3000 pokazuju operativni mortalitet od samo 0,7 sa recidivskim plućnim embolijama od 3% koje su retko bile smrtno.

Brojne su prednosti transvenoznog pristupa, lokalna anestezija sa znatno manjim morbiditetom i mortalitetom, što je naročito važno u ovoj kategoriji teških bolesnika.

interna medicina

NOVIJA DOSTIGNUĆA U KARDIOLOGIJI

Melvin K.R. Coltart D. J.: Recent advances in cardiology. Postgrad. Med. J. 58 (682): 459-466, 1982.

Novine u kardiologiji se odnose, pre svega, na dijagnostiku (primarna etiologija srčanih oboljenja je, i dalje, nepoznata) i terapiju. Već na početku je naglašen značaj dobre anamneze i fizičkog pregleda, koje nikakva tehnika ne može da nadoknadi. Razvitak kompjuterske tehnologije u oblasti radiološke dijagnostike pruža veće mogućnosti za otkrivanje lezija koro-

narnih sudova i abnormalnosti zidova komora. Mikroskopska tačnost skenera (kompjuterizovane tomografije) omogućena je ritmičkim pokretima srca. Holografija (trodimenzionalno predstavljanje unutrašnjih organa) započeto je na ljudima 1980. god. i to na srcu, plućima i krvnim sudovima.

Infarkt srca, u slučaju negativnog nalaza na EKG-u, nejasnog stanja u pogledu enzima i anamneze, može da bude otkriven putem skena, načinjenog pomoću tehnicijum pirofosfata („vruća tačka“). Sken sa radioaktivnim talijumom („hladna tačka“) je alternativa koja se naročito koristi za dijagnozu hronične ishemije srca. Specifičnost ove metode iznosi, za infarkt srca 85%, a za ishemiju 90%. Uz pomoć radioaktivnih izvora i kompjuterske tehnike, dobijeni su „nuklearni angiogrami“, za koje se smatra da su pouzdani koliko i oni dobijeni invazivnim tehnikama.

Intrakavitarni EKG (tripolni ili četvoropolni kateter sa elektrodama postavljeni na različitim mestima u srcu) omogućava vrlo preciznu dijagnostiku različitih poremećaja srčanog ritma, jer pruža detaljne podatke o sprovodnom sistemu srca. Znatno poboljšanje dijagnoze raznih kardiomiopatija i drugih srčanih oboljenja se postiže primenom srčanih bioptoma (moguće je dobiti po 3—4 mm srčanog tkiva iz levog ili desnog srca).

Jedna od najkorisnijih metoda u savremenoj medicini, dvodimenzionalna eho-kardiografija, omogućava posmatranje celog srca u pokretu, ili, njegovih delova. Ova metoda ne samo da uspešno zamenjuje invazivne dijagnostičke metode, već pruža i podatke koje do sada nismo mogli da dobijemo. Najčešće se koristi u dijagnostici kongenitalnih oboljenja srca, kardiomiopatija, aterosklerotičnih oboljenja kao i oboljenja perikarda.

U terapiji ateroskleroze koronarnih sudova značajno je pomenuti perkutanu transluminalnu koronarnu angio-

plastiku. To je, ustvari, širenje koronarnih sudova pomoću balona uvedenog putem katetera. Posle ove intervencije, indikovano je antikoagulaciona terapija u toku 3—6 meseci. U dobro odabranim slučajevima, ova metoda može zameniti premošćavanje koronarnih sudova, mada, u slučaju pogoršavanja, bolesnik mora biti spreman za premošćavanje. Ova metoda se koristi, u novije vreme, i za smanjenje veličine infarkta srca. U istom cilju je i primena streptokinaze i urokinaze, koja se za sada, ne preporučuje kao rutinska, ali u toku su ispitivanje u većem broju centara Amerike i Evrope.

Metodu transplantacije srca su mnogi centri 70-tih godina napustili (zbog visoke smrtnosti, a, i velikih troškova). Ali, treba napomenuti da je, u periodu od 1968. godine, urađeno 250 transplantacija, a do sada je živo 80 bolesnika. Otkriće ciklosporina A, koji selektivno suprimira T ćelije kritične za odbacivanje kalema, pruža nove mogućnosti u ovoj oblasti.

U poslednjih deset godina uvedeno je u širu kliničku upotrebu veliki broj novih lekova. Tu spadaju blokatori beta receptora, antagonisti kalcijuma, vazodilatatori i preparati koji utiču na metabolizam prostaglandina. Beta-blokatori se primenjuju u profilaksi opšteg mortaliteta (posebno, iznenadne smrti) kod bolesnika sa infarktom srca i težim arterosklerotičnim oboljenjem koronarnih sudova. Antagonisti kalcijuma se koriste u lečenju aritmija, delujući selektivno na pretkomorni i pretkomorno-komorni čvor, kao i na glatke mišićne ćelije koronarki, izazivajući tako njihovu vazodilataciju. Ali, ovi lekovi mogu imati i ozbiljne neželjene efekte, kao npr. negativno inotropno i hronotropno delovanje, blok u sprovodnom sistemu srca i ortostatska hipotenzija. Vazodilatatori se koriste u lečenju hipertenzije, pektoralne angine, srčane insuficijencije, rupture

komornog septuma (kod infarkta) ili papilarnog mišića, kao i kod različitih kardiomiopatija. Potrebno je napomenuti da se pri dugotrajnoj upotrebi ovih lekova javlja tolerancija, različito ispoljena, u zavisnosti od svakog pojedinačnog bolesnika i leka.

U novije vreme uvedeni su i novi lekovi, sa ciljem da se prevaziđu navedeni nedostaci. Jedan od njih je kaptopril, koji blokira sistem renin-angiotenzin-aldosteron, inhibišući enzim koju vrši konverziju angiotenzina. Ovaj lek se naročito preporučuje u lečenju teške srčane insuficijencije komplikovane azotemijom.

AKTUELNI PROBLEMI U PROFILAKTIČKOJ KARDIOLOGIJI

Oganov R G, Metilica V I: Aktual'nye problemy profilaktičeskoj kardiologii — *Kardiologia*, 22 (8) : 5—14, 1982.

Razvoj profilaktičke kardiologije autori dele u nekoliko razvojnih faza.

— **Prvu fazu** karakteriše dominacija empirijskog pristupa (60-tih godina) sa usmerenjem na postavljanje problema za epidemiološka istraživanja.

— **U drugoj fazi** osnova je model ishemične bolesti srca (IBS) i arterijska hipertenzija (60-70-te godine). Istraživanja su rađena po standardima SZO i pokazalo se da pojava IBS raste sa povećanjem standarda.

Provođenjem epidemioloških istraživanja po jedinstvenim „registrima infarkta srca“ (SZO), pokazao se porast infarkta srca u SSSR-u, devetnaest evropskih zemalja, Australiji i Izraelu.

Ovo je uputilo na akutni problem: iznenađnu smrt od akutne koronarne insuficijencije. U osoba koje su umrle prvih 24 h od nastanka akutne koronarne insuficijencijom 73% osoba nije dobilo nikakvu medicinsku pomoć. Smrt je nastupila naprasno, u prvih 30 min. Vidi se da nema organizacio-

nih i terapijskih mera koje bi mogle da utiču na ishod, zbog čega su neophodne energične mere profilakse.

Na osnovu ispitivanja u SSSR-u i drugim zemaljama zaključilo se sledeće: IBS je geografski neravnomerno raspoređena, bolest teče skriveno, četvrtina muškaraca do specijalnog pregleda ne zna da je ranije preležala infarkt, od akutne koronarne insuficijencije 75% bolesnika umire u prva 24h, postoji velika opasnost od iznenađne smrti; razlog za opsežne profilaktičke mere nije samo u velikoj rasprostranjenosti nego i u podmuklom toku.

Za nastanak IBS faktori rizika (naročito prva tri) su: arterijska hipertenzija, pušenje, hiperholesteronemija, gojaznost, nedovoljno fizičko kretanje.

Profilaktička ispitivanja bi, ustvari, smanjivanjem broja oboljenja bila najbolji dokaz faktora rizika. Međutim, takvi dokazi se za sada ne poseduju u dovoljnoj meri.

— **Treća faza** karakteriše se izučavanjem mogućnosti menjanja faktora rizika i dejstva profilakse na učestalost IBS! Organizovana su dugotrajna kontrolisana klinička istraživanja i pristupilo se jednofaktorskoj ili višefaktorskoj primarnoj i sekundarnoj profilaksi. Ova istraživanja su u toku.

— **Četvrta faza istraživanja** je najodgovornija: zasniva se na masovnoj profilaksi sa kompleksnim analiziranjem faktora rizika. Ova faza je počela krajem 70-tih godina. Iz prethodnog perioda, od 1969. do 1977. saopšteni su najznačajniji statistički podaci u obliku tablica. Populaciju su sačinjavali muškarci stari od 35. do 74 godine. Za razliku od starijih publikacija u kojima su iznošeni podaci o stalnom porastu IBS, u ovim rezultatima se uočava da ima i nekih zemalja u kojima se beleži pad smrtnosti od IBS. Većina autora objašnjenje za ovu pojavu nalazi u poboljšanju načina života i smanjivanju faktora rizika, što sve upućuje na optimističnije sagledavanje budućnosti.

Strategija savremene profilaktičke kardiologije je u primarnoj profilaksi kardiovaskularnih oboljenja, posebno IBS. Primarna profilaksa podrazumeva: promene u načinu ishrane, borbu protiv pušenja, borbu protiv AH, i borbu za povećanje fizičkih aktivnosti.

Osnovu IBS u većini slučajeva čine teška ateroskleroza koronarnih arterija. Holesterolemija viša od 220 mg% i visoka frekvencija IBS u osoba srednjeg uzrasta upućuje na zaključak da populacija ima ishranu koja je visokokalorična i bogata mastima.

Za faktore rizika (u nastanku IBS) značajno je i to da su holesterolemija, krvni pritisak i pušenje nezavisni faktori. Rizik se povećava ako se hiperholesterolemija udružuje sa dijabetesom, hipertenzijom, gojaznošću, pušenjem, slabom fizičkom aktivnošću i emocionalnim stresom. Ovi podaci dobiveni su iz više od 30 prospektivnih istraživanja provedenih u mnogim zemljama sveta.

Iz eksperimentalnih i epidemioloških podataka uočava se da restrikcija zasićenih masti i holesterola u ishrani daje pozitivne efekte u profilaksi IBS. Preporučuje se veće unošenje voća, povrća, živinskog i ribljeg mesa, mršavih mesa, a manje životinjskih masti i soli. Jaja ne treba znatno smanjivati deci mlađeg uzrasta, ženama pre menopauze i starijim osobama.

Izmene u ishrani stanovništva daju, po iskustvima iz SAD, značajne rezultate, pa je potrebno organizovati ozbiljnu zdravstveno-prosvetni rad sa stanovništvom i preduzeti odgovarajuće mere u prehrambenoj industriji.

Hipolipidemična sredstva (klofibrat i dr.) od kojih se svojevremeno dosta očekivalo, izbačena su iz upotrebe zbog izraženih sporednih dejstava što je još značajnije kada se zna da se ova sredstva moraju dugo upotrebljavati. Za umerenu hiperholesterinemiju i hipertriglicidemiju od koristi je nikotinska kiselina u dozi od 3–8 g dnevno. Noviji preparat je probukol,

daje se 1000 mg dnevno, podeljeno u dve doze.

Korelacija između broja popušenih cigareta i pojava IBS dokazana je u istraživanjima provedenim u većini razvijenim zemalja. Profilaksa je u predupređenju pušenja kod mladih osoba, kao i u prekidanju pušenja. Postoje izvesni podaci koji pokazuju opadanje pojave IBS u vezi sa smanjivanjem broja pušača.

Arterijska hipertenzija je takođe značajan problem: 8–25% odraslog stanovništva ima povišen pritisak. Veliki značaj ima rano otkrivanje, restrikcija soli u ishrani (max 1–2 g/dn.), restrikcija alkohola i razvijanje fizičke kulture od ranog detinjstva. Primena lekova mora da bude racionalna, postupna i dovoljno duga. Uspeh lečenja tako je povišen od 40% na 60–80% uspešnosti. Nov doprinos su farmakološki preparati koji su dovoljno efikasni i u isto vreme bezopasni. Neuspeh u lečenju AH uglavnom je posledica nedovoljne preventive. U oko 5% žena koje boluju od AH, oboljenje je u vezi sa primenom estrogenih preparata. Gojaznost je takođe značajan problem profilakse.

Primarna profilaksa se zasniva na sanitarno-prosetnom radu sa celokupnim stanovništvom i razvijanju fizičke kulture.

Sekundarna profilaksa zasniva se na borbi protiv faktora rizika, primeni najboljih antianginoznih preparata, lečenju aritmija, rehabilitaciji bolesnika, antikoagulantnoj terapiji i primeni koronarne hirurgije onda kada je to indikovano.

Opsežno iskustvo i uspesi savremene kardiologije upućuju na optimizam. Životi stotine hiljada ljudi mogu biti spašeni. Mere profilakse mogu se sada vrlo opsežno primenjivati i one treba da postanu ne samo medicinska no i opštedržavna aktivnost, što bi, ustvari, trebalo da predstavlja petu fazu razvijanja profilaktičke kardiologije, medicinske discipline čiji značaj i mogućnosti sve više rastu.

PROGRAM RAZUMNIH DOPUNSKIH ISPITIVANJA U MLADIĆA SA POVIŠENIM KRVNIM PRITISKOM

—POVODOM 389 ISTORIJA
BOLESTI PRI IZBORU ZA VOJNU
SLUŽBU

Condat J, M, et all: Les explorations complémentaires raisonnables à envisager chez le jeune hypertendu à propos de 398 dossiers de sélection pour le service national. — Ann. Med. Intern. (Paris), 133 (2) : 103 — 109, 1982.

U poslednjih dvadeset godina bitno se izmenio stav prema dijagnostičkom rešavanju hipertenzije. Poslednjih godina uvedena je jednostavnija, a, efikasnija terapija, uz koju ide pojednostavljivanje dijagnostike i što ranije započinjanje lečenja. Tek u slučaju neuspaha lečenja, primenjuju se složenija ispitivanja (i.v. urografija i dr.).

U cilju zauzimanja racionalnog stava pri određivanju sposobnosti za vojnu službu i da utvrde medicinski opravdan i ekonomski racionalan program dijagnostičkih postupaka, autori su retrospektivno analizirali klinička ispitivanja u centrima za selekciju. Ova studija je obuhvatila hospitalno ispitivane hipertoničare, stare od 19—27 godina (prosečna starost 20 godina). Pored detaljnog pregleda, na osnovu 4 merenja u toku dana, formirana je dnevna krivulja TA. Kod bolesnika kod kojih je na taj način potvrđena hipertenzija, pristupilo se daljem ispitivanju. Pri normalnoj ishrani, određeni su: jonogram krvi i mokraće, kreatinin, azotemija, urikemija, lipidni status, proteinurija, glikozurija, Addisonov broj, citobakteriološki nalaz u mokraći, nalaz na očnom dnu, pritisak u a. centralis retinae, EKG i radiografija grudnog koša. Prema kliničkoj slici, nekima su određivani i vinilba-

demski kiselina (VBK), kateholamini i kortizol. Bez posebnog izbora, i.v. urografija urađena je kod 253 bolesnika, a neki su i doneli snimke (sa donetim, ukupno je interpretirano 269 i. v. urografija). Prema formiranim merilima, hipertoničari su podeljeni u tri grupe: **trajni** (oni kod kojih je TA stalno bila iznad 160/95) **granični** (oni sa TA između 140/90 i 160/95 mmHg) i **labilni** oni kod kojih je TA najčešće bila iznad 160/90 mmHg, ali sa normalnim rezultatima pri nekim merenjima). U Centar za selekciju bilo je upućeno 433 mladića sa hipertenzijom, od kojih je kod 389 potvrđena hipertenzija. Od njih je 259 svrstano u grupu labilnih ili graničnih hipertoničara, 127 označeni su kao trajni, a dvojica kao paroksizmalni. Značajno je izneti i sledeće podatke: u populaciji mladih regruta, 1978. godine, otkriveno je 0,28% hipertoničara, 1979. godine 0,32% 1980. godine 0,40 hipertoničara.

Kod 70% trajnih hipertoničara i kod 66% označenih kao labilni, utvrđena je porodična hipertenzija. 33% trajnih i 37% labilnih hipertoničara pušilo je više od deset cigareta dnevno. Promene na očnom dnu otkrivene su kod 18% trajnih hipertoničara i kod 8% labilnih. Promene su najčešće bile blage (I stepen, ređe II). Kod 60%, pritisak u oftalmičnoj arteriji odgovarao je TA. Kreatinemija je, skoro kod svih, bila normalna, EKG je, u malom procentu, pokazivao znake hipertrofije leve komore (1,4%). Gojazno je bilo 32% trajnih hipertoničara i 15 labilnih. Značajno povišeni kateholamini i VBK otkriveni su kod dva ispitanika, kod kojih je dalje ispitivanje nastavljeno van Centra za selekciju. Kod petorice, od 269 interpretiranih urograma, utvrđen je smanjen promer bubrega za više od 2 cm. Druge utvrđene radiološke anomalije mogu, ali ne moraju biti u vezi sa hipertenzijom (2 nefrokalcinoze, 1 urolitijaza, 4 mala bubrega i 1 segmentna hipoplazija). Ni kod

jednog ispitanika nije utvrđena stenoza bubrežne arterije. Treba napomenuti da je prilikom izvođenja i.v. urografije bilo 5 incidenta, i to, 2 teška.

Iz navedenih podataka, odnosno izvršenih ispitivanja, nameću se sledeći zaključci: učestalost hipertenzije kod mladića se, u poslednjih 5 godina, udvostručila; značajno česta hipertenzija u porodici; kod mladića sa hipertenzijom je česta gojaznost, dislipidemija, povišena uricemija; hipertenzija kod ispitanice populacije mladića nije dala značajne sekundarne promene. Naglašava se da je za potvrdu hipertenzije potrebno ponavljati merenje u toku istog dana. Navedena podela hipertenzije na trajnu, graničnu i labilnu, nije pokazala značajnu dijagnostičku vrednost. Standardna biokemijska ispitivanja, svakako, treba zadržati (glikemija, holesterol, trigliceridi, jonogram krvi). Naročito je značajan pregled mokraće, kao mogućnost za otkrivanje glomerularnih nefropatija (otkriveno kod 1,15% ispitivanih hipertoničara), i tzv. „benignih proteinurija“) bile su 10 puta češće nego u celoj populaciji). Još jednom treba napomenuti da je neophodno selektivnije indikovanje i. v. urografije, zbog medicinskog rizika, a, i cene koštanja, relativno visoke. Autori se izjašnjavaju protiv strogo standardizovanih sistemskih ispitivanja, ističući potrebu za diferenciran pristup ispitivanju, na osnovu potpunog kliničkog nalaza i simptomatologije i poštovanje drugih činilaca (medicinski rizik, cena koštanja, očekivani efekat).

pneumoftiziologija

DOSTIGNUĆA U DIJAGNOSTICI I TERAPIJI ASTME

...: *Advances in the Assessment and Therapy of Asthma.* Chest, 82 : 1/Suppl. july/, 1982.

Referati izneti na međunarodnom simpozijumu posvećenom dostignu-

ćima u dijagnostici i terapiji astme, održanom 21—22. oktobra 1981. godine u Torontu, Kanada, objavljeni su u posebnom dodatku časopisa *Chest*. Pre svega, istaknuta je mogućnost konfuzije i neusklađenosti u pogledu terminologije. Astma se, na primer, definiše prema funkciji, hronični bronhitis prema simptomima, emfizem prema patologiji. S druge strane, termin hronična opstruktivna bolest disajnih puteva, zapravo ne kazuje ništa. Zbog različitih terapijskih mogućnosti, razlikovanje ovih stanja i potreba za jednostavnijim postupcima za praćenje opstrukcije tokom dužeg vremena, ima svoje kliničko opravdanje.

Jedan od referata posvećen je testiranju nespecifične bronhijalne hiperreaktivnosti. Rezultati se izražavaju provokacionom koncentracijom metaholina ili histamina koja dovodi do pada FEV1 za 20% (PC 20). Što je niži PC 20, veća je nespecifična reaktivnost. Utvrđen je kvantitativan odnos između vrednosti PC 20 i kliničkih oblika astme, što dozvoljava značajne kliničke procese u pogledu težine astme i odgovarajuće terapije.

Naglašeno je da je profesionalna astma u porastu (prevalenca u svetu je oko 2%, a u Japanu, čak 15). Izneseni su podaci da latentni period (od prvog izlaganja do manifestacije astme) može varirati, od nekoliko meseci do 20 i više godina. Što se bolesti, ranije otkrije i čovek izdvoji iz profesionalne sredine, veće su šanse da dođe do potpunog izlečenja. Naravno, uvek je neophodno sa sigurnošću utvrditi da je astma posledica profesionalnog izlaganja. Postoje materije koje izazivaju trenutne reakcije, ali, ima dosta i onih koje izazivaju kasne astmatične reakcije, manifestovane stezanjem u grudima, zviždanjem i kašljanjem, uveče i noću, posle radnog vremena. Utvrđeno je da smanjenje FEV1 za 15%, na kraju radnog vremena, u odnosu na početnu vrednost, ukazuje na profesionalnu astmu.

Posle identifikacije antigena, rade se kožni, serološki i bronhijalni provokacioni testovi.

U terapiji astme glavno mesto zauzimaju, kao bronhodilatatori, beta-adrenergički agonisti i teofilin. Značajan napredak predstavlja uvođenje selektivnih beta-adrenergičkih bronhodilatatora, koji selektivno stimulišu beta₂ receptore. Terapijske doze sa dugotrajnim efektom, obično, nemaju stimulativni efekat na srce, a tremor i tahikardija, koji se javljaju kao sporedni efekti posledica su stimulacije beta₂ receptora u skeletnim mišićima i krvnim sudovima. Najbolji način primene ovih lekova je putem inhalacije, zbog brzine delovanja, produženog dejstva i izraženijeg efekta bronhodilatacije u odnosu na sporedne efekte. Sa uspehom se koriste i kao prevencija astme izazvane naporom. Efekat teofilina se objašnjava povećanjem c-AMP, ostvarenim inhibicijom fosfodiesteraze. Postoje dokazi i da teofilin inhibira oslobađanje histamina i leukotrina iz mast ćelija, inhibira efekte prostaglandina na glatke mišiće, kao i da menja koncentraciju jona kalcijuma u ćeliji. Teofilin je slabiji bronhodilatator od beta-agonista, a njegova delotvornost u akutnim stanjima može se objasniti i poboljšanjem kontraktilnosti dijafragme i drugih respiratornih mišića. U kliničku primenu teofilina uvedenu su značajna unapređenja, određivanjem koncentracije leka u serumu i upotrebom preparata sa usporenim oslobađanjem.

Jedinstveno mesto u lečenju astme imaju kortikosteroidi. Obično se doziraju na taj način što se daju preparati koji se brzo metaboliziraju (prednison i prednisonol) u jednoj jutarnjoj, najmanjoj efikasnoj dozi, po mogućnosti, na drugi dan. Na taj način se maksimalno izbegava uticaj na osovinu hipotalamus-hipofiza-nadbubreg. U poslednje vreme koriste se preprati u aerosolu, zahvaljujući kojima se

smanjuje oralna doza na minimum, ili se čak, potpuno obustavljaju oralni steroidi. Inhalacioni steroidi ne izazivaju supresiju nadbubrega, ali nažalost, ne mogu da zamene oralni prednison u lečenju teških oblika astme. Njihova je uloga naročita u dugotrajnoj terapiji održavanja.

Intal je naročito koristan u blagim i umirenim slučajevima astme. Posebno je indikovano kod dece. Pošto ima malu vrednost kod steroidno-zavisnih astmatičara, daje se, kada se želi izbeći preterana zavisnost od bronhodilatatora, ili, u slučajevima kada se ovi teško podnose, ili slabo deluju.

Ketotifen je lek sa snažnim antihistaminskim delovanjem čije se dejstvo ispoljava selektivnom blokadom histaminskih receptora. On ima i antialergijsko dejstvo, blokadom oslobađanja medijatora astmatične reakcije i funkcionalni je antagonist SRS-A.

Lekovi sa antiholinergičnim dejstvom zauzimaju, takođe, značajno mesto u lečenju hronične opstruktivne bolesti pluća. Njihov terapijski efekat se objašnjava ulogom parasimpatičnih nervnih vlakana u kontroli tonusa glatkih mišića disajnih puteva i izazivanjem bronhokonstrikcije i hipersekrecije. Derivat atropina, noviji preparat, Ipratropijum bromid (SCH 1000, Atrovent) se upotrebljava u obliku aerosola, što omogućava lokalni efekat i sistematsku apsorpciju svodi na minimum. Ovaj lek ispoljava efekat nešto kasnije nego beta-adrenergični aerosoli, ali, posle 3—4 sata, dejstvo se izjednačava i duže traje. Ipak, u lečenju astme je nešto slabiji od beta-stimulatora, dok se kod hroničnog bronhitisa pokazao kao bolji. Delotvorniji je i kod starijih pacijenata, kao i kad se radi o psihogenoj astmi. Prednosti su mu i što ne izaziva tremor, i tahikardiju i nema uticaja na viskoznost i količinu sputuma.

SA KONGRESA

XII KONGRES PEDIJATARA JUGOSLAVIJE

(Novi Sad, 28—30. septembar 1983.)

XII kongres pedijatara Jugoslavije održan je 28, 29. i 30. septembra 1983. godine u izvanrednom ambijentu Srpskog narodnog pozorišta u Novom Sadu.

Kongresne teme bile su veoma prikladno koncipirane, jer su odražavale sadašnje potrebe i težnje jugoslovenske pedijatrije. Odabrane teme su i izraz aktuelnih stremljenja naše samoupravne socijalističke zajednice da se zdravstvenoj zaštiti dece i omladine pristupi na integralan način, odnosno da se pored preventivnog i kurativnog obuhvati i socijalni aspekt.

Nosioci tema — autori uvodnih referata bili su naši najbolji poznavaoци problematike koju je obuhvatila osnovna tema, a oni su odabrali koreferente među istaknutim pedijatrijama SFR Jugoslavije. Ovakvim pristupom, Udruženje pedijatara Jugoslavije je nastojalo da obezbedi visok stručni nivo i savremenu obradu izabrane problematike.

Osim uvodnih referata i koreferata, svi ostali radovi u okviru osnovnih tema izlagani su u vidu postera. Izlaganje materijala u vidu postera predstavlja težnju organizatora ne samo da se uklope u stabilizaciona kretanja društva, nego i da se učesnicima omogućući lakši i ležerniji vid stručnog komuniciranja.

Naime, rad Kongresa se odvijao plenarno u velikoj dvorani, gde su saopštavani uvodni referati i koreferati, zatim je bilo predviđeno vreme za obilaženje postera koji su bili izloženi u holu i foajeu. Pored postera su se nalazili njihovi autori koji su davali potrebna objašnjenja i diskutovali sa zainteresovanim kolegama. Nakon toga, autori uvodnih referata i koreferata, kao i autori postera i ostali učesnici vraćali su se u veliku dvoranu gde se je odvijala završna diskusija i donošeni su zaključci o određenoj kongresnoj temi.

Smatram da bi bilo korisno da se dâ pregled tema kojima se bavio Kongres i da se navedu nosioci tema.

KONGRESNE TEME

I DRUŠTVENA BRIGA O ZDRAVLJU DECE

Nosioci teme

Prof. dr Đorđe Jakovljević
Prim. dr Ljubica Basta

IA HUMANIZACIJA BOLNIČKOG LEČENJA DECE

Nosioci teme

Prof. dr Zora Konjajev
Prim. dr Pavle Kornhauzer
Dr Anica Kos

II ISTORIJAT ZDRAVSTVENE ZAŠTITE DECE U JUGOSLAVIJI

Nosioci teme

Prof. dr Milorad Velisavljev
Prof. dr Miro Juretić

III RAST I RAZVOJ S POSEBNIM OSVRTOM NA ADOLESCENCIJU

Nosilac teme

Prof. dr Dušan Vuković

IV „RIZIČNO DETE“**Nosioci teme**

Dr Milivoj Veličković

Prof. dr Mladen Križ

Prim. dr Nedeljka Zatezalo

V HRONIČNA OBOLJENJA DECE**Nosioci teme**

Prof. dr Dimitrije Miletić

Prim. dr Dimitrije Vulović

Prof. dr Dušan Teodosijevski

VI IMUNOLOGIJA U PEDIJATRIJI**Nosioci teme**

Doc. dr Vladimir Kolbas

Prof. dr Danica Korać

Prim. dr Mirko Mikuška

Radi ilustracije obimnosti rada Kongresa treba istaći da je podneto 13 uvodnih referata, 51 koreferat i izloženo oko 400 postera. Stoga je jasno da se ne može dati izveštaj o Kongresu „in extenso“.

Valja naglasiti da su sve kongresne teme bile aktuelne i značajne. Ipak, s obzirom na naše uslove rada, posebnu pažnju zaslužuju teme: HUMANIZACIJA BOLNIČKOG LEČENJA DECE, RAST I RAZVOJ S POSEBNIM OSVRTOM NA ADOLESCENCIJU i HRONIČNA OBOLJENJA DECE.

Prim. dr P. Kornhauzer (Ljubljana), jedan od pionira u borbi za humanizaciju hospitalizacije, u uvodnom referatu je, između ostalog, rekao: „Pod humanizacijom hospitalizacije podrazumijevam u širem smislu sve one medicinske, organizacijske, a također i ekonomske mjere koje će omogućiti čim racionalnije liječenje bolesnog deteta, prijem u bolnicu samo ako je to objektivno nužno i potrebno, a trajanje hospitalizacije — uzevši u obzir i socijalne faktore — smanjiti

na onaj minimum, koji je u skladu sa dostignućima suvremene pedijatrije. U užem, konkretnijem smislu pod humanizacijom hospitalizacije ćemo razmotriti što sve možemo učiniti da bi se dijete bolje osjećalo u bolnici, da bi hospitalizacija zapustila čim manje posljedice na njegov psihofizički razvoj“.

Veliku pažnju zaslužuju i ostala dva uvodna referata o temi HUMANIZACIJA BOLNIČKOG LEČENJA DECE: prof. dr Zora Konjajev govorila je o potrebi humanizacije u perinatologiji, a dr Anica Kos (obe iz Ljubljane) o ulozi pedopsihijatra u savremenoj dečjoj bolnici. Ovde se mora spomenuti i zapažen koreferat prim. dr Dragana Kovačevića (Zemun). „Šta sve ometa bržu humanizaciju u našim bolnicama“, koji je plod velikog ličnog iskustva i jedne ankete pedijatra širom Jugoslavije.

O kongresnoj temi RAST I RAZVOJ S POSEBNIM OSVRTOM NA ADOLESCENCIJU jedini uvodni referat podneo je prof. dr Dušan Vuković (Novi Sad), ali njegove opširne, i precizne preporuke za procenu rasta i razvoja dece i adolescenata, našle su se u beležnicama mnogih učesnika.

Veoma korisne i savremene podatke čuli smo i u koreferatima o ovoj temi: M. Dumić (Zagreb) — Prerani pubertet, M. Kadrnka-Lovrenčić (Zagreb) — Zakasneli pubertet, L. Matajčić i sar. (Ljubljana) — Niski rast, M. Banićević i sar. (Beograd) — Učestalost i uzroci visokog rasta u dece i S. Radmanović (Beograd) — Gojaznost.

Uvodni referat o najobimnijoj kongresnoj temi HRONIČNA OBOLJENJA DECE zajednički su pripremili prof. dr. D. Miletić (Banja Luka), prim. dr D. Vulović (Beograd) i prof. dr D. Teodosijevski (Skoplje). Završne diskusije o ovoj temi vodio je uvek rado slušani dr D. Vulović koji je formulisao i zaključke.

Značajne informacije za naš svakodnevni rad zabeležili smo iz koreferata: S. Vukadinović (Zagreb) — Prioriteti u našoj pedijatrijskoj kardiologiji, D. Teodosijevski (Skoplje) — Aktualnost i značaj hroničnih plućnih bolesti, M. Rolović-Popović (Beograd) — Savremeni principi prevencije, vođenja i lečenja hroničnih bubrežnih bolesnika, J. Kezić (Beograd) — Maligne neoplazme u dece, V. Milošević (Beograd) — Prilog poznavanju nastajanja nutritivnih poremećaja u dece s hroničnim enteropatijama, Lj. Zergollern (Zagreb) — Hromosomopatije u hroničnim oboljenjima i dr.

Zbog nedostatka prostora ostajemo dužni mnogim uvažanim nastavnicima i kolegama koji nisu spomenuti, kao i vama, čitaocima. Obrazloženje je navedeno, ukoliko je opravdano!

Skromni doprinos radu Kongresa dali su i pedijatri iz Leskovca koji su učestvovali sa posterima: Gordana Stošić i sar.: Uticaj psihofizičkih faktora i sredine na ukupni razvoj, pojavu puberteta i uspeh u školi; Nadežda Stojanović i sar.: Reakcije i adaptacija deteta na bolničku sredinu; Tomislav Sibinović i sar.: Faktori rizika i bio-psihofizički razvoj dece; Đorđe Marković i sar.: Sveobuhvatna društvena briga o deci na području Leskovca; Vitomir Rangelov i sar.: Problemi hospitalizma i mogućnosti prevencije.

Tokom Kongresa otvorene su i dve interesantne izložbe radova dece koja su bila na bolničkom lečenju u Ljubljani i Novom Sadu.

28. IX 1983. u okviru Kongresa, održana je i Skupština Udruženja pedijatara Jugoslavije, na kojoj je podnet izveštaj o radu u proteklom periodu, izabrani su novi članovi Predsedništva Udruženja i odlučeno da se naredni Kongres pedijatara Jugoslavije održi kroz 4 godine u Prištini.

Posebno priznanje treba odati prof. dr Dušanu Vukoviću, predsedniku

Organizacionog odbora, kao i njegovim saradnicima koji su doprineli da se rad Kongresa odvija besprekorno.

Za svaku pohvalu je i to što su organizatori uspeli da pre početka Kongresa štampaju Zbornik radova gde su dati prošireni izvodi iz uvodnih referata i koreferata i rezime radova u vidu postera.

Prim. dr Vitomir Rangelov

DRUGI JUGOSLOVENSKI KONGRES ZA NEUROLOGIJU I PSIHIJATRIJU RAZVOJNOG DOBA

Opatija, 12—15. 10. 1983.

12 kongresnih tema iz neurologije (neurologija neonatalnog doba, ekspanzivni procesi CNS u dece, novosti u terapiji i dijagnostici u dečjoj neurologiji, infatilni hidrocefalus, SIDS, imunologija i slobodne teme) i psihijatrije (psihoterapeutske tehnike u detinjstvu i adolescenciji, psihosomatski poremećaji u dece i omladine, poremećaji ponašanja, neuropsihologija i psihodijagnostika, psihofarmakoterapija u dečjoj psihijatriji, medikolegalni aspekti u dečjoj psihijatriji) obrađeno je u 293 referata. Fizički, zbog istovremenog održavanja u tri kongresne sale, bilo je nemoguće prisustvovati svim referatima, tako da će izneti utisci obuhvatiti samo jedan deo ovog impozantnog i veoma dobro organizovanog naučnog skupa.

U uvodnom delu, plenarne teme su se između ostalog bavile i nekim organizacionim i edukativnim problemima iz neurologije i psihijatrije razvojnog doba.

Neurohirurzi su izneli svoja iskustva u lečenju tumora CNS kod dece — nažalost, ohrabrujućih vesti nije bilo. Dijagnostika, potpomognuta sa CT, omogućila je rano dijagnosticiranje

tumora, međutim sama hirurška terapija, omogućila je produženje života kraće, ili ređe, i duže vreme u zavisnosti od stepena maligniteta i lokalizacije tumora. Hirurško lečenje je bilo kombinovano sa zračenjem i citostaticima. Bilo je i mišljenja da je kod nekih tumora zadnje lobanjske jame, bolje primeniti samo zračenje i citostatsku terapiju jer je onda period preživljavanja duži nego kod radikalne hirurške intervencije.

O interferonu, toliko spominjanom u poslednje vreme kao mogućem leku protiv malignih tumora CNS u dece, nije bilo reči.

Kao operativni problem istaknute su benignije neoplazme, ali „malignije lokalizacije“, kao što su: tumori treće komore i moždanog stabla, kraniofaringeomi itd.

U dečjoj epileptologiji istaknuta je prednost monoterapije nad politerapijom. Bilo je i pokušaja da se ponovo afirmiše intermitetna profilaksa febrilnih konvulzija, međutim sve se svelo samo na pokušaj. Istaknuta je i terapijska vrednost Rivotrila u lečenju epileptičnog statusa, pored već afirmisanih Valiuma i Diazepamata.

Bio je veoma interesantan rad o ranom otkrivanju i lečenju dece sa fenilketonurijom i konatalnom hipotireozom (rutinsko ispitivanje novorođene dece u porodilištu) koje su iznale kolege iz Zagreba, koja je ujedno i primer odlične organizovanosti zdravstvenih radnika na rešavanju ovog ne tako retkog problema, čime se omogućava detetu normalan psihomotorni razvoj.

Doajen dečje neuropsihijatrije prof. dr B. Radojičić referisao je o progresivnoj rubeolnoj embriopatiji.

Zatim su izneta iskustva u dijagnostici i lečenju hidrocefalusa, gde se CT pokazala kao nezamenljivo dijagnostičko sredstvo. Prikazan je i „Rigid spine syndrome“ miopatije bez imena, sindrom neuromiotonije

(ISAACS—MERTENSOV SINDROM) akutnog toka u 15 mesečnog deteta, rabdomioliza i mioglobinurija kod dece, transinaptička atrofija vidnih živaca kao diferencijalno dijagnostički problem prema ekspanzivnim intrakranijalnim procesima, kongenitalna asimetrija lica (klinička i EMG zapažanja), iskustva u lečenju mijastenije, imunološki aspekti mijastenije itd.

Za okruglim stolom vodila se rasprava o „sindromu iznenadne dojenčake smrti“ (SIDS). Pod SIDSom se podrazumeva smrt odojčadi koja su u dobrom opštem stanju, ili koja imaju takvo oboljenje od kojeg se ne očekuje da će izazvati smrt i čija se smrt često ostaje neobjašnjena posle izvršene obdukcije. Izneti su mogući etiološki faktori, patoanatomski i patohistološki nalazi, kao i upotreba kardiorespirografije u prevenciji SIDSa.

Psihijatri su izneli brojne psihoterapeutske tehnike (individualne i grupne) u lečenju psihijatrijskih poremećaja dece i omladine, kao i indikacije za njihovu primenu. Nije bilo nekih novina u psihofarmakoterapiji. Dosta je bilo reči o upotrebi psihostimulansa u dece sa hiperkinetičkim sindromom. Kolege iz Zagreba iznale su svoja iskustva o upotrebi flufenazina i depresivnom farmakogenom pomaku, tardivnim diskinezijama kao nuzefektima neuroleptičke terapije mladih. Jedinstveni je zaključak da sama farmakoterapija nije dovoljna za lečenje psihijatrijskih poremećaja kod mladih, zato je neophodno kombinovati sa odgovarajućim psiho i socioterapeutskim metodama. Iz ove oblasti vrlo interesantan rad bio je o biofodbeku u dečjoj neuropsihijatrijskoj praksi. Prikazani su i testovi za dijagnosticiranje MCD (minimalne cerebralne disfunkcije). Bilo je još dosta zanimljivih referenci, ali iz napred navedenih razloga nemoguće je i o njima nešto reći (radovi o neuropsihološkoj dijagnostici i psihosomatskom poremećajima dece i omladine).

Međutim na kraju moramo da se osvrnemo na nekritičnu upotrebu CT u dijagnostici. CT je sigurno nezamenljiva i dragocena metoda u otkrivanju mnogih oboljenja dece i omladine, ali to ne znači i zloupotrebiti je i koristiti onde gde je ne samo nepotrebna već i štetna (ZRAČENJE MLADOG ORGANIZMA), samo da bi se prikupio materijal za radove, uostalom to su primetili i kolege radiolozi iz Zagreba koji su upozorili na mogućnost ozračenja mladog organizma, kao i mogućnost zamene CT ultrazvukom u dijagnostici mnogih oboljenja.

Dr V. Andrejević i dr J. Pavlović

[illegible]

IZVEŠTAJ O RADU PODRUŽNICE SLD U LESKOVCU U 1983. godini

Rad podružnice SLD odbijao se kroz više oblika:

- Održavanje stručnih sastanaka Podružnice,
- Održavanje stručnih sastanaka Podružnice sa pojedinim sekcijama i aktivistima SLD-a,
- Učestvovanje na stručnim sastancima van Leskovca,
- Publikacije stručnih radova u časopisima,
- Izdavanje Zbornika stručnih radova lekara Podružnice SLD, sada časopisa Apollinem medicum et Aesculapium, izdavanje zbornika radova sa skupova koje je organizovala Podružnica i drugih publikacija. U pripremi je izdavanje Zbornika radova sa VIII naučnog sastanka hirurga Srbije.
- U periodu januar—decembar 1983. godine održano je 10 **stručnih sastanaka** na kojima su obrađene pojedine teme.
- 9. februara — dr Aleksandar Janković: „Etiopatogeneza dijarealnog sindroma“.
- 10. marta — prof. dr Milan Đorđević iz Beograda: „Sistemi za elektrostimulaciju srca“.
- 7. aprila — dr sci. Prvoslav Marković: „Hronopsihofiziološki principi u savremenoj praksi“.
- 15. aprila, gosti iz Beograda odr-

AKTIVNOSTI U PODRUŽNICI

žali su stručno predavanje sa sledećim temama:

Prof. dr Vojislav Stojanović: „Politraumatizam sa aspekta lekara opšte medicine“,

Prof. dr Sveta Lekić: „Krvarenja iz gornjeg dela digestivnog trakta“ i

Prim. dr Živorad Zajić: „Rupture dijafragme — dijagnoza i lečenje“,

—Od 9—13. maja održan je kurs Inovacija znanja iz reumatologije. Predavači su bili naši renomirani stručnjaci sa Reumatološkog instituta SRS Beograd.

—18—21. maja održan je VIII naučni sastanak hirurga Srbije. Tema sastanka bila je „Oboljenja, povrede i tumori dojke“. Naši renomirani stručnjaci iz ove oblasti medicine podneli su blizu 70 referata.

—25. maja — prof. dr Predrag Lalević: „Kardio-pulmonalna reanimacija — cardiac arrest.“

—24. septembra organizovan je treći dan V internacionalnog simpozijuma urologa. Na ovoj stručnoj manifestaciji, svoje stručne radove izložili su eminentni stručnjaci iz oblasti urologije iz Jugoslavije i inostranstva. Podneto je 25 referata.

—30. septembra — dr Radomir Stanković: „Vertiginozni sindrom“. Posle predavanja prikazan je film o Menijerovoj bolesti.

—13. oktobra lekari Centra za zdravstvenu zaštitu žena, dece i omladine u Leskovcu održali su stručno predavanje sa sledećim temama:

Dr Branislava Savić: „Žutice kod novorođene dece“,

Dr Đorđe Marković: „Konvulzivni sindrom kod dece“ i

Dr Tomislav Sibinović: „Uticaj rizikofaktora na psihofizički razvoj dece i potreba za formiranjem central-

nog registra“.

—25. novembra Sekcija za saobraćajnu medicinu SLD i Podružnica SLD u Leskovcu, organizovali su stručni sastanak sa sledećim temama:

Prof. dr sci. Srećko Pandurović: „Značaj utvrđivanja alkoholisanosti legi artis“.

Prim. dr sci. Miodrag Jekić: „Saobraćajni znaci i saobraćajne nezgode pešaka“ i

Prim. dr Vukadin Ristić, prim. dr Miodrag Tasić i prim. dr Milan Levi: „Problemi saobraćajnog traumatizma na području Medicinskog centra Leskovac“.

—**Predsedništvo Podružnice SLD u Leskovcu** često se sastajalo i raspravljalo o aktuelnim problemima iz rada Podružnice. Održani su sledeći sastanci:

—6. januara raspravljano je o smenskom radu u zdravstvenim ustanovama. Istog dana održan je i sastanak svih članova Podružnice na kome je vođena rasprava o istoj temi.

—21. januara analiziran je finansijski izveštaj o poslovanju za period januar—decembar 1982. godine.

—4. februara razmatrani su predlozi za dodelu nagrade „Dr Dragiša Mišović“. Jednoglasnom odlukom članova Predsedništva predložen je Živojin Mitrović, sekretar SIZ-a zdravstvene zaštite južnomoravskog regiona.

—28. marta diskutovano je o radu Komisije za izdavanje lekarskih uverenja i nadoknadi lekarima Komisije za polaganje vozačkog ispita u granicama dozvoljenih 13 odsto shodno odlukama Skupštine SIZ-a.

—12. maja razmatran je Nacrt Statuta SLD. Formirane su komisije Podružnice SLD i to: Komisija za saradnju sa susednim podružnicama, Komisija za stručno i naučno obrazovanje kadrova, Komisija za izdavačku delatnost i Komisija za borbu protiv bolesti zavisnosti.

—9. juna formiran je Uređivački odbor za izdavanje Zbornika radova Podružnice SLD u sledećem sastavu:

dr Vlastimir Perić, prim. dr Milorad Sokolović, prim. dr Miodrag Pavlović, prim. dr Slobodan Stojanović, prim. dr Vukadin Ristić, dr Tomislav Petrović, prim. dr Miloš Manić, prim. dr Tomislav Stojičić, prim. dr Miodrag Tasić, prim. dr Milan Levi, dr Mile Popović, prim. dr Dragomir Marković, prim. dr Živka Srećić, dr Ljubiša Matić, dr Aleksandar Janković, prim. dr Božidar Jović i dr Istraël Beraha.

Članovi Izdavačkog saveta su: prim. dr Vukadin Ristić (predsednik), prim. dr Dragomir Marković, prim. dr Miodrag Tasić, dr Vlastimir Cvetković, Miroslav Milovanović, prof. — Medicinska škola, Slobodan Mladenović, prof. — Kulturni centar, prim. dr Živka Srećić, prim. dr Siniša Stamenković, dr Veselin Petrović, dr Dušan Stošić i dr Petar Vukićević.

Glavni i odgovorni urednik je dr Miomir Milovanović.

Članovi Komisije za izdavačku delatnost su: prim. dr Vitomir Rangelov, prim. dr Milan Levi i dr Bisenija Stanković.

—9. septembra razmatrane su molbe i zahtevi, kao i tekuća pitanja od značaja za rad Podružnice.

—22. septembra razmatrani su i usvojeni samoupravni akti Podružnice SLD. Doneta su i konkretna rešenja i zaključci po prispelim molbama i predlozima.

—17. novembra razmatran je i usvojen Program rada Podružnice SLD za 1984. godinu.

—4. novembra Komisija za davanje mišljenja za dodelu stručnog zvanja primarijus razmatrala je prispele zahteve za dodelu ovog stručnog zvanja.

—Redovna godišnja skupština Podružnice SLD održana je 28. aprila sa sledećim dnevnim redom:

Izveštaj o radu Podružnice SLD u Leskovcu za period decembar 1981.—maj 1983. godine.

Izveštaj o finansijskom poslovanju Podružnice SLD.

Izbor radnih tela skupštine.

—Diskusija po podnetim referatima, odnosno izveštajima.

Na sastanku je izabrano i novo Predsedništvo, kao i članovi Suda časti i Samoupravne radničke kontrole.

Novi članovi predsedništva su: dr Dušan Kolak, prim. dr Vitomir Rangelov, dr Bisenija Stanković, dr Dragan Stamenković, dr Trajko Miljković, dr Kostadin Kulić, prim. dr Milan Levi, prim. dr Vukadin Ristić (predsednik), dr Vlastimir Cvetković, dr Milisav Zdravković, dr Dobrivoje Stamenković, dr Dušan Stošić, dr Stanoje Pejić, dr Sreten Stanojević i dr Predrag Nikolić.

Članovi Suda časti su: prim. dr Dragomir Marković, prim. dr Miodrag Pavlović i prim. dr Živka Srećić.

Članovi Samoupravne radničke kontrole su: prim. dr Miodrag Tasić, prim. dr Miloš Manić i dr Đorđe Kostić.

—14. septembra razmatrana je rezolucija SR Srbije o zdravstvenoj zaštiti i Nacrt zakona o zdravstvenoj zaštiti. Posle diskusije doneti su zaključci i predlozi.

—18. oktobra održan je zajednički sastanak članova Uređivačkog odbora, Izdavačkog saveta i Komisije za izdavačku delatnost. Razgovarano je o novoj koncepciji Zbornika i njegovom novom imenu. Zaključeno je da Zbornik treba da preraste u časopis Podružnice, usvojeno je nova koncepcija i ime.

—20. oktobra Stomatološki aktiv Podružnice SLD razmatrao je Nacrt Zakona o izmenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Nacrt društvenog dogovora o bližoj razradi merila za organozovanje OOUR-a u zdravstvenoj delatnosti i Predlog o skraćivanju radnog vremena i staža za stomatologe.

Povodom Dana osnivanja SLD — 22. aprila, SLD je dodelio priznanja našim članovima: prim. dr Miloradu Sokoloviću i prim. dr Vukadinu Ristiću — Spomen plaketu, Diplomu

dr Vlastimiru Cvetkoviću, a zahvalnice prim. dr Siniši Stamenkoviću i dr Milutinu Pejiću.

Udruženje pneumoftiziologa Jugoslavije dodelilo je priznanje prim. dr Živki Srećić za dugogodišnji predani rad u Pneumoftiziološkoj službi povodom 17. kongresa pneumoftiziologa Jugoslavije, koji se održao od 8. do 10. juna 1983. godine u Portorožu, gde je prim. dr Živka Srećić sa svojim saradnicima dr Dimitrom Mitovim i dr Dragoslavom Stojanovićem imala tri zapažena rada.

Podružnica SLD u Leskovcu je povodom proslave 100-godišnjice zdravstvene zaštite i 75-godišnjice zdravstvene službe dobila Povelju od Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu.

Danas naša Podružnica objedinjuje rad blizu 360 lekara sa područja Leskovca, Grdelice, Vučja, Bojnika, Medveđe i Lebana.

U redovima našeg članstva ima 120 lekara specijalista i oko 20 primarijusa. Lekari stomatolozi organizovani su u poseban Aktiv stomatologa koji je deo naše Podružnice.

Mnogi članovi naše Podružnice su uključeni u rad užih, strukovnih sekcija. (Podaci su dobijeni od rukovodilaca pojedinih službi):

—Beraha dr Istraël — član Predsedništva Stomatološke sekcije Srpskog lekarskog društva SR Srbije

—Veličković dr Milorad — Član Predsedništva Saveza udruženja distrofičara Srbije, član Stručnog odbora Zajednice klubova lečenih alkoholičara Srbije i delegat Jugoslovenske konferencije Saveza za borbu protiv alkoholizma Jugoslavije

—Janković dr Aleksandar — član Predsedništva Sekcije infektologa SR Srbije, član Predsedništva Saveza za borbu protiv alkoholizma Jugoslavije.

—Jović prim. dr Božidar — član Predsedništva Sekcije za perinatalnu medicinu SR Srbije, konsultant u

radnoj grupi za razvoj perinatalne medicine SR Srbije

—Jovanović dr Miroslav — član Predsedništva Sekcije socijalne medicine SR Srbije

—Manić prim. dr Miloš — potpredsednik Oftamološkog aktiva južne Srbije sa sedištem u Nišu i potpredsednik Ispitne komisije za polaganje specijalističkih ispita pri Medicinskom fakultetu u Nišu

—Matić dr Ljubiša — član Predsedništva Sekcije sa fizikalnu medicinu i rehabilitaciju pri SLD

—Marković prim. dr Dragomir — predsednik Koordinacionog odbora Skupštine SIZ-a za zdravstvo Južnomoravskog regiona, član Predsedništva SLD, član Republičke komisije za neuropsihijatriju, član Predsedništva Sekcije za psihijatriju, član Koordinacionog tela Skupštine SIZ-a zdravstvenog osiguranja SR Srbije

—Petrović dr Živojin — član Republičke komisije za transfuziju krvi SR Srbije.

—Petrović dr Veselin — član Republičke komisije za higijenu i očuvanje čovekove sredine i član Republičke stručne komisije za sprečavanje, suzbijanje i odstranjivanje zaraznih i parazitarne bolesti

—Perić dr Vlastimir — član Republičke komisije za reumatizam i predsednik regionalne Komisije za reumatizam

—Ristić prim. dr Vukadin — član Skupštine SLD i član Upravnog odbora Hirurške sekcije SLD

—Stojanović prim. dr Slobodan — član Republičke komisije za bubrežne bolesti

—Sokolović prim. dr Milorad — član Upravnog odbora pedijatrijskog aktiva u Nišu

—Stojčić prim. dr Tomislav — član Predsedništva ginekološko-akušerske sekcije SLD

—Tasić prim. dr Miodrag — predsednik Predsedništva Sekcije za medi-

cinu rada SR Srbije, član Predsedništva Zajednice zdravstvenih ustanova SR Srbije, član skupštine Saveza zdravstvenih radnih organizacija Jugoslavije, član predsedništva Sekcije za medicinu rada Jugoslavije.

—Tričković-Mitrović dr Ljiljana — predsednik Aktiva stomatologa Podružnice SLD u Leskovcu, član predsedništva Stomatološke sekcije SLD, član Predsedništva Protetske sekcije SLD

—Turović dr Miloš — delegat Republičkog sindikata za zdravstvo i socijalnu zaštitu južnomoravskog regiona

—Cvetanović dr Tomislav — član Predsedništva Sekcije otorinolaringologa SR Srbije

—Cvetković dr Tomislav — član Predsedništva Sekcije za neurologiju SLD, član Predsedništva Sekcije za kliničku neurofiziologiju SLD, član Predsedništva lige za borbu protiv epilepsije, član Predsedništva Udruženja za EEG i kliničku neurofiziologiju Jugoslavije i član Komisije za razvoj neurologije SR Srbije.

Predsednik Predsedništva
Podružnice SLD u Leskovcu
prim. dr Vukadin Ristić

MOGUĆNOSTI

NAUČNO-ISTRAŽIVAČKA DELATNOST NA TERITORIJI PODRUŽNICE SLD U LESKOVCU — MATERIJALNI RESURSI

Predstava o provinciji u smislu bavljenja naučno-istraživačkom delatnošću vezana je kod većine za predstavu o provinciji u geografskom i kulturološkom smislu, premda ima dosta primera koji to osporavaju. Stoga je i smisao ovog priloga da ukaže na postojeće materijalne resurse te da teret odgovornosti za (ne)bavljenje naučno-istraživačkom delatnošću prebaci sa „objektivnih“ na „subjektivne“ faktore. Neko će — kod nas je to sasvim razumljivo — da „pita“: „A ko će onda da leči ljude?“ Mišljenje da nam je kao visoko obrazovanim ljudima, a posebno kao zdravstvenim radnicima, bavljenje naukom u bilo kom od njenih vidova *conditio sine qua non* baš u cilju uspešnog lečenja, neka posluži umesto odgovora. Krenimo, dakle, od sredstava.

Autoru ovih radova neshvatljivo je da, pored tolikih ljudi koji se profesionalno bave politikom zdravstva, formiranje jednog Odeljenja za nukleranu medicinu, na primer, ne bude praćeno finansijskom pomoći Osnovne zajednice nauke Južnomoravskog regiona (dalje Zajednica), tim pre što bi ovo odeljenje zbrinjavalo bolesnike sa regiona, a pomoć bi mogla da se odnosi na onaj deo posla oko njegovog formiranja vezan za prikupljanje relevantnih naučnih informacija,

subspecijalizaciju kadrova i sl. što je u domenu delatnosti Zajednice. Budući da je ovome uzrok i neinformisanost, osvrnimo se ukratko na ustrojstvo i ulogu Zajednice na planu naučno-istraživačke delatnosti.

Ona je deo Republičke zajednice nauke Srbije. U njoj radni ljudi i građani na načelima uzajamnosti i solidarnosti ostvaruju svoje lične i zajedničke potrebe i interese u oblasti nauke. Sredstva koja se na nivou Južnomoravskog regiona ostvare za nauku dele se tako što 70% odlazi za potrebe Republičke zajednice, a ostatom raspolaže Osnovna zajednica. Za proteklu godinu ta sredstva su (prema planu) iznosila tri stare milijarde i većim delom su utrošena za realizaciju naučno-istraživačkih programa, a manjim (500 starih miliona) za opremu i usavršavanje naučnih kadrova. U pitanju su, dakle, značajna materijalna sredstva. Međutim, udeo projekata iz domena medicine u njihovom angažovanju je mali (projekti iz eksperimentalne medicine čiji je korisnik „Zdravlje“ finansirani su u okviru tehničko-tehnoloških nauka). Radi se o sledećim projektima:

1. Rano otkrivanje deformiteta kičmenog stuba školske dece, njegova prevencija i lečenje — Ortopedska klinika Skoplje i Medicinski centar Leskovac;

2. „Istraživanje etioloških faktora i kliničko ispitivanje endemske nefropatije na području Južnomoravskog regiona sa osvrtom na samu nefropatiju i na tumore urotela u uzročnoj vezi sa endemskom nefropatijom“. — OOUR Hirurških delatnosti Medicinskog centra.

3. „Kliničko i epidemiološko ispitivanje endemske nefropatije u slivu

Južne Morave“ — Južnomoravski region.

Ukupna vrednost ovih projekata iznosi nešto preko 200 starih miliona od čega je učešće Zajednice 55 miliona. Njen doprinos veći je kada je u pitanju poslediplomsko obrazovanje kadrova u oblasti medicine, za šta je do sada uloženo 100 miliona.

Skromno ulaganje Zajednice u biomedicinska istraživanja (u istraživanja iz domena društveno-istorijskih nauka samo u toku prošle godine planirana su ulaganja od 160 miliona) rezultat su (ne)zainteresovanost onih koji bi mogli da ih realizuju. Ako ovome dodamo i (ne)blagovremenost i (ne)ozbiljnost pojedinih izvaštaja po već odobrenim projektima slika stanja može da se kompletira.

Budući da Zajednica srednjoročni plan realizuje 1985., do tada je moguće pripremiti ambicioznije projekte iz biomedicinskih istraživanja za period 1985—1990. Eventualne predloge novih projekata pre pomenutog roka razmatraju odgovarajuća tela Zajednice i ukoliko se u ukupnom prihodu pojavi višak sredstava mogu da ih odobre.

Stručna medicinska literatura bitan je preduslov uspešnog bavljenja naučno-istraživačkom delatnošću. Iako je bolnička biblioteka po svom fondu daleko od toga da obezbedi i minimum informisanosti u okviru struke, situacija nije tako crna kao što na prvi pogled izgleda. Razvijenost informaciono-dokumentacione delatnosti na tom je stepenu da je moguće brzo i jeftino, a na osnovu deskriptorima precizno opisanog problema koji je od interesa, izvršiti kompjutersku pretragu odgovarajućih banki podataka u svetu preko nekog od terminala u zemlji i dobiti relevantne reference (sa abstraktima). Na osnovu njih je lako nabaviti originalne članke kod neke od većih biblioteka u zemlji. Za one koji imaju više vremena u biblioteci Sektora za primenjena istraživanja i razvoj „Zdravlja“ postoje publikacije kao što

su INDEX MEDICUS ili CHEMICAL ABSTRACTS u kojima su popisani praktično svi radovi koji se u svetu objavljuju te je među njima lako naći i one relevantne. Naravno, tu ima i eminentnih časopisa iz domena farmakologije, patofiziologije, problematike kardiovaskularnog sistema, farmacije i sl. što, sve skupa, pruža mogućnost uvida u najnovija dostignuća u svetu, odnosno, solidnu literaturnu obradu problema kojima se želimo baviti.

Što se tiče naučno-istraživačke opreme situacija je malo teža, ali ne i bezizlazna. Ovo tim pre što se za klinička istraživanja koristi i ona oprema koja se normalno koristi u procesu lečenja bolesnika. Stoga je i šansa onih koji rade na bolje opremljenim odeljenjima ili čiji rad podrazumeva kvalitetniju i obimniju laboratorijsku i drugu analizu veća. Ako tome dodamo mogućnosti opreme instalirane za pretklinička istraživanja u Sektoru za primenjena istraživanja i razvoj, „Zdravlja“ a ista se može koristiti ukoliko postoji saglasnost interesa učesnika u realizaciji projekta, onda vidimo da nema razloga pesimizmu.

Ako sve ove informacije pomognu nekome da se medicinom bavi ne samo kao strukom već i kao naukom i to makar u onom obimu u kome je to bavljenje sastavni deo opšte kulture življenja, napor autora na pripremi ovog priloga nije bio uzaludan.

Ivica Savić

Odeljenje za eksperimentalnu medicinu,
Sektor za primenjena istraživanja i
razvoj — „Zdravlje“

PENZIONISANI

DR OLGA DREKALOVIĆ, rođena Jovanović 16. 2. 1923. u Beogradu. Diplomirala na Medicinskom fakultetu u Beogradu 1958. Za vreme studija bila je aktivan član KUD „Branko Krsmanović“ i učestvovala u različitim radnim akcijama. Svoju lekarsku praksu otpočela je u Beogradu, a zatim je radila u Sjenici i najveći deo u Medveđi. Izvesno vreme je provela na usavršavanju iz mikrobiologije u Hamburgu, u Nemačkoj, a zatim se ponovo vratila u Medveđu gde je radila kao lekar opšte prakse do penzionisanja 1. 7. 1983. U zajednici sa regionalnim i republičkim SIZZZ, i kao direktor Doma zdravlja u Medveđi angažovala se oko izgradnje nove zgrade Doma zdravlja, dveju zdravstvenih stanica i 3 ambulate. U toku svoje lekarske prakse posebnu pažnju je posvećivala prevenciji i zdravstvenom prosvetivanju. Kao lekar u zabačenom kraju, gde je bilo malo lekara, dr Drekalović je humanost i požrtvovanost, teškoće, ali i lepote našeg poziva morala da iskazuje i kuša svakodnevno. Za svoj rad je dobila Nagradu dr Dragiša Mišović i Pohvalu SSO Medveđa.

DR FRANJO EHMANN je rođen 2. 4. 1919. u Apatinu. Medicinski fakultet je završio 1944. u Segedinu u Mađarskoj. Tamo je i apsolvirao na Antropologiji. Do 1961. radio je u Sanitetskoj službi JNA, u činu sanitetskog majora. Nakon toga dolazi na mesto načelnika Zdravstvene stanice broj 1 Doma zdravlja u Leskovcu. Od 1965. postaje savetnik SIZZZ Leskovac i tu radi do penzionisanja, 1. 7. 1983. Iz ove problematike je objavio i saopštio više radova. Inicirao je organizovanje oporavka dece iz tu-

berkuloznog kontakta u Dečjem oporavilištu u Velikoj Kopašnici u kojem je, kao predsednik Saveta oporavilišta, osnovao Školu u prirodi. Dr Eman je suosnivač Dispanzera za sportsku medicinu u Leskovcu. Angažovao se u radu Crvenog krsta za šta je dobio Zlatni znak priznanja Saveznog odbora. Dr Eman će ostati u sećanju kao čovek široke kulture, obrazovanja i interesovanja, po izuzetnoj korektnosti u svakodnevnim kontaktima sa pacijentima i kolegama, po nesebičnosti sa kojom je delio sa kolegama svoje široko znanje, iskustvo i organizatorske sposobnosti i kao strastveni i izuzetno upućen filatelista.

DR DRAGANA JOVANOVIĆ, stomatolog specijalista za ortopediju vilica, je rođena 7. 2. 1932. u Smederevskoj Palanci, gde je završila osnovnu školu i gimnaziju. Diplomirala je 1960. na Stomatološkom fakultetu u Beogradu. Iste godine se zaposlila u sadašnjem Zavodu za stomatološku zdravstvenu zaštitu i tu radila do penzionisanja. Od 1963. posle usavršavanja i pogotovu posle specijalizacije iz ortopedije vilica koju je završila 1970. počela je da se bavi ovom problematikom. Kao prvi specijalista za ortopediju vilica na našem području organizovala je ovu službu i od 1970—1981. bila šef Odseka za ortopediju vilica našeg Zavoda. Bila je aktivna u SLD — bila je Predsedavajući Sekcije ortodonata SLD i u 2 mandata član Upravnog odbora Stomatološke sekcije SLD. Učestvovala je na većem broju stručnih sastanaka i kongresa sa 17 stručnih radova. Dr Jovanović je bila aktivan društveni radnik. Istrajno i dosledno, naoružana pravim vrednostima — znanjem i entuzijazmom, krčila je

težak put afirmacije jedne mlade stomatološke nauke. Ispravljene anomalije vilica i zuba, sačuvana funkcija žvakanja i lepota srećnog osmeha dece i odraslih ljudi je njen dar ovom gradu.

DR MIHAJLO LOŽIČKOVIĆ je jedan od retkih lekara koji je otišao u penziju posle 52 godine predanog rada, 17. 7. 1981. U I svetskom ratu prešao je preko Albanije, a posle iz Soluna upućen na školovanje u Dandi, u Škotskoj. Po povratku je upisao Medicinski fakultet u Zagrebu, a diplomirao je na Medicinskom fakultetu u Beogradu 1930. Prve godine lekarskog staža je proveo u Osijeku i okolini. Za vreme okupacije je izvesno vreme radio u Kumanovu, a zatim prešao u Leskovac. Po oslobođenju Leskovca 1944. organizovao je zdravstvenu službu opšte prakse. Tokom službovanja bio je načelnik Opšte službe, a više godina i član regrutne, vojne invalidske i drugih zdravstvenih komisija. Dr Ložičković je bio čovek koji nije znao da mrzi. Njegovu toplinu i humanost su osećali i mnogobrojni pacijenti i saradnici. Bio je poslovično tačan, disciplinovan, odgovoran u svome odnosu prema radu, pacijentima i društvenoj imovini. I u 80 godini mu nije bilo teško da radi svakodnevno i u ambulantama udaljenim od Leskovca. Dr Ložičkoviću nisu nikada bili važni položaji i rukovodeće funkcije, bio je uvek predan svojim pacijentima. I u privatnom životu družio se sa običnim ljudima, zanatlijama, tražeći zadovoljstvo u svakodnevnim stvarima.

DR DOBRIVOJE STAMENKOVIĆ, ginekolog, je preživeo strahote Banjičkog logora i internacije u Nemačkoj. Posle oslobođenja je učestvovao udarnički na više radnih akcija. Medicinu je studirao od 1945—52. Posle završenih studija rešenjem je određen i upućen na rad u Sijarinjsku Banju, a posle u Lebane. Rad lekara u to vreme

i u tim uslovima je bio izuzetno težak — borba protiv tifusa, dečje paralize. 1964. godine je otpočeo specijalizaciju iz ginekologije i akušerstva. Po završenoj specijalizaciji bio je direktor Doma zdravlja u Lebanu do 1973. a nakon toga je bio rukovodilac odeljenja ginekologije i akušerstva sve do penzionisanja. Za svoj rad je više puta dobio razna priznanja, između ostalih od SO Lebane i Srpskog lekarskog društva. Najveće priznanje ipak ostaje ono koje se oseti u svakodnevnim susretima sa ljudima.

DR DANILO STOJILJKOVIĆ je rođen 1. 3. 1914. u Dadincu kod Leskovca. Medicinski fakultet, specijalizaciju iz interne medicine i sanitetsko-oficirsku školu je završio u Beogradu. Početak II svetskog rata ga zatiče na položaju batoljanskog lekara kada i biva zarobljen. Beži iz nemačkog logora u Tetovu. Kasnije ga postavljaju za upravnika bolnice u Vlasotincu. Zbog lečenja partizana hapsi ga Gestapo 1943. ali se on ipak nekako izvlači. Nakon zatvora biva postavljen za načelnika internog, infektivnog i prijemnog odeljenja gde pomaže obolelim partizanima i njihovim porodicama. Zbog ovoga je bio neprekidno pod prismotrom i zabranjeno mu je da napušta grad. Pred kraj rata bio je upravnik Korpusne bolnice, upravnik Bolnice teških ranjenika, referent saniteta X srpske brigade, upravnik Sanitetske škole V armijske oblasti. Po demobilizaciji se vraća u Leskovac gde je radio sve do penzionisanja na različitim odgovornim dužnostima (šef Zdravstvene službe za okrug Leskovac, šef Kardiološkog odseka, načelnik Internističke službe, VD upravnika bolnice, savetnik u Domu narodnog zdravlja). Dr Stojiljković je bio aktivan u Podružnici SLD, u radu Crvenog krsta, u Udruženju rezervnih sanitetskih oficira, na zdravstvenom prosvetivanju i u nastavnom radu (predavao je u Medicinskoj školi od njenog osni-

vanja). U okviru ovih aktivnosti održao je veći broj predavanja i napisao veći broj članaka. Za svoj stručni i društveni rad odlikovan je Ordenom rada sa zlatnim vencem maršala Tita, Ordenom zasluga za narod, Ordenom za vojničke zasluge, Zlatnim znakom za rad u Crvenom krstu i drugim. Dr Stojiljković je osnovao EKG kabinet naše bolnice.

IZ ISTORIJE NAŠEG ZDRAVSTVA

**100 GODINA ORGANIZOVANE
ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I
75 GODINA ORGANIZOVANE
ZDRAVSTVENE SLUŽBE**

(Iz referata prim. dr Miodraga Tasića,
čitanog na svečanoj Akademiji povodom
jubileja zdravstva 10. 10. 1982.)

Tradicija zdravstva na ovim prostorima i u ovim krajevima je dubokih korena. Doseže u davna vremena, patinom pokrivena. Istorija njegova je nerazlučna od istorije svekolikog razvoja, neodvojiva od bitke za goli čovekov opstanak u minulim decenijama, od razvoja, rasta i prerastanja u budućnost. Zato ove godišnjice nisu i ne mogu biti običan praznik, niti su svečarsko prelistavanje proteklog veka. Jubileji su zdravstva i naroda, trenuci koji znače doživljaj istorije. Pomenimo samo neke, značajnije i bitnije, one što su dublje urezane...

Pre 12 decenija, u sumrak osmanlijske vladavine ovim krajevima, u praskozorje zbacivanja turskog jarma i proterivanja Turaka, daleke 1862. godine, ećim-baša, apotekar Đorđe Aleksić, otvara u Leskovcu prvu i, za ono vreme, za prilike ondašnje, pravu Apoteku. Poreklom Grk, rođen u Janjini 1842. godine, Aleksić izučava farmaciju u Carigradu, tamo diplomira i prvu Apoteku u našem gradu imenuje imenom znamenitog Hipokrata. Radila je i bila ustrojena onako kako je turskim uzorima dolikovalo. Nalazila se na mestu gde se danas uzdiže stambena zgrada Južni blok.

Posle Đorđa Aleksića, diplomirani farmakolog Petar Đorđević isto tako

otvara apoteku 1886. godine. Bila je kraj ondašnje užarske pijace, na mestu gde je danas Apoteka „Sutjeska“.

Radile su apoteke kao i svaka druga radnjica. Narod je kupovao lekarije, vreme je teklo, sustizale godine. Ipak, dugo nisu potisnuti samouki vidari, nadrilekari, trgovci, travari i njima slični opsenari. Žilavo su se nametali, na ruku im išli nepismenost i neukost, siromaštvo i neprosvećenost, neznanje i strah, čamotinja i bolest bolesnih i napaćenih. Vrebale su i pretile bolesti, harale zaraze, kosila smrt i carovale zablude.

Ipak, narod je negovao svoju narodnu medicinu, svoju zdravstvenu kulturu. Koristio je lekovito bilje koje su generacije vekovima u praksi proveravale. Brao mirišljave trave, izdanke, cvetove i korenje, spravljao čajeve, kupke i meleme. Brojne „lekarije“, „recepti“ i usmena predanja ostali su do ovog vremena, sačuvana je živa reč koja je nadživela decenije, koja se prenosi kao znamenje i amanet potonjima.

Godine 1978. kada su naši preci—ustanici—ognjem, mačem i motikom proterali Turke, prosvetne, kulturne i druge prilike postepeno se poboljšavaju. U to davno vreme u Leskovcu nastavlja rad jedan od preteča, ećim-lekar Panajot, takođe grčkog porekla. Domaćih lekara tada nije moglo biti jer je tursko ropstvo tek zbačeno.

Iz sačuvanih zabeležaka, te godine u Leskovcu je privremeno stacionirana pokretna vojna bolnica, i s njom vojni lekari — Marko Marković, Josif Maržika, sanitetski kapetan, dr Đerman, komandant pokretne vojne bolnice i drugi. Svoje ogranke ta bolnica imala je u Vlasotincu i Bojniku, a potom u susednom Slišanu.

Zbog ratnih operacija tih godina, i potreba, vojna bolnica je sa stotinu — narasla na 4 stotine bolesničkih kreveta. U njoj su lečeni srpski i turski vojnici i ranjenici, zarobljenici i civilno stanovništvo.

Te godine vojni lekari su u Leskovcu i okolini organizovali vakcinaciju stanovništva protiv velikih i kravljih boginja. Bila je to prava vakcinacija u ovom kraju. U to vreme ovde se prvi put osniva Pododbor srpskog društva Crvenog krsta, na čijem je čelu Jovan Krsić.

Shvatajući tragične zdravstvene i druge prilike, Pododbor neumorno radi na širenju zdravstvene kulture u narodu, bori se za poboljšanje zdravstvenih prilika, uslova i osnova. Formiraju se prve civilne medicinske institucije koje su istinski začeci i pravi počeci razvoja zdravstvene službe u ovim krajevima. Ispisuju se nove stranice u životu naroda, obeležava novo poglavlje u oblasti zdravstva, zdravstvenog prosvetavanja i kulture.

Prvog sreskog lekara Leskovac je dobio 1882. godine, pravo pre jednog stoleća, ravno pre jednog veka. Upućen je ovde na osnovu odredaba Zakona o uređenju sanitetske službe i čuvanju narodnog zdravlja. Zakonski projekat i program usvojila je ondašnja Kneževina Srbija. Dekretom je za lekara postavljen dr Đrđe Dalaropulović. Imenovanjem mu je, uz ostalo, naloženo da se „bavi zdravstvenom problematijom i organizovanjem zdravstvene službe u srezu leskovačkom“.

Naš cenjeni prethodnik, uvaženi dr Đorđe Dalaropulović, ostao je na toj dužnosti 2 godine. Rodonačelnik je organizovane zdravstvene službe u našem kraju i godina 1882. je naznačena i označena kao prva, kao početna u tom lancu, kao početna na toj lestvici, u toj oblasti.

Odlaskom dr Dalaropulovića, na njegovo mesto biva postavljen dr Đorđe Petrović 1884. godine. Nepunu

godinu potom Leskovac dobija prvog opštinskog lekara. Dekretom je imenovan dr Rista Mihajlović. Prvog lekara, rođenog u Leskovcu, naš grad dobija 1896. godine. Bio je to neumorni Borisav Pavlović, koji je medicinske nauke završio u Beču. Neiscrpna je ljudska energija dr Pavlovića, entuzijasta je širokih razmera, čovek od znanja i umenja, ličnost koja se ne-sebično predaje svom uzvišenom pozivu. Leči bolesne i napaćene, brižno izučava zdravstvene, socijalne i druge probleme prilike naroda u leskovačkom kraju. Rana i nenadana smrt 1898. godine otrgla je iz života ovu izuzetnu ličnost.

Borisav Pavlović takođe je bio lekar sreza jablaničkog u Lebanu, dok je prvi lekar sreza vlasotinačkog u Vlasotincu 1888. godine bio dr Milan Moravac, a godinu dana kasnije zamenjuje ga dr Mihajlo Savičić. Prvi lekar u srezu jablaničkom bio je Hranislav Mihajlović koji je dekretom postavljen 1892. godine.

Dozvolite mi da pomenem i još neke datume, još neke fragmente iz istorije zdravstva ovog kraja. U Leskovcu se 1896. godine formira prvo Društvo za školsku higijenu i njime rukovodi dr Svetozar Miljković. Godine 1890. u naš grad stiže prva diplomirana babica, Sofija Dragić, školovana u Beogradu. Godine 1912. u našem gradu počinje rad Sofija Dimitrijević, prvi zubni lekar, koja je škole završila u Petrogradu.

Iz isteklog vremena, brojnih podataka, sačuvanih beležaka i fragmenata pomenimo još neke detalje, važnije među najvažnijim. Neka ne bude zamereno što mnoge činjenice u ovom trenutku ne mogu biti navedene, pobrojane i nabrojane. Učinimo to, s dužnim poštovanjem, u drugoj prilici, bliže ćemo prikazati i objasniti, celovitije, jasnije i sadržajnije u monografiji o razvoju zdravstva u ovom kraju koja je u pripremi i čiji će sadržaji biti detaljniji.

Pomenimo 1904. godinu, vreme kada je u Leskovcu pokrenuto jedno od gorućih pitanja — gradnje sreske bolnice. Zahtev je upućen i obrazložen Narodnoj skupštini, odnosno Sanitet-skom odeljenju Ministarstva unutrašnjih dela. O tome su na skupštinskim sednicama govorili ondašnji poslanici leskovačkog kraja, zahtevajući dozvolu za podizanje bolnice i tražeći novčanu pomoć.

Nije se odmah naišlo na razumevanje, shvatanje i podršku. Išle su pre-piske u mnoge pravce i na mnoga odredišta. Tek 1906. godine, državnim budžetom, predviđena su delimična sredstva za podizanje bolnice u Leskovcu. Ta prava odobrena su onda i Kuršumliji, Raškoj i Svilajncu. Radovi su, posle mnogih peripetija, počeli 1. aprila 1907. godine.

Te godine otvoreno je gradilište i ta godina uzeta je kao početna u stvaranju odgovarajućih uslova za viši nivo zdravstvene službe i zdravstvene zaštite stanovništva ovog kraja u širem smislu, obimu i sadržaju. To je vreme začetaka organizovanog bolničkog, stacionarnog lečenja bolesnika u našem kraju.

Gradnja bolnice oteгла se dve i po godine. Usporavana je jer su sredstva sporo pricala. Završena je i svečano otvorena 1. novembra 1909. godine, dok su prvi bolesnici prihvaćeni i u bolnicu smešteni dan kasnije.

U dokumentima ministarstva unutrašnjih dela i drugim materijalima zapisano je, pored ostalog, da je narod ovog kraja „podneo i materijalne žrtve, doprinevši da se bolnica izgradi i da će ona služiti kao pomoć i sklonište bolnih i nevoljnih“.

Prvi upravnik tek izgrađene leskovačke bolnice, koja je imala samo 30 bolesničkih kreveta, bio je dr Todor Milenković, rođen u Leskovcu 1876. godine. Medicinski fakultet završio je 1901. na Univerzitetu u Beču. Preminuo je 1913. godine, do poslednjeg daha u službi bolesnih, do poslednjih

snaga lečeći ranjenike i tifusare. Za zasluge u spašavanju ranjenih i nevoljnih u balkanskim ratovima, dr Todor Milenković odlikovan je Srebrnom medaljom za hrabrost.

Bile su to teške, presudne godine, mutna vremena koja su tonula u vihorima rata, razaranja, bojišta i bolesti, umiranja i nestajanja. Kolera, pegavi tifus, ranjeni i unakaženi, gladni i bos. Sreska bolnica u Leskovcu pretvorena je u vojnu bolnicu. I sala gimnazije je privremena bolnica. Grad pada, slama se otpor, upadaju Austro-ugarski, Nemački i Bugarski bajonetaši...

Proterani su 1918. godine, posle krvavih bojeva, nebrojenih žrtava, patnji i razaranja. Sreska bolnica u Leskovcu opet je u službi naroda. U tim godinama u njoj rade poznati i vrsni lekari — Sotir Andrejević, Mihajlo Leščinski, Đorđe Hadija, Čedomir Stefanović, Milan Maznić, Spira Nikolić, Dušan Radaković i dr. Neumorno, dan i noć na humanoj i uzvišenoj dužnosti, a mnoge je i ratni vohor odneo.

Godine 1923. u Leskovcu je osnovana Sreska zdravstvena zadruga. Samo godinu dana kasnije leskovački lekar i publicista Jakov—Žak Konfino, nabavlja prvi rentgen aparat. Hirurg — specijalista dr Dušan Dekleva dolazi sa službom u naš grad 1926. godine. To je vreme i hirurga Dušana Radakovića, Čedomira Spiridonovića, Stojana Novakovića i drugih, a 1927. godine dr Branislav Ilić, specijalista za unutrašnje bolesti, formira u Leskovcu internističku službu. Ilić je proteran 1941. godine od strane fašista zato što je partizane snabdevao lekovima i sanitetskim materijalom. To je vreme kada ovde boravi i dr Jovan Kašiković koje se, osim hirurgije bavi ginekologijom i akušerstvom. Poginuo je 1942. godine. Bio je simpatizer narodnooslobodilačkog pokreta.

Za područje Leskovačkog i jablaničkog i vlasotinačkog sreza značajna je i 1930. godina. Tada, na predlog Higijenskog zavoda iz Skoplja, u Leskovcu se otvara Dom narodnog zdravlja. Bila je to, mnogim savremenimcima, poznata crvena baraka kraj Veternice, dobijena od reparacije. Zgradu je primio i o njenom opremanju starao se dr Rade Svilar, takođe jedan od najistaknutijih lekara ovog kraja. Za prvog upravnika Doma zdravlja postavljen je dr Tomislav Jovanović, a od 1941. godine upravnik, je, isto tako zaslužni lekar, dr Alojz Budimir.

Posle nezapamćene strahovlade između dva rata, nadnela se tragična 1941. godine, godina kada je Leskovac zasut avionskim bombama, kada je goreo i kada su zjapile ruševine, kada je zov bespomoćnih, nevoljnih i unakaženih nečujno odzvanjao. U grad su umarširale uparađene nepačke kolone, priključili im se saveznici — bugarska fašistička vojska koja služi, stražari, pali i ubija.

Leskovački proletarijat, radnička klasa, slobodarski narod nije sagnuo glavu, nije pogazio dostojanstvo. Planula je puška, buknuła revolucija na poziv Tita i Partije, slobode i časti. Komunisti su prvi, narod je listom uz partizane, listom za ustanak, za revoluciju, za čoveka. Bile su to godine nezapamćenog stradanja, terora i stratišta. I godine kada su rodoljubi, puškom i srcem, borbom i pod zastavom partije pokazali svetlu kako se bori i umire za stvar naroda, kako se lomi čovek i tuđinska sila, kako se stvara i rađa sloboda i kako čovek oslobađa.

Zdravstveni radnici su, kao i svi rodoljubi ovog podneblja, dali krupan doprinos narodnooslobodilačkoj borbi i oružanoj revoluciji. Zdravstvena služba je bila na strani naroda, pravde i slobode. Zabeleženo je u knjizi „Leskovac u ratu i revoluciji“:

„...Skoro svi lekari iz Leskovca

u toku rata činili su usluge pokretu bilo lečenjem ranjenih i obolelih partizana, bilo na koji drugi način u svojoj struci. Pojedinci su bili spremni da odu na teren po cenu najvećeg rizika radi lečenja ranjenih partizana“.

Činilo je to i drugo medicinsko osoblje, svi koji su cenili slobodu i bili verni Partiji i čoveku. Jedan od brojnih je i dr Martin Kolb.

Saznavši da u bolnici ima veće залиhe lekova i sanitetskog materijala, borci proslavljene II južnomoravske partizanske brigade, posle složenih i brižljivih priprema, uspešno izvode napad na leskovačku bolnicu u noći 13. januara 1944. godine. Napad je izveden do te mere organizovano, da nije pao ni jedan život. Partizani su tom prilikom, pored lekova i sanitetskog materijala uspeali da oslobode grupu svojih drugova, ranjenika, zarobljenih partizana.

Sunce slobode granulo je i toplinom obasjalo naš grad pre 38 godina, 11. oktobra 1944. godine. Grad u ruševinama i pepelu. Malo je šta ostalo posle stradanja, bombardovanja i nečuvanog razaranja. Sa neviđenim i besprimernim žarom i entuzijazmom, pod rukovodstvom Partije i Tita, obnavlja se porušeno, gradi podiže i izgrađuje novo, lepše i temeljnije.

Zdravstvena služba takođe se snažno obnavlja, izgrađuje, širi i grana. Tako do ovog časa, do ovog dana. Niču novi zdravstveni kapaciteti, školski kadrovi, nabavljaju medicinski i drugi instrumenti i uređaji, uvode savremene dijagnostičke metode, prihvataju i najsloženiji lekarski zahvati, ostvaruje saradnja sa medicinskim fakultetima, naučno-istraživačkim i sličnim organizacijama u zemlji. U proteklom vremenu, u godinama čiji smo učesnici i savremici, ostala su zabeležena brojna imena lekara, srednjemedicinskog i drugog osoblja. Među njima Živojin Popović, Mihajlo Ložičković, Bosiljka Budimir, Danilo Stojković, Mihajlo Pop-Kocić, Jovan Mišić, Vladimir

Mihajlović, Dragomir Andrejević, Dimitrije Gavrilović i brojni koji su deo naše najnovije zdravstvene istorije ovog kraja.

U slobodi i stvaralaštvu, zdravstvena služba je iz osnova nova, savremena i funkcionalna. Formiraju se nove službe, odeljenja i specijalnosti, udružuju isitnjene zdravstvene stanice, snaži opšta medicina, zdravstvena služba čija zaštita jača kadrovski i materijalno. Sprovodi se organizovanja, racionalnija, pravilnija i efikasnija koncepcija sveukupnog ciklusa razvoja ove široke i značajne oblasti, od vanbolničkih službi i preventive, do bolničkih kapaciteta, lečenja i rehabilitacije, u funkciji zaštite čoveka i očuvanja zdravlja naroda, u skladu sa mogućnostima, zahtevima i potrebama stanovništva, u humanoj službi.

Zdravstvena služba na području opštine Leskovac, koju sačinjava 145 naseljenih mesta sa oko 160 hiljada stanovnika, organizovana je u sklopu Medicinskog centra „Moša Pijade“. Konstituisano je 7 osnovnih organizacija udruženog rada u kojima je zaposleno oko 1.500 lekara, srednjomedicinskog i drugog osoblja. Svoju funkciju ostvaruju internistička deletnost, hirurška delatnost, medicinska dijagnostika, Zavod za stomatološku zdravstvenu zaštitu, kao i domovi zdravlja u Leskovcu, Vučju i Grdelici. Takođe postoje dve Radne zajednice zajedničkih poslova.

Organizovane su pneumoftiziološka, neuropsihijatrijska, infektološka, internistička, ftizijatrijska, pedijatrijska, hirurška, ginekološko-akušerska, neonataloška, urološka, ortopedska, oftalmološka, otorinolaringološka, rentgenska, transfuziološka, laboratorijska i još neke službe, Zavod za medicinu rada, Centar za zdravstvenu zaštitu žena, dece i omladine, Opšta medicina, dermatološka, epidemiološka, mikrobiološka, higijensko-sanitarna služba, socijalna medicina i Zavod za zaštitu zdravlja, kao i Služba

medicinskog snabdevanja.

U novije vreme, u skladu sa razvojem medicinske nauke i prakse, otvorene su nove, usko specijalizovane jedinice. Među njima su koronarna, odnosno jedinica za intenzivnu negu srčanih bolesnika, jedinica za hemodijalizu, radioizotopska laboratorija, uvodi se vaskularna hirurgija i slične jedinice, nabavljaju novi aparati i uređaji, stalno jača materijalna osnova rada u interesu zaštite i očuvanja zdravlja naroda na ovom području.

RAZVOJ PREVENTIVNE I DEČJE STOMATOLOGIJE U LESKOVCU

Zbog sve češćih oboljenja usta i zuba kod dece i omladine u posle ratnom periodu na teritoriji opštine Leskovac, organizovana stomatološka zaštita ove populacije počela je 1950. godine, kada je formirana i počela se radom školska zubna ambulanta pri već postojećem školskom dispanzeru.

Po kazivanju Dragana Kocića, višeg zubara (sada u penziji), sećanja oko otvaranja i rada ambulante su sledeća:

„Imam dokumenat koji govori da sam 1950 godine bio zubar Gradske zubne ambulante pri Domu zdravlja u Leskovcu i da sam početkom školske 1950/51 godine prebačen na rad u novoootvorenu školsku zubnu ambulantu. Ambulanta je bila smeštena u zgradi „Ureda“ sada Zdravstvene stanice br. 1. Kasnije, ne sećam se tačno koje godine, u dvorištu ove zgrade izgrađena je baraka za potrebe dečjeg, školskog i dispanzera za žene u kojoj je smeštena i školska zubna ambulanta.

Ambulanta je bila opremljena vrlo skromno, onako kako su dozvoljavali tadašnji uslovi: klinička zubarska stolica, pored električne, imali smo i nožnu zubarsku bušilicu, instrumentarijum je bio skroman i nedovoljan,

a neki čak i trofejan. Formirana je i kartoteka za školsku decu i srednješkoljsku omladinu.

U određenim danima vršili smo sistematske preglede uglavnom u zajednici sa školskim lekarom, najčešće sa dr Borom Jovanović — „Disi“. Ove preglede obavljali smo i na terenu u đačkim letovalištima u Predejanu i Boljaru i tom prilikom pružali pojedine intervencije, uglavnom vađenje zuba.

Godine 1957. za potrebe ovih dispanzera izgrađen je novi objekat u ulici Vlade Đorđevića br. 5. Pored znatno povoljnijih prostornih uslova zubna ambulanta je opremljena i novom savremenom opremom, kao pomoć „Unicefa“ i to: dvoteleskopska zubarska stolica, poluunit sa fontanom „Chirana“, čehoslovačke proizvodnje, suvi sterilizat i veći broj instrumentarijuma, tako da su sada uslovi za rad bili znatno povoljniji.

Na osnovu godišnjih izveštaja o radu zubne ambulante iz početnog perioda, mogu se izvesti zaključci o radu ove ambulante.

	1953 god.	1955 god.
Sistematski pregledi	3777	2115
Ukupno poseta	2564	5785
Prvih poseta	1823	1927
Vađenje zuba sa injekcijom	228	230
Vađenje zuba bez injekcije	1464	1393
Plombe-amalgamske	255	339
Plombe-silikatne	129	141
Plombe-fosfatne	27	54
Čišćenje zubnog kamenca	84	96
Izlečenu pulpiti	209	141
Izlečene gangrene	13	9
Paradentoze	2	—
Stomatitis	32	36
Gingivitis	112	151
Pregledi i saveti	70	101
Kontrola rane	15	30
Ukupno osoblja	2	2
Ukupno radnih sata	3407	3769
Zubara	1	1
Radni sati zubara	1446	1718

Zubarski asistent	1	1
Radni sati asistenta	1961	2051
Ukupni izdaci u dinarima	230.020	215.720
a) za lične dohodke	142.380	200.400
b) za materijalne troškove	86.640	15.320

—da se odmah počelo sa sistematskim pregledima, radi ranog otkrivanja stomatoloških oboljenja

—da su posete ambulantni bile znatne što ide u prilog činjenici da su i tada školska deca i omladina imale potrebu da potraže pomoć zubara.

Međutim broj završnih radova je nedovoljan i neadekvatan, veliki broj izvađenih zuba u odnosu na plombrane su u odnosu 1 : 4, a takođe i mali broj endodontskih zahvata (izlečeni pulpiti i gangrene) potvrđuju neadekvatnu sanaciju.

Ambulanta je radila jednokratno od 7 — 13 časova.

U to vreme sve zdravstvene ustanove bile su budžetirane od opštine i u izveštajima su iznošeni podaci o broju radnih časova i materijalnih troškova.

Pored pomenutog Dragana Kocića u ambulantni su radili i zubari Zora Kocić i Ilija Krstić. I ako nisu u toku svog školovanja obučavani za rad sa decom, oni su svojim zalaganjem i radom dali značajan doprinos u početnoj stomatološkoj zaštiti dece i omladine.

Od 1. 2. 1959. dolaskom prvog stomatologa (dr Siniša Stamenković) počelo se sa stomatološkom zaštitom dece i omladine isključivo od strane stomatologa. Sadržaj i metodologija rada se znatno menja, jer poznavanje razvoja usta, zuba i vilica, anatomije i histologije, a takođe i etiologije i patogeneze stomatoloških oboljenja omogućuju stomatologu mogućnost za sasvim drugačije sagledavanje i sprovođenje zaštite kod dece i omladine. Pored čisto stručnog prilaza, te promene su bile i u sledećem: —kod već postojeće kartoteke ustrojene po školama, razredima i odeljenjima, uvodi se novi stomatološki karton za

školsku zubnu negu koji omogućava praćenje prevalencije zubnog karijesa, evidenciju sanacije i daje za obradu epidemioloških podataka.

—školska zubna nega je osnovna metodologija u radu

—u profilaksi karijesa uvodi se fluor, tablete za oralnu primenu i 2% vodeni rastvor NaF za lokalno premazivanje zuba

—zdravstveno prosvetni rad u vidu planiranog razgovora, rada u manjim grupama kao i predavanjima u školama, na roditeljskim sastancima, na kojima se objašnjava nastajanje stomatoloških oboljenja i važnost higijene usta i zuba, izhrane i drugih mera u sprečavanju istih i dr.

—prihvataju se i predškolska deca i obavlja se sanacija zuba prve denticije i sanacija stomatita, eruptivnih gingivitisa i dr.

Godine 1959. dolazi i do formiranja Centra za zdravstvenu zaštitu majke i dece, spajanjem dečjeg, školskog i dispanzera za žene. Zubna ambulanta dobija status Odseka za zaštitu zuba. U svom radu sada obuhvata i trudnice i ustrojava kartoteku. U primarnoj profilaksi ordinira se tablete natrijum fluorida za oralnu upotrebu, a trudnice se primaju na sanaciju zuba i obavlja zdravstveno prosvetni rad.

1965. god. nabavljen je zubni rentgen aparat i uvodi grafija kod kontrole nicanja zuba i patoloških promena na zubima.

Uvodi se i rad pokretne zubne ambulante, a pretežni deo opreme je dobijen od UNICEF-a. Izuzetni rezultati postignuti su u školskim centrima Orašac (1969) i Manojlovcu (1971) koje prikazujemo u sledećoj tabeli:

	Orašac (1969)	Manojlovac (1971)
Sistematski pregledi	304	354
Fluorizacija zuba	—	135
Kontrolni pregled	14	30
Vađenje zuba bez injekcije	67	87
Vađenje zuba sa injekcijom	50	70

Amalgamske plombe	284	320
Silikatne plombe	9	15
Fosfatne plombe	55	70
Lečenje pulpitisa	15	27
Leč. stomatit. i gingivitisa	5	12
Čišćenje zubnog kamenca	4	10
Prva pomoć	11	20

U komentaru ovog izveštaja nameće se pozitivan odnos plombiranih zuba prema izvađenim zubima. On je u Orašcu oko 3 : 1 a u Manojlovcu 2,5 : 1.

Pored isključivo ambulantnog rada u Odseku se prate i epidemiološki podaci o aktivitetu najčešćih stomatoloških oboljenja. Po završenom sistematskom pregledu podaci se sređuju i analiziraju. U narednim tabelama se vidi rasprostranjenost najčešćih stomatoloških oboljenja.

Zubni karijes na stalnim zubima kod školske dece:

Godina	br. pregledane dece	KIO	KiP
1962	4052	55,62%	1,93
1966	5511	66,67%	2,49
1969	6349	77,91%	3,03
1978	2606	81,25%	3,36

Zubni karijes je u stalnom porastu, tako da su danas 80% školske dece zahvaćeno karijesom, a svako dete ima prosečno preko tri kariozna stalna zuba.

Gingiviparodontalna oboljenja kod školske dece

God. preg.	br. pregled. dece	% obolelih
1979	2606	79,86%

Veliki procenat obolelih, najčešće kao posledica loše higijene usta i zuba. U najvećem broju slučajeva se radi o papilarnim i marginalnim gingivitima.

Orofacijalne nepravilnosti kod školske dece

God. pregleda	br. pregled. dece	% dece sa anomalijama
1979	2606	43,17%

Skoro svako drugo dete ima po neku nepravilnost.

U daljem razvoju dečje stomatologije značajna je 1967. godine, kada reorganizacijom zdravstvene službe u Leskovcu pri Medicinskom centru „M. Pijade“ formira se OOUR pedijatrijska služba. Ovu službu organizaciono sačinjavaju: Dečje stacionarno odeljenje, Dispanzer za predškolsku decu, Dispanzer za školsku decu i Odeljenje za zaštitu zuba dece i omladine. Značaj za dečju stomatologiju je u tome što dobija nove prostorije (dotadašnjeg dispanzera za žene), veće, u kojoj se postavljaju dva radna mesta i nova oprema, savremenija, a takođe i posebna čekaonica. Dobijeni su bolji uslovi za rad i mogućnost za prijem novih kadrova.

Da bi stomatološka zaštita što više približila školskoj deci 1973. godine otvara se prva zubna ambulanta u školi „Josif Kostić“, što predstavlja najbolje tehničko rešenje za izvođenje školske zubne nege. U ambulanti radi stomatolog sa punim radnim vremenom.

Sledećom reorganizacijom zdravstvene službe u Leskovcu (1978.) god. formira se osnovna zdravstvena zaštita pri OOUR Dom zdravlja. Jedna od radnih jedinica Doma zdravlja je i Centar za zdravstvenu zaštitu dece i omladine, u kome pored Dispanzera za predškolsku i Dispanzera za školsku decu, dečja stomatologija ima status Dispanzera za preventivnu i dečju stomatologiju. Organizaciono ima tri odseka: za predškolsku, školsku decu i odsek za ortopediju vilice. Aprila 1979. godine izgrađen je novi savremeni objekat, uz postojeći stari za potrebe Centra za zdravstvenu zaštitu dece i omladine koji funkcionalno

predstavljaju jednu celinu. Dispanzer za preventivnu i dečju stomatologiju u adaptiranom starom delu raspolaže sa oko 200 m² prostora: 4 ordinacije, 2 čekaonice, rentgen kabinet, karto-teka, soba za lekare, kancelarija načelnika i druge prostorije. Pored toga, ordinacije su opremljene novim osnovnim uređajima, zubarske elektrojedinice „Romanija“, sterilizatori, mešalice za amalgam i novim instrumentima za rad. Ostvareni su optimalni uslovi za rad i prijem novih kadrova.

Na planu stručnog usavršavanja, a za što kvaliteteniju stomatološku zaštitu dece i omladine prišlo se i specijalizaciji stomatologa iz preventivne i dečje stomatologije. Tako da sada dispanzer pruža sve usluge iz domena preventivne i dečje stomatologije, izuzev protetskih usluga za koje je potreban zubotehnički laboratorijum i tehničar, koji za sada nedostaju.

U sledećoj tabeli hronološkim redom prikazujemo stanje kadrova i radnih mesta:

God.	K A D R O V I			
	Zuba- ra	Stoma- tologa	Speci- jalista	Stom. sest.
1950	1			1
1959	1	1		2
1962		2		2
1968		3		2
1971		4		3
1972		3	1	4
1973		3	1	4
1974		4	1	5
1977		4	2	5
1979		5	3	7
1981		6	3	9
1982		6	4	10
1984		6	4	10

Treba napomenuti da je od 6 stomatologa petoro dobilo specijalizaciju, neki su pri kraju specijalističkog staža.

U 1984. godini, otvorene su ambulante u sledećim školama: u osnovnim

RADNA MESTA			
Ukupno	Dispan- zer	Škola	Ukupno
2	1		1
4	1		1
4	1		1
5	2		2
7	2		2
8	2		2
8	2	1	3
10	2	1	3
11	2	1	3
15	4	1	5
18	4	1	5
20	4	1	5
20	4	5	9

školama „Vasa Pelagić“ i „Kosta Stamenković“ i obrazovnim školskim centrima „Rade Metalac“ i „Stanimir Veljković — Zele“.

Ovako prostorno, materijalno i kadrovski ojačana dečja stomatologija ima znatan potencijal u stomatološkoj zaštiti dece i omladine. Osnovna metodološka jedinica u radu je školska zubna nega. Svaki stomatolog ima svoju školu u kojoj na osnovu utvrđenog plana organizuje školsku zubnu negu. Iz individualnih kartona, po prethodno obavljenom sistematskom pregledu pravi spisak dece za sanaciju i vodi knjigu o dolasku dece do njihove konačne obrade. Poziv za sanaciju distribuira se preko učitelja, od nosno razrednog starešine koji takođe kontroliše odlazak dece zubnom lekaru.

U narednoj tabeli prikazujemo radni učinak ovako organizovane stomatološke zaštite dece i omladine u 1980. godini.

Sistematski pregledi	predškolske dece	750
„ „	školske dece	3792
„ „	srednjošk. oml.	3010
„ „	studenata	77
U k u p n o		7639
Pregled lekara za otvaranjem kartona		9139
Kontrolni pregled		915
Konsultativni pregled		17
Uklanjanje mekih naslaga i kamenca		417

Rentgen snimak	914
Ukazivanje prve pomoći	1306
Drenaža zuba	729
Plomba na jednoj površini	5093
Plombe na dve površine	3479
Nadogradnja zuba tri i više površina	388
Prekrivanje pulpe—karijes profunda	1683
Kauterizacija polipa pulpe i gingive	38
Pulpitis — vitalna amputacija	9
„ „ vitalna ekstirpacija	7
„ „ —mortalna amputacija	471
„ „ — mortalna ekstirpacija	235
Lečenje gangrenoznog zuba	203
Periapikalno punjenje	414
Punjenje korena zuba	534
Zaštitna celuloidna kruna	30
Vađenje zuba bez anestezije	1680
„ „ sa anestezijom	6661
Komplikovano vađenje zuba	132
Lečenje alveolita	48
Davanje injekcije u terapeutske svrhe	25
Zaustavljanje krvarenja	30
Incijija abscesa intraoralnim putem	8
Lokalna aplikacija leka	948
Pakovanje desni	17
Izrada krune od kompoz. sa got. kočicom	77
Impregnacija zuba	461
Leč. stom. i ging.-sprey H2O2 + Hexoral	7056
Zdravstveno predavanje	46
Ukupno usluga	42.210

Kao što se iz izloženog vidi stomatološka zaštita dece i omladine ima sistematičnost u radu, širi obim delatnosti i raznovrsnost usluga.

Stomatolozi pokazuju i znatnu aktivnost u radu Podružnice SLD i Stomatološkog aktiva. Učesnici su akcija koje organizuje Podružnica, kao zdravstveni pregled stanovništva na teritoriji Vlasotinca, Medveđe, Strojkovca, Barja i tom prilikom obavljaju pojedine stomatološke intervencije, uglavnom vađenje zuba. Obrađuju podatke o aktivitetu stomatoloških obolenja. Stručnim radovima referišu na stručnim sastancima, najčešće stomatološkim nedeljama SR Srbije, kongresu stomatologa Jugoslavije i dr. Biraju se za članove Predsedništva Podružnice, Stomatološkog aktiva i Sekcije za preventivnu i dečju stomatologiju SR

Srbije i dr. Organizatori su i mnogih stručnih sastanaka. Za posebnu aktivnost pojedini članovi dobili su priznanja u vidu diploma, zahvalnica, plaketa i sl.

Na kraju prilažemo i spisak radnika koji su radili i koji još i danas rade u stomatološkoj zaštiti dece i omladine, po hronološkom redu dolaska.

1. Dragan Kocić, zubar od 1950—1957. god. sada penzioner.
2. Rozika Naumović od 1950—1955. zubna asistentkinja, sada penzioner.
3. Jelena Stojanović od 1955—1971. god. zubna asistentkinja. Završila Višu upravnu školu i sada radi u Upravi za pravne i kadrovske poslove Med. centra „M. Pijade“.
4. Zora Kocić, viši zubar radila 3—4 meseca 1957. god. sada penzioner.
5. Ilija Krstić, viši zubar od 1957—1961. sada viši zubar u Zavodu za stomatologiju u Leskovcu.
6. Prim. dr Siniša Stamenković od 1959. god. specijalista za preventivnu i dečju stomatologiju; načelnik Dispanzera za prev. i dečju stomatologiju i primarijus od 1979. god.
7. Živka Đorđević, zubna asistentkinja od 1960—1975. god. sada penzioner.
8. Dr Borjanka Tošić, spec. za preventivnu i dečju stomatologiju u radnom odnosu od 1962. god, šef Odseka za školsku decu.
9. Dr Svetlana Kostić, spec. za preventivnu i dečju stomatologiju, u radnom odnosu od 1968. god. šef Odseka za predškolsku decu.
10. Sonja Špiljević, zubna asistentkinja od 1967. god. i dalje u radnom odnosu.
11. Dr Svetislav Milošević, spec. za preventivnu i dečju stomatologiju, u radnom odnosu od 1971. god.
12. Evgenija Zagorac, zubna asistentkinja od 1971. god. i dalje u radnom odnosu.
13. Šumadinka Jovanović, med. sestra od 1972. god. i dalje u radnom odnosu na mestu stomatološke sestre, sada odgovorne sestre.
14. Đurđevka Števin, zubna asistentkinja od 1973. god. i dalje u radnom odnosu.
15. Dr Milka Mićović, stomatolog od 1973. god. sada na specijalizaciji iz prev. i dečje stomatologije.
16. Ljiljana Marković, stomatološka sestra od 1976. god. i dalje u radnom odnosu.
17. Mirjana Nešić, zubar od 1976. god. na radnom mestu stomatološke sestre i dalje u radnom odnosu.
18. Dr Ilija Konić, stomatolog od 1976. god. sada na specijalizaciji iz prev. i dečje stomatologije.
19. Dr Biljana Momčilović, stomatolog od 1979. god. sada na specijalizaciji iz preventivne i dečje stomatologije.
20. Dr Danilo Tošović, stomatolog od 1979. god. sada na specijalizaciji iz preventivne i dečje stomatologije.
21. Anka Stevanović, med. sestra od 1979. god. i dalje u radnom odnosu na mestu stomatološke sestre.
22. Anđelka Toskić, med. sestra od 1979. god. i dalje u radnom odnosu na radnom mestu stomatološke sestre.
23. Dr Ivan Zdravković, stomatolog od 1980. god. sada na specijalizaciji iz preventivne i dečje stomatologije.
24. Slavica Pešić, stomatološka sestra od 1979 — 1981. god. Odselila se u Niš.
25. Radmila Stojanović, med. sestra od 1981. god. na radnom mestu stomatološke sestre.

U Leskovcu,
februara 1984.

Prim. dr Siniša
Stamenković

IN MEMORIAM

PRIM. DR DIMITRIJE GAVRILOVIĆ je rođen 1925. u Leskovcu, tu je završio gimnaziju. Godine 1956. diplomirao je na Medicinskom fakultetu u Beogradu i odmah se vratio u rodni kraj. Specijalizaciju iz hirurgije je završio 1962. a primarijus je postao 1971. godine. Za direktora OOUR Hirurške delatnosti je izabran 1. 7. 1982. Umro je iznenada i pre-rano 12. 8. 1982.

U Medicinskom centru je više puta biran za predsednika Radničkog save-ta i na druge odgovorne funkcije, kao što je delegat SO Leskovac, delegat Veća udruženog rada Skupštine SR Srbije. Bio je aktivan društveni radnik i sportista. Pored ostalih dobio je Orden za hrabrost, Medalju zaslu-ga za narod, Orden rada sa zlatnim vencem, Medalju za razvoj Leskovca i Zlatnu kolajnu Udruženja hirurga Srbije. Za dr Gavrilovića nisu posto-jale granice radnog vremena kada je život bolesnika bio u pitanju. Bio je dobar pedagog, profesor Medicinske škole je bio od njenog osnivanja. Pun energije, srdačan, neposredan prema bolesnicima i kolegama — dr Gavrilović će takav i dalje živeti u sećanju mnogih.

PRIM. DR VLADIMIR MIHAILOVIĆ, rodio se 3. 9. 1906. u Leskovcu gde je završio osnovnu školu i veći deo gimnazije. Posle diplomiranja na Medicinskom fakultetu u Beogradu izabran je za asistenta na Farmakološkom institutu. Ubrzo prelazi na II unutrašnje odeljenje Opšte bolnice u Beogradu gde je postojao odsek, sa oko 20 kreveta, za lečenje tadašnjoj terapiji dostupnih bolesnika sa plućnom tuberkulozom. Tu završava specijali-stički staž iz pneumoftiziologije. Ja-nuara 1945. dekretom Ministarstva

zdravlja biva premešten u Leskovac. Na području gde je TBC predstavljala veliki problem dr Mihailović je po-krenuo i organizovao borbu protiv TBC, osnovao je Antituberkuloznu službu našeg centra, na savremenim principima. Naročitu pažnju je posvetio preventivi. Njegovi naponi su urodili plodom, broj TBC bolesnika je pao znatno ispod proseka u Srbiji, a les-kovačka AT služba je služila kao pri-mer. Zvanje primarijusa je dobio 1956. Godine 1961. biva izabran za profe-sora na novoosnovanom Medicinskom fakultetu u Nišu, ali iz ličnih razloga daje ostavku na taj položaj 1964. i vraća se u Leskovac gde radi do pen-zionisanja 1977. Zadnje godine je proveo u Beogradu gde je umro 1983. Dr Mihailović je objavio veliki broj stručnih radova i učestvovao na ve-likom broju naučnih skupova gde su njegovi radovi bili zapaženi, a neki ocenjeni kao doprinos nauci. Bio je društveno aktivan. Jedan je od osni-vača i inicijatora naše Podružnice, njen prvi sekretar i dva puta predsednik. Pored ostalog bio je potpredsednik Ftiziološke sekcije SLD i odbornik. Odlikovan je Ordenom rada sa zlatnim vencem, Zlatnom medaljom Leskovca, bio izabran za doživotnog počasnog člana Udruženja pneumoftiziologa Jugoslavije i SLD pored ostalih priz-nanja.

DR ZVONIMIR SAVIĆ je rođen 18. 5. 1941. u Nišu. Diplomirao je na Medicinskom fakultetu u Nišu 1969. Od 1971. do 1978. radio je u Službi medicine rada, a nakon toga u Službi socijalne medicine sa organi-zacijom zdravstvene službe gde je od 1979. bio šef Odseka za statistiku. Dr Savić je bio aktivan u samoup-ravnim organima i organizacijama —

bio je član Izvršnog odbora SLD, predsednik Sindikalne organizacije u ZZZZ, profesor Medicinske škole, član Republičke komisije za zdravstveno vaspitanja, član komisije pri Sekretarijatu za ONO i DS i u drugim. Bio je aktivan ribolovac — više puta je bio pojedinačni prvak grada i član Uprave Ribolovačkog društva „Veterinica“ u Leskovcu. Pored ribolova i stonog tenisa koji su mu bili strast, bavio se i drugim sportovima. Dr Savić je bio iskren i odan drug, neposredan i otvoren u kontaktu sa svima, uvek veseo, vedar, spreman za šalu, bio je omiljen i poštovan kao lekar i čovek do svoje prerane smrti 9. 1. 1983.

DR BRANISLAVA STAMENKOVIĆ, stomatolog, rođena je 7. 8. 1942. u Velikom Vojlovcu. Diplomirala je na Stomatološkom fakultetu u Nišu 1971. Iste godine se zaposlila u Zavodu za stomatološku zdravstvenu zaštitu gde je radila sve do svoje prerane smrti 14. 1. 1983. Smrt je zatekla na tek započetoj specijalizaciji iz protetike. Bila je savesna i vredna radnica, požrtvovana i predusretljiva lekarka i skroman, nenametljiv i tih čovek.

CONTENTS

Forword	5
-------------------	---

ORIGINALIA

Krainčanić-Kostić S, Kostić Đ: Prevention of Micotic Diseases on the Territory of the County of Leskovac	9
Matić Lj, Ristić V: Rehabilitation after the Fracture of Upper End of the Femur	13
Levi M, Levi V, Živković S, Stanković M: Sistematic Screening Examinations of Workers in Leskovac Region in Order of Health Prevention and Care	17
Cvetković T: Our Experience in Treatment of Migrain Headache with Dihydroergotamin-metanolsulphate-Ditamin	20
Veličković M, Milovanović A, Milovanović M, Marković D: Some Aspects of Educational Problems of Children and Youth Suffering from Dystrophia Musculorum Progressiva (DMP) in the Southmoravian Region	25
Stanković R, Cvetković V: Our Experience in Treatment of Oroantral Communications and Fistulas	30
Rangelov V, Stojanović N, Nikolić Lj, Mitić P, Pavlović M: The Problems of Intensive Therapy of a Child Under Simple Conditions	32
Stojanović N, Simić M, Pavlović M: Problems of Terapy and Relapses of Urinary Infections in Children	35
Nikolić B, Marković Đ, Sokolović M, Savić B: Urinary Infections in School Children	38
Sretić Ž, Mitov D, Stojanović D: Recidives in the Incidence of Tuberculosis on the Territory of County of Leskovac from 1977. to 1982, and during the Years 1966 and 1969	42
Mitov D, Sretić Ž, Stojanović D: Smoking in Etiology of Obstructive and Malignant Diseases of the Lungs in Patients Registrated in Pneumophthysiologial Center in Leskovac	44
Nikolić M, Diskić Lj: Analysis of Patients Treated Because of Unspecific Pulmonary Diseases at Pneumophthysiologial Departement in Leskovac during the Period from 1971 to 1980	50
Stojanović D, Mitov D, Sretić Ž: Epidemics of Tuberculosis in the County of Leskovac during Last Six Years	55
Kostić Đ, Krainčanić-Kostić S: Infections Caused by Enterobacteria Detected on the Territory of Health Protection Center Leskovac and Comparative Results of Tests of Food end Water Samples	59
Jekić M: Traffic Signs and Accidents of Pedestrians	62
Ristić V, Tasić M, Levi M: Problems of Traffic Traumatism in the Region of Medical Center „Moša Pijade“ Leskovac	64
Petrović Ž, Marinković V: Some Climatic and Haemathological Parameters of Vlasina in Health and Recreational Aspects	68
Cvetković V, Levi V, Andrejević V: Benign Tumors of Tongue of Neural Origin	72
Tričković-Mitrović Lj, Todorović M, Trajković S, Beraha I: Etiopathogenesis and Prosthetic Therapy of Lowered Vertical Relations Between Jaws	74
Cvetković T: A Case of Subdural Haematoma	77

PERMANENT EDUCATION

Milovanović M, Dimitrijević B: Toward Humanization of Birth	83
Savić I: Prostaglandins — Pharmacotherapeutical Possibilities	95
Pavlović V: Human Chromosomes Changes and its Effects	98
Library of Health Protection Center Split: From Sellected Chapters of Therapy	104
New Books — Rangelov V, Colley JRT.	111
From the Journals	113
From Congresses — Rangelov V, Andrejević V, Pavlović J	123

CONTRIBUTIONS TO THE HISTORY OF OUR WELLFARE SYSTEM

Ristić V: Report on the Activities in Serbian Medical Association Branch Leskovac in 1983.	131
Savić I: Scientific Research in the Area of Serbian Medical Association Branch Leskovac — Material Resources	135
Retired	137
Tasić M: 100 Years of Organised Health Protection and 75 Years of Organised Health Protection Service	140
Stanković S: Preventive and Pediatric Dentistry Development in Leskovac	150
In memoriam	150

UPUTSTVO SARADNICIMA

Časopis APOLLINEM MEDICUM ET AESCULAPIUM, pored ostalog objavljuje originalne naučne i stručne radove koji pre toga nisu nigde u celosti objavljeni.

RUKOPISE treba otkucati na mašini za pisanje sa dvostrukim proredom na punoj beloj hartiji uz slobodan prostor sa leve strane od oko 5 cm. Redakciji treba dostaviti original i dve kopije, od kojih su original i prva kopija snabdeveni svim potrebnim prilogima.

PRVA STRANA treba da sadrži: a) puni naziv rada na srpskohrvatskom i engleskom jeziku, b) puna imena autora, c) instituciju, odeljenje ili odsek i mesto u kojem je rad urađen.

SAŽETAK, koji ne treba da bude duži od 150 reči treba da ukratko izloži ceo rad (cilj, metode, rezultate, zaključak) i da bude razumljiv onome koji nije pročitao tekst. Sažetak prevesti na engleski jezik.

U FUSNOTI navesti: a) ime i adresu za korespondenciju, b) puni naziv skupa na kojem je rad iznet.

Rad treba da ima uobičajenu **FORMU**: uvod, metode i materijal, rezultate, tumačenja, zaključak, literaturu.

Upućivanje na **LITERATURU** u tekstu se vrši navođenjem prezimena autora i godine publikacije u zargadama, npr. (Nikolić, 1983) ili (Doe and Black, 1977). Ako postoje više od 2 autora treba navesti samo prvog autora sa uobičajenim dodatkom et. al. i godinu. Ako se više referenci zajedno citira treba ih navesti hronološki sa najranijim radom na prvom mestu. Ako se navodi više radova istog ili istih autora u istoj godini onda se pored godina dodaju slova abecede u tekstu i u listi literature. U literaturi se radovi navode u originalu bez numeracije abecednim redom po prezimenima autora, i to: prezime i početno ili početna slova imena svih autora, godina rada u zagradama, puni naziv rada, naziv časopisa, broj časopisa, stranice, a kod knjiga još izdavač i mesto izdavanja. Naziv časopisa se skraćuje u skladu sa listom Index Medicusa.

Primeri:

Green G (1970) Hemodynamic variables in the primate during... *Circ Res* 140 : 220 — 228

Green G (1973a) etc.

Green G (1973b) etc.

Green G, Black A (1968) etc.

Kada se citira knjiga:

Hill AV (1970): *First and Last Experiments in Muscle Mechanics*, London, Cambridge University Press.

Kada se citira deo knjige ili poglavlje:

Rajan KS, Manian AA, Davis JM, Stripkus A (1974): Studies on the metal chelation of chlorpromazine and its hydroxylated metabolites. U Forrest IS, Carr CJ, Usdin E: *The Phenothiazines and Structurally Related Drugs*, ed 2, vol 1, New York, Raven Press, pp 571—591.

Za tačnost navedene literature odgovara autor.

TABELE da su što preglednije na posebnim listovima, s kratkim i jasnim natpisima, a u tekstu označiti mesto za njih.

GRAFIKONE raditi tušem u dvostrukoj veličini na paus-papiru, a legendu i objašnjenja na posebnom listu sa oznakom mesta u rukopisu za njih. Tabele i grafikoni treba da su očigledne, tako da ne zahtevaju detaljno komentarisanje u tekstu, i treba ih koristiti samo kada je to neophodno.

FOTOGRAFIJE da budu besprekorne na sjajnoj hartiji, sa oznakom uveličanja uz mikrofotografije, a legende i objašnjenja takođe dati na posebnom listu i sa oznakom mesta za njih u tekstu.

Redakcija časopisa sama vrši sitnije ispravke, a u spornim slučajevima u sporazumu sa autorom. Redakcija ne uzima u razmatranje rukopise koji nisu pripremljeni prema ovom uputstvu.

U vezi tekstova za druge rubrike obratiti se glavnom uredniku radi dogovora.

Rukopise slati ili lično dostaviti:

Biblioteci Podružnice Srpskog lekarskog društva, Svetozara Markovića 116, 16000 Leskovac.

UREĐIVAČKI ODBOR

Uz novi broj	5
ORIGINALIA	
dermatovenerologija	
Krainčanić-Kostić S, Kostić Đ: Preventiva mikotičnih oboljenja na teritoriji opštine Leskovac	9
fizikalna medicina	
Matić Lj, Ristić V: Rehabilitacija kod preloma gornjeg okrajka butne kosti	13
medicina rada	
Levi M, Levi V, Živković S, Stanković M: Sistematski pregledi radnika regiona Leskovac u cilju prevencije i očuvanja zdravlja	17
neuropsihijatrija	
Cvetković T: Naša iskustva u lečenju migrenskih glavobolja dihydroergotaminetanolsulfatom-Ditaminom	20
Veličković M, Milovanović A, Milovanović M, Marković D: Naki aspekti problema školovanja dece i omladine obolele od Dystrophia musculorum progressiva (DMP) na području Južnomoravskog regiona	25
otorinolaringologija	
Stanković R, Cvetković V: Naša iskustva u lečenju oroantralnih komunikacija i fistula	30
pedijatrija	
Rangelov V, Stojanović N, Nikolić Lj, Mitić P, Pavlović M: Problemi intenzivne terapije deteta u jednostavnim uslovima	32
Stojanović N, Simić M, Pavlović M: Problem terapije i pojava recidiva kod urinarnih infekcija dece	35
Nikolić B, Marković D, Sokolović M, Savić B: Urinarne infekcije školske dece	38
pneumoftiziologija	
Sretić Ž, Mitov D, Stojanović D: Recidivi u strukturi incidence tuberkuloze na teritoriji Opštine Leskovac od 1977. do 1982. godine i pojava istih u 1966. i 1969. godini	42
Mitov D, Sretić Ž, Stojanović D: Pušenje u etiologiji opstruktivne i maligne bolesti pluća u bolesnika registrovanih u Pneumoftiziološkom dispanzeru u Leskovcu	44
Nikolić M, Diskić Lj: Analiza lečenih bolesnika od nespecifičnih plućnih bolesti na Grudnom odeljenju u Leskovcu za period 1971. do 1980.	50
Stojanović D, Mitov D, Sretić Ž: Epidemija tuberkuloze u Opštini Leskovac u poslednjih šest godina	55
preventivna medicina	
Kostić Đ, Krainčanić-Kostić S: Infekcije prouzrokovane enterobakterijama otkrivene na teritoriji Zavoda za zaštitu zdravlja Leskovac — uporedni rezultati sa ispravnošću voda i namirnica	59
saobraćajna medicina	
Jekić M: Saobraćajni znaci i saobraćajne nezgode pešaka	62
Ristić V, Tasić M, Levi M: Problemi saobraćajnog traumatizma na području Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu	64
transfuziologija	
Petrović Ž, Marinković V: Neki klimatski i hematološki parametri Vlasine sa zdravstvenog i rekreativnog aspekta	68
stomatologija	
Cvetković V, Levi V, Andrejević V: Benigni tumori jezika nervnog porekla	72
Tričković-Mitrović Lj, Todorović M, Trajković S, Beraha I: Etiopatogeneza i protetska terapija sniženih vertikalnih međuviličnih odnosa	74
iz prakse	
Cvetković T: Povodom jednog slučaja subduralnog hematoma	77
NEPREKIDNO USAVRŠAVANJE	
Milovanović M, Dimitrijević B: Ka humanizaciji rađanja	83
Savić I: Prostaglandini-farmakoterapijske mogućnosti	95
Pavlović V: Promene u hromozomima čoveka i njihove posledice	98
Biblioteka Zavoda za zaštitu zdravlja Split: Odabrana poglavlja iz terapije	104
Nove knjige — Rangelov V, Colley JRT	111
Iz časopisa	113
Sa kongresa — Rangelov V, Andrejević V, Pavlović J	123
PRILOZI ISTORIJI NAŠEG ZDRAVSTVA	
Ristić V: Izveštaj o radu Podružnice SLD u Leskovcu u 1983. godini	131
Savić I: Naučno-istraživačka delatnost na teritoriji Podružnice SLD u Leskovcu — materijalni resursi	135
Penzionisani lekari	137
Tasić M: 100 godina organizovane zdravstvene zaštite i 75 godina organizovane zdravstvene službe	140
Stamenković S: Razvoj preventivne i dečje stomatologije u Leskovcu	144
In memoriam	150