

APOLLINEM MEDICUM ET AESCULAPIUM HYGEAMQUE
 AC PANACEAM IURO DEOSQUE OMNES ITEMQUE
 DEAS TESTES FACIO ME HOCIUSIURANDUM 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 EMDUCTURUM PRAECEPTIONUM AC
 ADDITIONUM RELIQUAEQUE TOTIUS DISCIPLINAE
 PARTICIPES FACTURUM SE TUM MEOS, TUM
 PRAECEPTORIS MEI FILIOS, IMMO ET DISCIPULOS,
 QUI MIHI SCRIPTO CAVERINT ET MEDICO
 IURE IURANDO ADDICTI FIERINT, ALIUM VERO
 PRAETER HOS NULLUM.
 CETERUM QUOD AD AEGROS ATTINET SANANDOS,
 DIETAM 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 CLIPAM 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 EILS 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.
 QUAE CUMQUE VERO INTER CURANDUM VIDERO
 AUT AUDIVERO, IMMO ETIAM AD MEDICANDUM NON
 ABHIBITUS IN COMMUNI HOMINUM VITA
 COGNOVERO, EA SI QUIDEM EFFERE NON
 CONTULERIT, TACEBO ET TAMQUAM ARCANA APUD
 ME CONTINEBO.
 HOC IGTUR IUSIURANDUM MIHI INTEGRE
 SERVANTI ET NON CONFUNDENTI CONTINGAT
 ET VITA ET ARTE FELICITER FRUI ET APUD OMNES
 HOMINES IN PERPETUUM GLORIAM MEAM
 CELEBRARE. TRANSGREDIENTI AUTEM ET PEIERANTI
 IHS CONTRARIA EVENIANT.
 CASOPIS PODRUŽNICE SRPSKOG LEKARSKOG DRUŠTVA
 U LESKOVCU

APOLLINEM MEDICUM

Časopis Podružnice Srpskog lekarskog društva u Leskovcu broj 5-6, 1985/86.

Uređivački odbor:

dr med. Istraël Beraha, dr Aleksandar Janković, prim. dr Božidar Jović, prim. dr Milan Levi, prim. dr Miloš Manić, prim. dr Dragomir Marković, dr Ljubiša Matić, prim. dr Miodrag Pavlović, dr med. Vlastimir Perić, dr Tomislav Petković, dr Mile Popović, prim. dr Vukadin Ristić, prim. dr Živka Sretić, prim. dr sci. Milorad Sokolović, prim. dr Slobodan Stojanović, prim. dr Tomislav Stojčić, prim. dr Miodrag Tasić

Glavni i odgovorni urednik:

dr Miomir Milovanović

Izdavački savet:

prim. dr Vukadin Ristić, predsednik, dr Vlastimir Cvetković, prim. dr Dragomir Marković, Miroslav Milovanović, profesor, Slobodan Mladenović, profesor, dr Veselin Petrović, prim. dr Živka Sretić, prim. dr Siniša Stamenković, dr Dušan Stošić, prim. dr Miodrag Tasić, dr Petar Vukićević

Lektor za engleski jezik

Aleksandra Novaković-Milovanović, psiholog

Lektor za srpskohrvatski jezik

Miroslav Milovanović, profesor

ORIGINALIA

KRETANJE MIKOTIČNIH OBOLJENJA NA TERITORIJI DERMATOVENEROLOŠKOG DISPANZERA OD 1980. DO 1982.

Development of the mycotic diseases on the territory of the Dermatovenerological health centre from 1980 till 1982

Simka Krainčanić-Kostić, Đorđe Kostić

Sažetak:

U referatu autori prikazuju kretanje mikotičnih oboljenja po godinama i vrstama oboljenja. Pojedine vrste oboljenja (kao što su: *Trichophytia superficialis*) se povećava u 1981. dok su se *Paronychia* smanjile u odnosu na ranije stanje u 1980. Autori zatim prikazuju obolele po godinama, uzrastu, polu, rezultate kulturnog pregleda, obolele po delu tela bolesnika

Na teritoriji Dermatovenerološkog dispanzera u vremenu od 1980. do 1982. otkriven je i lečen 298 bolesnika i to 151 bolesnik u 1980. i 147 u 1981. 176 bolesnika je bilo sa dermatofitima a 122 sa kvasnicama.

Uvod

Dermatomikoze su gljivice čoveka (ljudi) i životinja koje žive u keratiniziranom rožastom mestu tela kože, kose i noktiju. One predstavljaju ozbiljan problem zdravlja. Prouzrokuju epidemije među školskom decom. Među dermatofitima mogu se s obzirom na patogenost prema domaćinu razlikovati dve grupe: antropofilni (humani) dermatofiti koji napadaju samo čoveka i zofilni (animalni) der-

Abstract:

Authors present development of various mycotic diseases during two years period. Some kinds of diseases (such as *Trichophytia superficialis*) were in the increase in 1981 while *Paronychia* was on the decrease in relation to the earlier state in 1980. The authors then present the diseased by age, sex, results of the cultural examinations and localization on the patients body.

On the territory of the Dermatovenerological health centre from 1980 till 1982 there were detected and treated 198 patients: 151 patients in 1980 and 147 in 1981. The 176 patients were with dermatophytes and 122 patients with yeasts.

matofiti koji napadaju razne životinje ali i čoveka. Antropofilne vrste mnogo su zaraznije za čoveka od zoofilnih te zbog toga češće izazivaju pojavu epidemija. Osim te dve vrste dermatofita postoje i tkz. geofilne vrste koje žive u zemlji kao saprofiti (*Microsporum gypseum*, *Keratinomyces ajelloi*). Od njih takođe oboljeva čovek ali obično izazivaju lezije bez zapaljenja. Dermatofitije su otrivene najpre kao patogeni mikroorganizmi *Achorion schönlein* je otkrio Schönlein 1839. Kasnije Milošević i Langeron svrstali su ga u rod *Trichophyton* Schönlein. 1930. Milošević i Langeron opisali su na Saboraud glikoznom agaru kolinije-*Epidermophyton glocozum*.

Adresa: Dr Simka Krainčanić-Kostić,
Fruškogorska 8, Leskovac.

Rad je saopšten na 13. kongresu dermatovenerologa Jugoslavije održanog u Sarajevu od 8. do 11. juna 1983.

Materijal i metod rada

Na teritoriji Dermatovenerološkog dispanzera od 1980. do 1982. otkriveno je i lečeno 298 bolesnika od kojih osoba ženskog pola 173 (58%) i muškog pola 125 (42%). Dijagnozu smo postavljali na osnovu kliničkog, mikroskopskog i kulturelnog nalaza.

Uzročnici dermatomikoza koji su izolovani: *Trichophyton mentagrophytes* 58, *Trichophyton rubrum* 1, *Trichophyton verrucosum* 7, *Trichophyton tonsurans* 5, *Trichophyton violaceum* 1, *Aspergillus flava* toksičan soj 3, *Penicillium* 3, *Candida albicans* 89. Primena antimikotičnih lekova kao što su: Griseofulvin „M“ tabl, M. Polycid, Canesten. Daktarin, Dalnate, Micutrin, Pimafucin, Pimafucin „S“, Witfild, Sunalar „C“, Locacorten vioform, znatno su olakšali lečenje i suzbijanje dermatofitija.

Lokalizacija dermatofitija

1. Glava	38
2. Lice	16
3. Uglovi usana	5
4. Brada	2
5. Vrat	1
6. Grudni koš	1
7. Abdomen	1
8. Nadlaktice	9
9. Podlaktice	20
10. Ruke	16
11. Prsti ruke zanoktice	94
12. Nokti na rukama	7
13. Interdigitalni prostori nogu	061
14. Perigenitalna regija	7
15. Genitalije kod žena	13
16. Genitalije kod muškaraca	3
17. Stopalo	4

Antibiogram je rađen kod gljivica i na *Candida albicans* in vitro sa sledećim mikostaticima: Myco Polycidom,

Canestenom, Nistatinom i dr. Na podlozi Sabouraud 2% glikoznom agaru po metodi izdubljenog agara. Bilo je osetljivih i srednje osetljivih sojeva.

Oboleli prikazani po uzrastu

Najviše je obolelih i lečenih od 45—49 godina i to 20 muških i 15 ženskih osoba. Ukupno 35 ili 11,74%. Na drugom mestu je uzrast do 10 godina i to 20 muških i 14 ženskih osoba ukupno 34 ili 11,41% a najmanje je obolelih godišta 65 do 69 što u procentima iznosi 2,35%. Obolelih ostalih uzrasta nalaze se između ovih godišta više je obolelih ženskih osoba 173 ili 58% u odnosu na muških 125 ili 42%.

Tabela br. 1

Oboleli u 1980. i 1981. god. prikazani po uzrastu

Godine starosti	muški	ženski	ukupno	%
0—10	20	14	34	11,41
10—14	5	4	9	3,02
15—19	9	3	12	4,03
20—24	4	17	21	7,05
25—29	8	21	29	9,73
30—34	12	17	29	9,73
35—39	10	14	24	8,05
40—44	6	20	26	8,72
45—49	20	15	35	11,74
50—54	10	15	25	8,39
55—59	7	18	25	8,39
60—64	5	7	12	4,03
65—69	3	4	7	2,35
70—80	6	4	10	3,36
Ukupno bolesnika	125 (42%)	173 (58%)	298	100%

Najviše je bilo obolelih od *Trichophytie spurificialis* 108 ili 36,3% i to više 1981. 62 slučaja a 1980. 46 slučaja ili 11,7%. Zatim od *Paronychie* 94 ili 31,5% i to 1980. 61 bolesnik

Tabela br. 2

Oboleli prikazani po godinama i vrstama oboljenja

Vrste oboljenja	1980	1981	ukupno	%
Trichophytia superficialis	46	62	108	36,3
Trichophytia profunda	4	3	7	2,3
Epidermophytia superficialis	32	29	61	20,4
Paronychia	61	33	94	31,5
Vulvitis candidomycetica	4	9	13	4,3
Balanitis candidomycetica	1	2	3	1,3
Angulus infectiosus candidomycet.	3	2	5	1,6
Onychomycosis	—	7	7	2,3
Ukupno bolesnici:	151	147	298	100%

a u 1981. 33 bolesnika što predstavlja osetan pad oboljevanja ili 17,95%. Epidermophytia superficialis 61 ili 20,4% i to 32 u 1980. i 29 bolesnika u 1981. što predstavlja jedan vrlo mali pad oboljevanja. Vulvitis candidomycetica 13 ili 4,3% i to: 4 u 1980. a 9 bolesnika u 1981. što predstavlja izvesno povećanje verovatno zbog upotrebe antibiotika. Trichophytia profunda 7 ili 2,3% i to: u 1980. 4 slučaja a 1981. 3 slučaja.

Onychomycosis 7 ili 2,3% u 1981. Angulus infectiosus candidomyceticus 5 ili 1,6%. Balanitis candidomycetica 3 ili 1,3%.

TABELA BR 3

ŠTAPIČASTI DIJAGRAM OBOLELIH PO UZRASTU

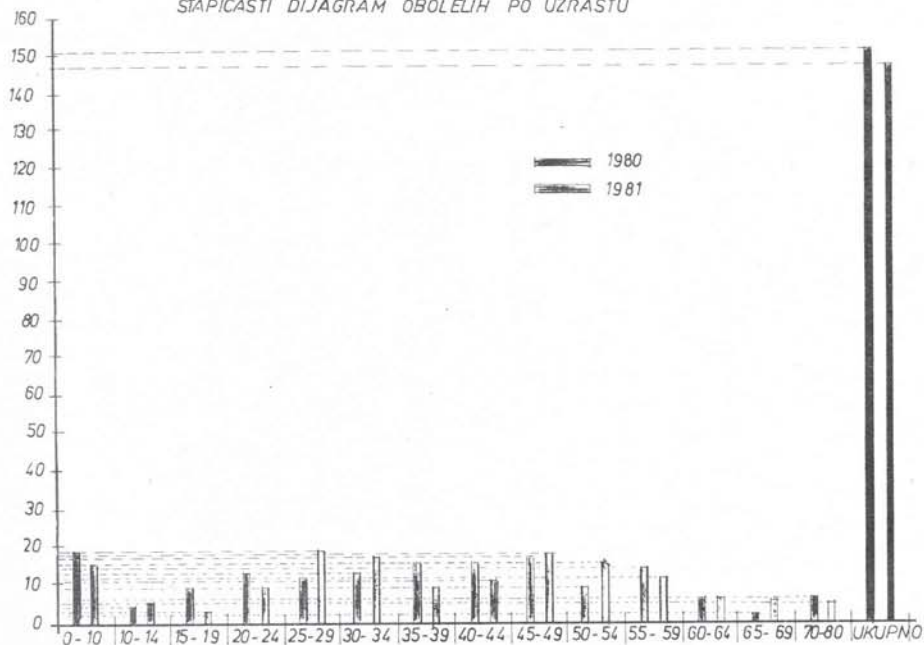


Tabela br. 4

Rezultati kulturalnog pregleda mikotičnih oboljenja u 1980. i 1981. god.

	1980	1981	Ukupno
Trichophyton mentagrophytes	34	24	58
Tric. rubrum	1	—	1
Tric. verrucosum	1	6	7
Tric. tonsurans	—	5	5
Trich. violaceum	—	1	1
Aspergillus flava toksičan sloj	1	2	3
Candida albicans	27	62	89
Penicillium	1	2	3

Diskusija

U diskusiji možemo reći da se pojedina mikotična oboljenja povećavaju kao što je Trichophytia superficialis a druga se smanjuju kao što je Onychomycosis. U cilju smanjenja mikotičnih oboljenja potrebno je sprovoditi preventivne mere kao što su profilaksa u školama, preduzećima javnim kupatilima, bazenima i to upotrebljavati dezinfekciona sredstva sa fungicidnim dejstvom na bazi joda, jodicid i drugo. Uz temeljno pranje prostorija i predmeta. Prevencija školske dece sastoji se u ranom otkrivanju bolesti, izolacije, preledu lica koja su došla u kontakt sa obolelim. Preporučuje se dezinfekcija pomoću Tego 51,53 ili Jodicidom-Halamidom.

Tabela br. 5

Oboleli prikazani po uzrastu za 1980 i 1981 god. u %

Godina starosti	1980				1981			
	muški	ženski	ukupno	%	muški	ženski	ukupno	%
0—10	9	10	19	12,58	11	4	15	10,20
10—14	2	2	4	2,65	3	2	5	3,40
15—19	7	2	9	5,96	2	1	3	2,04
20—24	3	9	12	7,95	1	8	9	6,12
25—29	4	6	10	6,62	4	15	19	12,93
30—34	5	7	12	7,95	7	10	17	11,56
35—39	4	11	15	9,93	6	3	9	6,12
40—44	4	12	16	10,60	2	8	10	6,80
45—49	8	9	17	11,26	12	6	18	12,24
50—54	3	6	9	5,96	7	9	16	10,88
55—59	4	10	14	9,27	3	8	11	7,48
60—64	1	5	6	3,97	4	2	6	4,08
65—69	2	—	2	1,32	1	4	5	3,40
70—80	3	3	6	3,97	3	1	4	2,72
Ukupno bolesnika	59	92	151	100%	66	81	147	100%

Tabela br. 6

Oboleli prikazani po lokalizaciji u 1980 i 1981 god.

1. Glava.....	38
2. Lice.....	16
3. Uglovi usana.....	5
4. Brada.....	2
5. Vrat.....	1
6. Grudni koš.....	1
7. Abdomen.....	1
8. Nadlaktice.....	9
9. Podlaktice.....	20
10. Ruke.....	16
11. Prsti ruke — zanoktice.....	94
12. Nokti na rukama.....	7
13. Interdigitalni prostori nogu.....	61
14. Perigenitalna regija.....	7
15. Genitalije kod žena.....	13
16. Genitalije kod muškaraca.....	3
17. Stopalo.....	4

Zaključak

Kretanje Mikotičnih oboljenja po godinama i vrstama oboljenja u 1981. imamo blago smanjenje obolelih od mikoza u odnosu 1980. Po vrstama mikotičnih oboljenja imamo povećanje *Trichophytie superficialis* od 46 na 62 slučaja ili 11,7% a *Paronychia* se smanjila od 61 na 33 ili 17,95% bolesnika. *Vulvitis candidomycetica* se povećava od 4 na 9 slučaja ili 3,46%.

Primena savremenih antimikotičnih lekova kao što su Grizeofulvin „M“ tabl. i preparati lokalnog dejstva širokog spektra Myco Polycid, Canesten, Pimafucin, Pimafucin „S“, Dactarin, Dalnate, Micutrin, Witfild, Synalar „C“ Locacorten viform znatno su olakšali suzbijanje i lečenje dermatofitija.

U cilju smanjivanja dermatofitija potrebno je sprovesti preventivne mere.

Literatura

1. Dobreci S. (1981.): Prilog poznavanju geografske distribucije endemskih dermatofitija -izolacija *Trichophyton violaceum* u Crnoj Gori. *Acta dermatovenerologica Jugoslavica*, 1 : 35—38.
2. Krainčanić-Kostić S, Kostić Đ, (1984): Preventivna mikotična oboljenja na teritoriji opštine Leskovac. *Apollinem medicum et Aesculapium*, 4 : 9—12.
3. Lunder M. Lunder M. (1981): Učestalost i lokalizacija dermatofitija kod rudara. *Acta dermatovenerologica Jugoslavica*, 1 : 29—33.
4. Ožegović L., Bakonjić M. (1980): Mikotične infekcije u svetlu imunoloških zbivanja u organizmu. *Acta dermatovenerologica Jugoslavica*, 1 : 27—33.
5. Stefanović M. Kostić A., Anđelković R. (1968): *Dermatomycoses* Found in a Serbian Mining and Smelting Plant. *Mykosen*, 11 : 651—654.

DERMATOZE IZAZVANE PRAŠINOM BRAŠNA RADNIKA MLINSKO—PEKARSKE INDUSTRIJE „UMI—PEK“ U LESKOVCU

Dermal infections caused by flour among workers of „UMI — PEK“ in Leskovac

Bećir Mustafić, Seka Milošević, Ljiljana Marković, Miroslav Popović, Bisenija Stanković

SIZ zdravstvene zaštite opštine Leskovac

Sažetak

Proizvodnju i preradu brašna prate mnogobrojne štetnosti. Učestalost dermatozu kod radnika u mlinsko-pekarskoj industriji ukazuje na profesionalni karakter i zahteva stalno praćenje i poboljšanje uslova rada. Sistematskim pregledima otkriti novonastale slučajeve dermatozu u cilju lečenja i poboljšanja zdravlja tj. radne sposobnosti.

Abstract:

Production and processing of flour is followed by numerous noxae. The frequency of dermal infections in the flour mill and bakerie workers points out to professional character that demands permanent following and improvement of working conditions with a view of dermal infections prevention. Systematic check ups should discover new cases for the purpose of curing and improving the state of health i.e. working ability.

Uvod

Nutritivna uloga brašna je od velikog značaja. Proizvodnja i prerada brašna je praćena mnogobrojnim noksima štetnim po organizam. Ispitivanjima nisu obuhvaćena mnogobrojna oštećenja organizma izazvana prašinom brašna (koniopatija, alergija) već samo dermatoze kod radnika eksponiranih prašini brašna (mlinari, pekari). Učestalost pojavljivanja, komplikacije kojima mogu biti praćene, smanjena zaštitna uloga derma, kliconoštvo i smanjenje radne sposobnosti ukazuju

na njihov veliki socio-medicinsko-ekonomski značaj sa ciljem iznalaženja mera prevencija i sanacija.

Svojim prisustvom na koži prašina brašna dovodi do fizilnih, toksičnih, bioloških i fitoloških poremećaja derma izražene u vidu dehidracija, deskvamacija, piodermija, mikoza, ekcema i dr. Zapušenjem izvodnih kanala žlezdi derma uz često prisutan fizički rad dovodi do poremećaja sekrecije ovih žlezdi što stvara dobru podlogu za razvoj infekcije. Toksična i alergiska dejstva prašine brašna na koži su prisutna u vidu oštećenja i sezibilizacije organizma. Dermatoze se najčešće javljaju na rukama ispitnika. Koža ruku postaje suva, gruba, naborana, folikulozna, detridna i dr. Dlaka postaje suva, krta i lomljiva, a nokti krta, mutni i često puta sa piodermičnim promenama.

Autor

Dr Bećir Mustafić

specijalista medicine rada, SIZ zdravstvene zaštite opštine Leskovac, n. Dubočica S-9/27

Metod rada

U radu su korišćeni materijali sa sistematskih pregleda (maj 1983. god.) radnika mlina i pekare i kontrolne grupe radnika „BIP“ u Leskovcu.

Rezultati rada

U opštem morbiditetu radnika mlina i pekare Bolesti kože i potkožnog tkiva se nalaze na VI mestu sa 6,7% sl., dok su kod radnika „BIP“-a na VIII mestu sa 4,6% sl.

Radnici mlina i pekare su ekspozirani u toku procesa proizvodnje fizičkom naporu, buci, nečistoći, prašini brašna i dr., dok su radnici „BIP“

fizičkom naporu, lošim mikroklimatskim uslovima i dr.

Učestalije je pojavljivanje dermatoza kod ispitanika mlina i pekare (24,4%) i dobnih grupa preko 50 god (mlin-pekara) i 31-40 god („BIP“). Tabela 1.

Ekspoziranost ispitanika uzeta je isključivo sa radnih mesta mlina i pekare, a radnika „BIP“ na radnim mestima punjenja i distribucije piva i vičnih sokova. Kod obeju grupa ona je iznosila najčešće 11-20 god. Tabela 2.

Najčešće dermatoze kod obeju grupa ispitanika je Pityriasis versicolor (37,5%-46,2%), Hyperkeratosis palmaris (18,6%-15,3%), Dermatitis ekcematodes (12,5%-7,6%), Pyoderma (12,5%). Dermatozama su uglavnom zahvaćene ruke ispitanika.

Tabela 1.

Distribucija ispitanika po dobnim grupama

dobne grupe	mlinari-pekari	bez sa svega	bez sa svega	dermatoza	% „BIP“
dermatoza %					
do 30 god.	12	4	16	11,5	5
31-40 god.	29	9	38	27,4	12
41-50 god.	51	14	65	46,7	21
preko 50 god.	13	7	20	14,4	10
u k u p n o	105	34	139	100,0	48
	75,6%	24,4%		94,2%	5,8

Tabela 2.

Učestalost dermatoza i vreme ekspozicije ispitanika

vreme ekspozicije	mlinari-pekari	„BIP“	bez sa svega	%	bez sa svega	%	dermatoza	dermatoza
do 4 god.	13	1	14	10,0	6	6	11,7	
5-10 g.	30	10	40	28,3	16	17	33,3	
11-20 g.	44	12	56	40,9	18	19	37,2	
preko 20 g.	18	11	29	20,8	8	9	17,8	
u k u p n o	105	34	139	100,0	48	51	100,0	

Distribucija dermatosa kod ispitanika

Tabela 3.

	mlinari-pekar br. sl.	%	radnici "BIP" br. sl.	%
Pityriasis versicolor	18	37,5	6	46,2
Paronichia	4	8,5	1	7,6
Pyoderma	6	12,5		
Hyperkeratosis palmaris	9	18,6	2	15,3
Dermatitis akcematodes	6	12,5	1	7,6
o s t a l o	5	10,4	3	23,2
U k u p n o	48	100,0	13	100,0

Opšta i lična higijena obiju grupa ispitanika nije na zadovoljavajućem nivou.

Fizikalna merenja uslova radnih sredina mlina i pekare pokazuju prisustvo prašine brašna iznad MDK.

Zaključak

Proizvodnja i prerada brašna praćena je mnogobrojnim noksama. U opštem morbiditetu radnika, radnici mlina i pekare zauzimaju značajno mesto, što uz povećano prisustvo prašina, brašna i nedovoljnu higijenu govori o profesionalnom karakteru dermatosa. Loši uslovi na radu i mogućnost prekovremenog rada (poljoprivreda) verovatno doprinose nastajanju dermatosa. Prethodnim, periodičnim i

sistematskim pregledima otkrivati novonastale slućajeve u cilju lećenja, a merama sanacije (poboljšanje opšte i lićne higijene, mehanizacija, hermetizacija) poboljšati uslove na radu u cilju oćuvanja i unaprećenja zdravlja tj. radne sposobnosti.

LITERATURA

1. **Stanković D.** (1978): Medicina rada, udrućenje za medicinu rada SFRJ i dom štampe Zenica, Sarajevo.
2. **Mikov M.** (1980): Medicina rada, Naućna knjiga, Beograd
3. **Grupa autora** (1978): Medicina rada, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb.
4. **Šarić, Mojić, Beretić,** (1965): Patologija rada, Svjetlost, Zagreb

UTICAJ ZDRAVSTVENOG STANJA RADNIKA SLUŽBE OBEZBEĐENJA NA EFIKASNO OBEZBEĐIVANJE RADNE ORGANIZACIJE

Influence of the state of health of the workers employed in the security service on the effectual security of the work organization

Aleksandar Stošić, Miodrag Tasić, Milivoje Stanković, Dobrinka Argirović

Služba medicine rada, Dom zdravlja Leskovac

Sažetak:

U radu se iznose podaci o zdravstvenom stanju radnika službe obezbeđenja u delu Leskovačke industrije, utvrđenom pri periodičnim pregledima, ekspertiznim obradama za izlazak na IK, i pregledima kod prvostepene Invalidske komisije. Cilj rada je da ukaže na činjenicu da u ovoj službi u kojoj treba da rade psihofizički potpuno zdravi i sposobni radnici i da se njihovo zdravlje redovno kontroliše, radi veći broj obolelih radnika čije zdravstveno stanje i radna sposobnost ne odgovaraju zahtevima radnog mesta, a istovremeno su bez ikakvog zdravstvenog nadzora.

Abstract

The paper deals with the data on the state of health of the workers employed in the security service in the part of the Leskovac industry, established on performing the periodical check-ups, carrying on the expertise treatments for the purpose of sending such people to the invalid commission, and on performing the examinations by the first instance invalid commission. The purpose of the paper is to point out that in this service (which should employ the psychophysically completely healthy and capable people, their health being regularly checked up) work many diseased workers, the state of health and working ability of which do not meet the requirements of their posts; at the same time they are without any check-ups.

Od kada postoji organizovani oblik ljudskog društva, pisani spomenici i drugi spomenici kulture, otkrivaju se i kroz epohe mogu da prate težnje ljudi da štite sebe i svoju imovinu. Prvi oblici obezbeđivanja ljudi i imovine su građenje koliba, staja, pastirstvo, pravljenje primitivnih ograda, zatim savršenijih gradskih zidina, pa kroz epohe sve savršenijih i brojnijih skupih mera obezbeđenja, uključujući i naj-savremeniju elektroniku. Narodne poslovice o vatri i vodi, o dobru i zlu koje donose su jedan od najstarijih vidova opomene u borbi protiv požara i poplava.

Sa razvojem nove tehnologije i tehnike, novih društveno ekonomskih odnosa, obezbeđivanje imovine i lica ima mnogo veći značaj jer je i atak na iste mnogo veći i opasniji. Zato radne organizacije osim proizvodnog rada i prometa dužne su da se staraju o bezbednosti, da se zaštite od mnogobrojnih spoljnih i unutrašnjih faktora koji mogu da izazovu neprocenjivu štetu, kako materijalnim dobrima, tako i ljudstvu angažovanom na radu. Radne organizacije to čine koristeći razne tehničke sisteme obezbeđivanja ali istovremeno anagažuju i ljudstvo koje pred svih tehničkih dostignuća pred-

stavlja nezamenljivo sredstvo obezbeđivanja.

Služba za obezbeđenje u radnim organizacijama je vid samozaštite i podrazumeva sve vidove obezbeđenja: fizičko obezbeđenje imovine i lica, protivpožarno obezbeđenje, zaštitu od elementarnih nepogoda i dr. Obezbeđenje je isto toliko značajno, pogotovu danas, koliko i proizvodni rad, produktivnost, moderna tehnologija i sl., jer bez efikasne službe obezbeđenja i stalnih i neprekidnih mera obezbeđivanja nema ni sigurne niti uspešne proizvodnje u radnim organizacijama. Ne može biti uspešnih rezultata rada ako se oni neprekidno umanjuju podkradanjima ili ako se zbog nemara sve upropasti u jednom kratkom naletu vatrene stihije.

Cilj rada:

Sobzirom na značaj bezbednosti radnih organizacija i uloge službe koja vrši obezbeđenje, cilj nam je da kroz prikaz zdravstvenog stanja izvesnog broja radnika službe obezbeđenja u nekim radnim organizacijama, istaknemo značaj zdravstvene sposobnosti ovih radnika na njihovu efikasnost u obavljanju ovog složenog i vrlo odgovornog posla; zatim da upozorimo na neophodnu potrebu prethodne ocene zdravstveno-radne sposobnosti radnika koji se primaju na rad u službu obezbeđenja i konačno istaknemo neophodnost redovnih periodičnih kontrola u cilju praćenja njihovog zdravstvenog stanja.

Izvor i karakteristika podataka

Podaci koji su korišćeni u analizi zdravstvenog stanja radnika službe obezbeđenja u radnim organizacijama uzeti su iz kartoteke službe Medicine rada u Leskovcu o izvršenim sistematskim, prethodnim i periodičnim pregledima radnika i iz kartoteke ekspertizno obrađivanih radnika za izlazak

na IK. Kao izvor podataka poslužila nam je i analiza svih predmeta radnika pregledanih kod prvostepene Invalidske komisije u Leskovcu i ocena njihove radne sposobnosti. Analizirani period je 1980/83 godina, a izneti podaci o zdravstvenom stanju radnika službe obezbeđenja su u analiziranim izvorima medicinski bogato dokumentovani. Osim ovih podataka koristili smo i anketiranje grupe referenata zaštite na radu, najvećeg broja radnih organizacija u Leskovcu o načinu raspoređivanja i primanja radnika u službu obezbeđenja i anketu grupe radnika službe obezbeđenja u kojim godinama starosti i posle koliko godina provedenih na nekom drugom poslu su raspoređeni u službu obezbeđenja radne organizacije.

Služba obezbeđenja u radnoj organizaciji

Da bi nam bio jasniji značaj zdravstvene sposobnosti ovih radnika za obavljanje radnih dužnosti u službi obezbeđenja, ukratko ćemo interpretirati nekoliko stavova iz zakonskih propisa i pravilnika koji govore o obimu poslova, složenosti radnih zadataka i posebno o odgovornosti na radu u službi obezbeđenja.

Stalnu službu obezbeđenja u radnim organizacijama čine profesionalno angažovana i propisno uniformisana lica: stražari, čuvari i dr., a za slučaj izuzetnih potreba aktiviraju se oformljenei obične, neprofesionalne jedinice protivpožarne i civilne zaštite.

Zakon predviđa da na profesionalnim poslovima u službi obezbeđenja mogu raditi lica koja su psihički zdrava, do određenog doba starosti, dovoljno izdržljiva, sa dobrim vidom i sluhom, dobrim pamćenjem, sa dobrim i brzim refleksima, sa zdravim lokomotornim aparatom, zdravim respiratornim i kardiovaskularnim sistemom.

i bez neuroloških oboljenja. Moraju biti odvažni, poštteni i odani radnoj organizaciji ...

U opisu radnih dužnosti predviđeni su pored ostalih i sledeći radni zadaci: „Obezbeđuju zgrade, postrojenja i drugu imovinu, sprečavaju pristup nepoznatim licima, otkrivaju krivična dela, hvataju izvršiоce, otkrivaju i otklanjaju pojave koje mogu ugroziti živote ljudi i naneti štetu imovini radne organizacije. Moraju poznavati mere protivpožarne zaštite, da rukuju svim protivpožarnim aparatima i uređajima, da poznaju organizaciju službe obezbeđenja, načine obaveštavanja i alarma, da znaju napamet brojeve telefona SUP-, hitne pomoći, vatrogasnog voda, da rukuju vatrenim oružjem, da su čisti, uredno odeveni, da nisu skloni alkoholizmu i drugim porocima“... Potvrdu za nošenje vatrenog oružja neće dobitilica koja su zaostala u duševnom razvoju ili su duševno obolela, koja su sklona kavgi, pijanstvu i sl“ ...

Zakonski propisi i Pravilnici predviđaju osim utvrđivanja zdravstvene sposobnosti pri prijemu na rad (prethodni pregled) i redovne periodične zdravstvene kontrole (Periodični pregled) u odgovarajućim vremenskim intervalima.

Angažovanje kadrova za službu obezbeđenja

Ako rezimiramo suštinu interpretiranih propisa možemo da zaključimo da u službu obezbeđenja mogu da rade samo potpuno fizički i psihički zdrave osobe, bez poroka, odvažne, odlučne, poštene i odane radnoj organizaciji, koje će u svakom trenutku u svim okolnostima izvršavati svoje radne obaveze kako to pravila nalažu.

Naša zapažanja o načinu anagažovanja radnika u službu obezbeđenja

u većini radnih organizacija ne garantuje poštovanje propisanih kriterijuma. Najčešće radne organizacije u službu obezbeđenja primaju radnike iz svojih redova, premeštajući ih sa njihovih ranijih radnih mesta. Vrlo često radne organizacije na ova radna mesta dovode radnike koji zbog bolesti ne mogu da obavljaju svoj posao pa ga raspoređuju u službu obezbeđenja kao na lakše radno mesto. Na periodičnim pregledima vozača motornih vozila preduzeća AIK, Leskovac, našli smo dvojicu traktorista koji sada rade u službi obezbeđenja jer iz zdravstvenih razloga (alkoholizam) ne mogu da rade i upravljaju motornim vozilima. Na sistematskim pregledima je takođe registrovano niz ilustrativnih slučajeva. Pregledom kartoteke prethodnih i periodičnih pregleda radnika u službi Medicіne rada zapazili smo, da osim vrlo malog broja radnih organizacija, ostale ne utvrđuju zdravstveno stanje i zdravstvenu sposobnost pri prijemu na rad u službu obezbeđenja i ne vrše kontrole zdravstvenog stanja. Zato smo izvršili anketu kod većeg broja referenata zaštite na radu u radnim organizacijama i potvrdili svoje zapažanje: fabrika lekova „Zdravlje“ od 1976 prima po konkursu radnike u službu obezbeđenja, najmanje sa srednjim obrazovanjem i od tada vrši prethodni pregled a od 1983 vrši i periodične zdravstvene kontrole ovih radnika; preduzeće „Robnih kuća“ — Beograd svoja pet radnika obezbeđenja redovno periodično pregleda. Ostale radne organizacije na ova radna mesta dovode svoje radnike iz pojedinih radnih jedinica, vrlo često zbog ostarelosti ili bolesti i ne vrše nikakve prethodne preglede niti ih kasnije podvrgavaju kontrolno-periodičnim pregledima.

Anketirali smo grupu radnika službe obezbeđenja iz radne organizacije AIK, Leskovac o godinama starosti i dužini radnog staža kada su primani

ili premeštani u službu obezbeđenja. Anketom smo obuhvatili 28 radnika i našli sledeće stanje; koje prikazujemo u tabeli broj 1.

Nijedan od ovih radnika nije bio prethodno na lekarski pregled. Njih

8 je bilo van radnog odnosa i primljeno u službu obezbeđenja, njih 10 je premešteno zbog starosti, šest zbog bolesti, ostali nisu dali podatke.

Tabela br. 1

starosni uzrast	ostvoreni do 5 god.	radni staž pri 5 — 10 god.	premeštanju u 10 — 20 god.	službu obez 20 — 30 god.
20 — 30 g.	—	—	—	—
31 — 40 g.	—	2	4	—
41 — 50 g.	3	1	3	4
preko 50 g.	3	1	1	6

Zdravstveno stanje radnika službe obezbeđenja

Ne posedujemo analizu zdravstvenog stanja radnika zaposlenih u službi obezbeđenja po radnim organizacijama jer ono nikada, u većini radnih organizacija nije praćeno. Zato ćemo izneti samo podatke za one kod kojih je izvršen periodični pregled u 1984 godini i zdravstveno stanje onih radnika koji su obrađivani za IK, i onih čije je zdravstveno stanje ocenila prvostepena Invalidska komisija.

A. Periodični pregled radnika službe obezbeđenja

Rezultate periodično pregledanih radnika službe obezbeđenja u 1984 godini dajemo u tabeli broj 2.

Od 30 pregledanih radnika njih šestorica nije imalo nijedno obolenje, njih 5 (16,6%) je oglašeno nesposobnim za rad u službi obezbeđenja. Dvojica su oglašena uslovno sposobnim samo za neke poslove. Pitanje je koliko su dugo kao nesposobni radili u ovoj službi i koliko su sigurnost pružali u obezbeđivanju imovine i lica.

B. Utvrđena obolenja radnika službe obezbeđenja obrađivanih za izlazak na IK.

Analiza oboljenja obuhvata period od 1980 do 1983 god., a rezultate analize dajemo u tabeli broj 3.

Prikazana obolenja, data samo u procentima) su vodeće dijagnoze iz ekspertiza obrađivanih za izlazak na

Tabela br. 2

Broj utvrđenih dijagnoza po šiframa bolesti							
401/402	532	454	721	493	250	oštećen sluh	oštećen vid
3	1	4	4	2	2	9	10

tabela br. 3

godina	broj obrađenih	401	utvrđene 493	dijagnoze 721	bolesti 388	303
1980	34	38,1%	64,7%	8,8%	29,4%	14,7%
1981	29	55,1%	44,8%	34,4%	24,1%	6,8%
1982	26	57,6%	57,6%	23,0%	30,7%	19,2%
1983	24	62,5%	37,5%	66,6%	37,5%	12,5%

IK i ona obolenja koja imaju veći uticaj na sigurnost u radu u službi obezbeđenja. Veliki broj radnika ima arterijsku hipertenziju, najčešće sa znacima oštećenja srca, zatim obolenje disajnih organa i kičmenog stuba. Važan je podatak da je ekspertizna obrada otkrila među ovim radnicima i veliki broj hroničnih alkoholičara (prosečno svake godine oko 13%). Takođe je značajno da u svakoj posmatranoj godini skoro trećina obrađivanih ima znatno oštećenje sluha. Registrovana su i druga obolenja, koja, se javljaju u manjem broju ali su od velikog značaja za rad u ovoj službi jer bitno umanjuju radnu sposobnost. Tako su zabeležena tri slučaja šećerne bolesti, jedan sa epilepsijom, dvojica sa koronarnom bolešću i jedan sa koksartrozom.

C. Zdravstveno stanje radnika obezbeđenja u predmetima

„Nalaz, ocena i mišljenje“ prvostepene IK za 1980/1983 g.

Analizirali smo sve predmete „Nalaz, ocena i mišljenje“ koje je ocenjivala prvostepena Invalidska komisija na ovom području za period 1980/1983 godinu. Izdvojili smo podatke za radnike službe obezbeđenja kod kojih je utvrđena dijagnoza hronični alkoholizam, kod nekih sa encephalopatijom, polyneuropatijom, cirozom jetre i dr., i ocenu prvostepene IK za ove radnike. Ove podatke dajemo u tabeli broj. 4

Ocena prvostepene Invalidske komisije u pomenutim predmetima izgledala je ovako: I kategoriju invalidnosti dobilo je njih petorica, četvorica II kategoriju, jedan treću, tri su vraćena na dalje lečenje a ostali su oglašeni sposobnim za rad!

Sve ove bolesti o kojima je bilo reči su hronična patološka stanja koja se razvijaju dugi niz godina i otkrivena su u času obrade za izlazak na IK ili kod manjeg broja pri prvom periodičnom pregledu, a do tada su

Tabela br. 4

godina	vatrogasac	stražar	lovočuvar	lugar	čuvar	portir	svega
1980	2	2	—	—	1	1	6
1981	1	2	1	1	1	—	6
1982	2	—	—	—	2	—	4
1983	1	3	—	—	—	1	5

niz godina onemogućavale rad ili umanjivale radnu sposobnost ovih radnika da bezbedno i efikasno izvršavaju svoje radne obaveze, pogotovu u kriznim situacijama. Ako za primer uzme-mo alkoholizam, koji psihofizički izmeni ličnost i karakterne osobine ličnosti, onda kakvu je sigurnost u svom obezbeđivanju postigla radna organizacija kada je oružje i bezbednost poverila kroz dugi niz godina, bolesnoj, psihopatološki izmenjenoj ličnosti.

Zaključci

I pored iznošenja malobrojnih podataka jer potpuni ne postoje, može se zaključiti da u službama obezbeđenja radnih organizacija radi znatan broj obolelih radnika koji zbog svog zdravstvenog stanja i izmenjene radne sposobnosti nisu u stanju da sa sigurnošću obavljaju poverenu dužnost.

Osim zdravstvene sposobnosti za rad u ovoj službi značajno mesto treba da zauzme i starosno doba, krajnja granica 55 godina, jer iza toga i kod fizički zdravih, dolazi do fiziološkog sniženja sposobnosti zbog gubitka brzine, spretnosti, fizičke snage i sl.

U većini radnih organizacija se prijem radnika u službu obezbeđenja vrši načinom koji ne obezbeđuje prethodno utvrđivanje zdravstvene sposobnosti za rad u ovoj službi.

Nad radnicima službe obezbeđenja u većini radnih organizacija se ne vrši

nikakav zdravstveni nadzor zbog čega se kroz službu dugi niz godina povlače bolesni radnici koji ni izdaleka ne ispunjavaju uslove iz dokumenata radnih organizacija o bezbednosti radne organizacije.

Služba obezbeđenja u radnim organizacijama sa nerešenim problemima zdravstveno-radne sposobnosti dela svojih radnika može u odsudnom trenutku da izazove teške posledice po bezbednost radne organizacije, te je treba najhitnije dovesti u sklad sa propisima o organizaciji i radu službe obezbeđenja u radnim organizacijama.

Literatura

1. **Arnautović O.** (1979) Zbirka propisa iz oblasti zaštite od požara (Republički i pokrajinski propisi). Vatrogasni savez Srbije, Beograd
2. **Zećo.** (1982) Beneficirani staž. Institut za ergonomiju Sarajevo
3. **Đuričić I.** (1966) Medicina rada. Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb
4. Revija rada 84/4. Institut za dokumentaciju zaštite na radu „Edvard Kardelj“ — Niš

Rad je čitan na Savetovanju o nekim problemima vezanim za fizičko — tehničko obezbeđenje u radnim organizacijama, Leskovac, 22 novembra 1984 godine

Adresa: Aleksandar Stošić, Niška br 2/2, Leskovac

AEROZAGAĐENJA ŽIVOTNE I RADNE SREDINE KAO UZROK POJAVE NESPECIFIČNIH RESPIRATORNIH OBOLJENJA NA REGIONU LESKOVCA U 1983. GOD.

**Air contamination of living and working environment causes
non-specific respiratory diseases in Leskovac region in 1983.**

Snežana Živković, Mirosljub Živković, Milan Levi, Vukadin Ristić,

Zavod za medicinu rada Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu

Sažetak:

U ovom radu autori razmatraju uticaj loših mikroklimatskih uslova u fabrikama leskovačkog regiona i njihov odraz na pojavu nespecifičnih respiratornih oboljenja.

Obraduju se radnici koji rade u tekstilnoj, građevinskoj, metalnoj i hemijskoj industriji.

Pored toga autori daju i rezultate spirometrijskih ispitivanja kod obolelih radnika.

Radom je obuhvaćeno 4296 radnika, oba pola i svih godina starosti, a isti su pregledani u 1983. godini, kroz periodične preglede u Zavodu za medicinu rada u Leskovcu.

Abstract:

In this work authors consider influence of negative micro-climatic conditions in factories of Leskovac Region and their effect on occurrence of non-specific respiratory diseases.

Workers who work in textile, building, metal and chemical industry have been tested.

Beside this there are data on results of spirometric examinations executed with diseased workers.

The work comprised 4296 tested workers of both sexes and various ages who have been examined in 1983. on occasion of periodic examinations executed at Center for occupational medicine in Leskovac.

Uvod:

Veoma nepovoljan geografski položaj Leskovca, u Leskovačkoj kotlini, sa veoma razvijenom industrijom (tekstilna, građevinska, metalna, hemijska i druge) sa dosta razvijenim saobraćajem, bitno utiče na pojavu velikog broja nespecifičnih respiratornih oboljenja.

U ovom gradu živi 156.000 stanovnika, od čega su 38.680 industrijski radnici.

Svedoci smo velikog ataka industrijalizacije i urbane sredine na naš organizam, a naročito na respiratorni sistem, počev od rođenja, pa do kraja života. Razvoj industrije i veliki broj fabrika a samim tim i postojeće aerozagađenje u Leskovcu dovelo je do pojave velikog broja radnika - pacijenata sa hroničnim oboljenjima disajnih puteva. Svakodnevni kontakt respiratorne sluzokože sa fizičkim i hemijskim agensima iscrpljuje fiziološke mehanizme odbrane i otvara vrata za prodor kako infektivnog agensa, tako i mnogobrojnih alergena, dovodeći do pokretanja mehanizama za nastanak i pojavu hroničnih bronhita, emfizema pluća, preko obstruktivnih bronhita, pa i same astme.

Rad prikazan u vidu postera u Dublinu —
Irska na XXI Internacionalnom kongresu medicine rada od 9—14 septembra 1984. godine.

Očekuje se da su kod radnika učestalija gore navedena oboljenja no kod ostale populacije, pre svega zbog uticaja profesionalnih noxi - aerozagađivača, naročito u tekstilnoj, metalnoj i hemijskoj industriji, te smo i ispitivali radnike koji rade u ovim industrijskim granama. Ekspozicija radnika štetnim noksama utiče na smanjenje radne sposobnosti, pa i do pojave invaliditeta, a u otkrivanju i dijagnosticiranju ovih oboljenja, vodeću ulogu ima Zavod za medicinu rada.

Cilj rada:

je da prikaže štetno delovanje aerozagađivača životne i radne sredine i njihov uticaj na broj obolelih od nespecifičnih respiratornih oboljenja u Leskovcu, a prema granama industrije gde ti radnici rade.

da prikaže rezultate spirometrijskih merenja kod obolelih radnika, u korelaciji sa polom i godinama starosti.

da prikaže vrste nespecifičnih respiratornih oboljenja po industrijskim granama.

da ukaže na mogućnost i način prevencije nespecifičnih respiratornih oboljenja kod ove grupacije radnika.

Metod rada i materijal:

U toku 1983. godine u Zavodu za medicinu rada u Leskovcu pregledano je 4296 radnika, a u cilju utvrđivanja pojava nespecifičnih respiratornih oboljenja. Koristili smo se kliničkim pregledom, Ro grafijama pluća i konsultacijom ATD službe, spirometrijskim merenjima na aparatu Pneumodatskrin i povremeno gasnim analizama. Radnike koje smo pregledali, radili su u tekstilnoj industriji (1123), građevinskoj (1200), metalnoj (1026) i hemijskoj (956). Trudili smo se da iz svih grana industrije bude zastupljen približno isti broj radnika, radi pravilnijeg uočavanja uticaja loših radnih uslova na oboljenje samih radnika.

Od ukupno pregledanih 4296 radnika 2919 su bili muškog a 1377 ženskog pola. Najveći broj radnika je bio u najproduktivnijem dobu života od 30—39 godina starosti, 1590 radnika (37%). Prilikom ispitivanja, 3019 radnika nije imalo nikakvih patoloških promena, a kod 1277 radnika su nađene promene karakteristične za nespecifična oboljenja respiratornog trakta, različitog stepena. Od 1277 obolelih radnika sa nespecifičnim oboljenjima respiratornog trakta 897 su bili muškog a 380 ženskog pola. Preko 55% obolelih su bili aktivni pušači ali taj podatak nismo uzimali u obzir u radu.

Nespecifična respiratorna oboljenja i broj obolelih u našem radu

Tabela 1.

vrsta oboljenja	broj obolelih	%
1	2	3
Bronchitis chronica	1023	86,1
Emphysema pulmonum	77	6,1
bronchitis chr. obstructiva	50	4,9
Asthma bronchiale	37	2,9
svega	1277	100,0

U ovoj tabeli se uočava evidentna razlika pojave nespecifičnih respiratornih oboljenja po granama industrije, u tekstilnoj je ona veoma značajna, gde su i najlošiji radni uslovi, dok se u hemijskoj industriji pojavljuje najmanji broj nespecifičnih respiratornih oboljenja, gde je modernizacija fabrika najzastupljenija i štetni faktori radne sredine najminimalniji.

Kod svih obolelih radnika od nespecifičnih respiratornih oboljenja utvrđen je poremećaj ventilacije pluća od lake do vrlo teške i to restriktivnog tipa 56,6%, obstruktivnog tipa 29,6% i mešanog tipa 13,8%.

Nespecifična respiratorna oboljenja i broj obolelih po industrijskim granama

Tabela 2

industrijska grana	broj pregledanih	%	broj obolelih	%	vrsta oboljenja							
					Bronch. chr	%	Emphys. pulmon.	%	Bronch. obstr.	%	Asthma bronch.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
tekstilna	1123	26,1	576	45,1	499	48,7	39	50,6	21	42,0	17	45,8
građevinska	1200	27,9	315	24,6	229	22,4	21	27,2	14	28,0	8	21,6
metalska	1026	23,3	295	23,1	220	21,6	11	14,3	10	20,0	7	18,9
hemijska	956	22,7	91	7,2	75	7,3	6	7,9	5	10,0	5	13,7
svega	4296	100,0	1277	100,0	1023	100,0	77	100,0	50	100,0	37	100,0

Prikaz poremećaja ventilacije pluća dobijen spirometrijskim ispitivanjem obolelih radnika

Tabela 3.

vrsta poremećaja	stepen oštećenja				vrlo							
	laka	%	srednja	%	teška	%	teška	%	svega	%		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
restrikcija	517	63,8	148	46,1	52	40,8	7	25,0	724	56,6		
obstrukcija	192	23,6	119	38,1	51	40,8	16	58,0	378	29,6		
mešana	101	13,3	45	15,8	24	18,4	5	17,0	175	13,8		
svega	810	100,0	312	100,0	127	100,0	28	100,0	1277	100,0		

Diskusija i zaključci:

Najveći broj obolelih radnika od nespecifičnih respiratornih oboljenja radi u tekstilnoj industriji, gde su i uslovi rada najteži, a aerozagađenje radne sredine najveće.

Svi oboleli radnici su pokazivali znake poremećaja u ispitivanju ventilacije pluća na aparatu Pneumodatskrinu, svih oblika i svih vrsta.

Utvrdjeni poremećaji pri spirometrijskom ispitivanju su uglavnom reverzibilnog karaktera i dobro reaguju na medikamentozno inhalaciono i banjsko klimatsko lečenje.

Svi pregledani radnici rade na ugroženim radnim mestima i podležu obavezanim periodičnim pregledima, koji treba da budu što rigorozniji i što iscrpniji.

Potrebno je stalno raditi na poboljšanju mikroklimatskih uslova radne sredine, raditi na što boljoj higijensko-tehničkoj zaštiti uz primenu

najsavremenijih mera, kako u procesu proizvodnje, tako i u otklanjanju štetnih faktora tog procesa.

I Na kraju treba konstatovati da su hronične nespecifične respiratorne bolesti sa epidemiskim karakterom i u njihovom sprečavanju treba poštovati sve principe jedne epidemije, to jest dejstvovati na sve karike lanca (izvor—put—domaćin), sa poentom na unapređenju zdravlja i sprečavanju bolesti, a u cilju održavanja psihičkog, fizičkog i socijalnog blagostanja.

Literatura:

1. Đorđević B, Danilović V (1968): Problemi hronične plućne insuficijencije, hronične plućne hipertenzije i hroničnog plućnog srca. Naučna knjiga. Beograd.
2. Plućna ventilacija (1972): Simpozijum. Kruševac.
3. Kozarević Đ i saradnici (1980): Epidemiologija hroničnih obstruktivnih bolesti pluća, VIII kongres lekara SRS, Vrnjačka Banja.
4. Kozarević Đ (1979): Uticaj uslova sredine na obstruktivna oboljenja pluća. Seminar. Opatija.

ALKOHOL I RADNICI U GRAĐEVINARSTVU

Alcohol and construction workers

Milorad Veličković

Neuropsihijatrijska služba Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu

Sažetak:

U radu se iznosi problem odnosa alkohola i radnika u građevinarstvu sa aspekta tkz. i kritične profesije. Metodom slučajnog izbora anketirano je 240 uposlenika muškog pola sa dominantnom starosnom strukturom između 31-50 god. Karakteristično je da su rano probali alkohol da nisu probirali kao i vrlo blizak odnos onih kojima radni dan počinje čašicom alkohola i odnos onih koji su povređivani na radu. Građevinski radnici imaju niz osobenosti koje ih čine karakterističnom grupom ljudi, pre svega sa stanovišta socijalnog miljea njihovog bivanja (terenski rad, odvojenost od porodice, život u velikoj grupi) što neminovno povlači sa sobom i određene psihološke reperkusije koje ličnost vrlo često stavljaju na velika iskušenja u odnosu na alkohol. Zato ma koliko bio relativan pojam „kritičnog“ zanimanja u odnosu na alkoholizam, mislimo da građevinski radnik spada u gornjem delu lestvice „kritičnih“ zanimanja. Sama po sebi se nameće neophodnost preventivnog rada sa ovom populacijom u kome pored lekara, psihologa i socijalnog radnika treba da se uključe i organizovane društvene snage, pri svakom OOUR-u zajedno sa neposrednim rukovodiocima.

Abstract:

Paper presents the problem of alcoholism among construction workers from the aspect of so called critical profession. By random choice method 240 male employees (age from 31 to 50 years) were interviewed. It is common feature for them that they tasted alcohol in early age and that they are not choosy in alcohol consumption. It was also found that the percentage of workers with injuries at work is close to the percentage of workers whose working day starts with a drink. Construction workers have certain features that define them as a distinct group-primarily from the aspect of social milieu of their living and accomodation (separation from the family, life in a large group) which necessarily create certain psychological effects and often may lead to greater risk and temptation in respect to the alcohol. Therefore although the definition of „critical occupation“ in respect to alcohol is considered relative, nevertheless the occupation of construction workers belongs to the highly critical profession. This requires a preventive work with this population in which besides a medical doctors, psychologists social workers should be included various social institutions and organizations together with direct managers.

Za pojavu alkoholizma pored osnovne psihološke predispozicije (strukture) ličnosti neophodno je prisustvo i određenih socijalnih i porodičnih parametara koji najčešće upotpunjuju ili provociraju osnovni nesklad ličnosti i time ga uvode u ovu bolest. Retko je bolest uzrok novim potencirajućim faktorima koji jasno vode u začarani krug toliko karakterističan za

alkoholizam. Mi ćemo u ovom radu pokušati da uočimo neke osobitosti u međusobnom odnosu alkohola i radnika u građevinarstvu, zbog karakteristika koje su vezane za građevinske radnike a od kojih bi na prvom mestu došlo: terenski život tj. odvojenost od porodičnog kruga, zatim česte promene mesta boravka, bivanje u prilično stalnoj tj. kompaktnoj grupi

za vreme rada kao i posle njega, jer se njihov zajednički život nastavlja i u kolonijama u kojima najčešće stanuju i hrane se. Motiv za naš rad je bio i pojam „kritične profesije“ u odnosu na alkoholizam.

Materijal i rezultati

Naš rad se zasniva na dvogodišnjem iskustvu u radu Neuropsihijatrijske ambulante u GIK-u „Milentije Popović“ u Leskovcu, kao i ankete koju smo sproveli među zaposlenima u ovoj radnoj organizaciji pri čemu smo anketirali 240 uposlenika izabranih metodom slučajnog izbora. Svi ispitivani su radnici građevinske struke a po zanimanju su: tesari, zidari, stolari, betonjerci, armirači, vodoinstalateri, električari, poslovođe i tehničari. Svi anketirani su muškog pola. Starosna struktura ispitanika bi bila sledeća: Najviše ih je u životnom dobu između 31 i 50 godina i čine ukupno 59,2%. Što se tiče radnog staža najveći broj je imao do 10 god. radnog staža (85% ili 35,4%) a zatim slede ispitanici sa radnim stažom do 20 godina (83% ili 34,6%) do 30 godina bilo je njih 53 ili 22,1%, a preko 30 god. 19% ili 7,9%. Ogromna većina (88,3% je oženjeno). U odnosu na mesto življenja većina naših ispitanika živi na selu (59,6%). Što se tiče godine kušanja alkoholnih pića najveći broj njih je to uradio pre 20 godine (58,75%) ali je značajan procenat onih koji su to uradili pre 15 godine života (18%) pa i pre 10 godine života (11,25%), dok je samo dvoje to učinilo posle 30 godine života. Pozitivnu anamnezu u smislu alkoholizma dalo je njih 28 ili 11,7%. Na pitanje: „da li vam dan počinje sa čašicom“ dobili smo sledeće odgovore: potvrdno je odgovorilo njih 17 ili 7%, sa ponekad njih 64 ili 26,5% dok su ostali odgovorili odrečno. Što se tiče vrsta alkoholnog pića

najveći broj njih nisu probirači i piju sva alkoholna pića (84 ili 35%) a zatim pivo (34,6%) dok žestoka pića i vino konzumira podjednak broj i to 12,5%. Na pitanje da li su do sada imali povrede na poslu potvrdno je odgovorilo njih 87 ili 36,2%. Na kraju da kažemo da smo za poslednje dve godine od alkoholizma lečili 30 uposlenika ovog Kombinata i da su svi počeli lečenje u hospitalnim uslovima.

Diskusija

Većina naših ispitanika je u životnom dobu između 31 i 50 god. što odgovara i strukturi zaposlenih u kombinatu. Najveći broj njih je oženjen. Većina ispitanika živi na selu i oni poseduju tzv. dvojno zanimanje. Zbog uslova vezanih za terenski rad vrlo malo vremena provode sa porodicom, no bezobzira na to izuzetno mali broj razvedenih ukazuje na stabilnost porodične zajednice, na to svakako može da se i opširnije i drugačije diskutuje. Dosta visok procenat pozitivne porodične anamneze u odnosu na alkoholizam je svakako indikativan, kao i godina kušanja alkoholnih pića jer 29,25% je to uradilo pre 15 godine života, što ukazuje na rasprostranjen običaj da se deci prva čaša pića da u glavnom u porodičnom krugu od strane starijih, a svakako je zanimljiva i koincidencija procenata kušanja alkohola pre 10 godine (11,25%) i pozitivne porodične anamneze u odnosu na alkoholizam (11,7%). Procentualno vrlo blizak je i odnos onih koji su se povređivali na radu (36,3%) sa onim koji redovno ili povremeno dan počinju sa čašicom alkohola (33,5%). Skloni smo da to posebno istaknemo jer naše mišljenje je da se tu radi o populaciji ugroženoj u smislu alkoholizma te bi svakako bio indikovani ozbiljniji psihološko-psihijatrijski napor u smi-

slu ispitivanja tih ličnosti. Raširen običaj pija u grupi kao i podignut prag tzv. socijalno integrisano pija u sklopu prethodnog donekle daje odgovor na pitanje zašto građevinski radnici dolaze na lečenje od alkoholizma u poodmakloj fazi bolesti tj. tek kada se jave ozbiljniji somatski i neuroški poremećaji. Običaj građevinara da piju u društvu objašnjava najveći procenat onih neprobirljivih u odnosu na alkoholna pića, a specifičnost posla (fizičko naprezanje), kao i vreme vršenja ove ankete (leto) objašnjavaju visoku brojku onih koji konzumiraju pivo.

Literatura

1. **Despotović A, Ignjatović M, Fridman V.** (1978): Alkoholizam — etiologija lečenje, prevencija Niš.
2. **Poleksić J.** (1976): Uloga radne organizacije u suzbijanju alkoholizma, preventiva i vanbolničko lečenje alkoholizma. Simpozijum o alkoholizmu. Niška Banja.
3. **Ankić R.** (1973). Socioterapijska grupa samaca pri radnoj organizaciji „K.M.G. „Trudbenik“ Beograd u produžnom socio-rehabilitacionom tretmanu lečenih alkoholičara Bilten kluba produžne terapije br. 3-4

HIRURŠKE INDIKACIJE I KONTRAINDIKACIJE U LEČENJU ANGULARNOG GLAUKOMA

Surgical indications and contraindications in the treatment of angular glaucoma.

Miroslav Kocić

Očno odeljenje Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu

Sažetak

Angularni glaukom je isključivo hirurška afekcija. Iridektomija u reverzibilnoj fazi glaukoma je efikasna i laka, ako je izvedena od strane iskusnog oftalmohirurga. Ona uklanja opasnost od pupilarnog bloka, omogućuje komunikaciju između prednje i zadnje komore, održavajući ravnotežu, ujednačavajući pritisak između ove dve komore i čak otvarajući iridokornealni ugao. Trepanotrabekulektomija, odnosno trabekulektomija biće praktikovana kod glaukoma zatvorenog ugla u ireverzibilnoj fazi sa pretrabekularnom blokadom i sekundarnim zatvaranjem ugla, sa goniosinehijama i na kraju kod iris platoa.

Angularni glaukom je isključivo hirurška bolest, smatra Etienne (1969). Ako se misli na angularni glaukom, on i nije tako redak, Wollensak i Ehrhorn (1975.) otkrivaju na 16000 pregledanih pacijenata 216 slučajeva glaukoma zatvorenog ugla, što čini 4%. Medikamentozni tretman davanjem miotika bio bi dosta efikasan, ako bi se disciplinovano sprovodio. Često puta medikamentozna prevencija nije konstantna naročito kod starijih pacijenata sa početnom kataraktom kod kojih mioza smanjuje oštrinu vida. Takođe, kod mlađih ljudi pilokarpin će, kao preventivno sredstvo, biti odbačen zato što provocira spazam akomodacije. Naročito se ne može očekivati saradnja sa pacijentima koji još nisu osetili krizu akutnog glaukoma. U odsustvu krize akutnog glaukoma

Abstract

Angular glaucoma is exclusively a surgical affection. Iridectomy in the reversible phase is effective and easy if done by an experienced ophthalmologist. It eliminates the danger of pupillary block, enables communication between the front and the back chamber, maintaining equilibrium, equalizing the pressure between the two chambers and even opening the iridocorneal angle. Trepanotrabeculectomy, i. e. trabeculectomy will be practiced in the case of the closed angle glaucoma in the irreversible phase with a pretrabecular block and the secondary closing of the angle, with the goniosynechia and finally in the case of iris plateau.

može se često puta postaviti dijagnoza glaukoma zatvorenog ugla.

Ukoliko posedujemo instrumente za merenje dubine prednje komore sa velikom verovatnoćom može se predviđati rizik od akutnog napada. Alsbrink (1975.) na osnovu dugogodišnjeg istraživanja daje sledeću tabelu (tabela I) koja pokazuje koliki je rizik od akutnog napada u zavisnosti od dubine prednje komore. Gonioskopija je uvek neophodna da bi smo otkrili uzan ugao, kao i to da li postoje goniosinehije ili ne, odnosno da li je glaukom u reverzibilnoj fazi ili ireverzibilnoj. Takođe, gonioskopija je potrebna da bi eliminisali retku formu glaukoma iris plato, kod koje bazalna iridektomija ne bi dala zadovoljavajući efekat. Provokacione probe,

takođe, se upotrebljavaju za postavljanje indikacije za hiruršku intervenciju (kao što su Homatropinski test, proba u mraku i test pilokarpin — neosinefrin).

Biomikroskopski pregled dužice može pokazati jednu sektorastu atrofiju koja govori da je na tom oku prošla subakutna ili akutna kriza.

Biomikroskopski pregled sočiva može pokazati intumescenciju sočiva ili Vogtove subkapsularne mrlje, koje su simptomatične za napad koji je već prošao. Tonografija, takođe, može pokazati da li je glaukom zatvorenog ugla ili u ireverzibilnoj fazi. Pri postavljanju indikacije za operaciju treba uzeti u obzir i oštrinu vida, stanje papile, koji mogu biti oštećeni nakon ponovljenih subakutnih kriza. Iz prakse znamo da se možemo sresti sa različitim kliničkim situacijama posle napada akutnog glaukoma:

— Nakon adekvatnog medikamentoznog tretmana može doći do normalizovanja tonusa ili do njegovog održavanja iznad normalnih vrednosti. Može se desiti da intraokularni pritisak (iop) nakon napada bude normalizovan, čak ispod normale. Biometrija prednjeg segmenta dozvoljava da se predvidi nastajanje jedne nove krize pre ili kasnije. Anamneza pokazuje prisustvo ili odsustvo subjektivnih znakova akutne ili subakutne krize koja je prošla. Smatramo da, ukoliko posle jedne konzervativne adekvatne terapije nije došlo do pada tenzije, midriaza perzistira, bolovi su nepodnošljivi, u tom slučaju, jasno je da je hirurška intervencija neophodna. Ona čak mora biti realizovana unutar 24 časova, od početka krize, ukoliko želimo da se nadamo povratku vida. Problem koji se postavlja u takvoj situaciji je izbor operacije:

— Iridektomija bazalis dozvoljava najčešće sniženje tenzije na jedan prihvatljiv nivo, smiruje bolove i dekongestionira prednji segment. Ona se mora izvesti transcornealno da bi se

sačuvala konjunktiva za eventualnu fistulizirajuću operaciju (Charleux, Etienne 1974.) Iridektomija može biti često efikasna uspostavljajući ravnotežu između prednje i zadnje komore, ako je ugao bez goniosinehija što će reći ako se radi o reverezibilnoj fazi glaukoma sa zatvorenim uglom. Kakav stav zauzeti kod slučajeva kod kojih smo medikamentoznom terapijom uspeali da smirimo krizu? Etienne (1969), Marsel Gilson (1977) i mi smatramo:

— ako tenzija ostane normalizovana na ukapavanje miotika, ako je iridokornealni ugao otvoren u miozi i ne pokazuje velike alteracije, tj. goniosinehije, ako tonografija pokazuje ponovo normalne vrednosti, tada bazalna iridektomija daje velike šanse da se očna tenzija održi u normalnim granicama, bez tretmana i da se izbegne nova kriza akutnog napada.

— Nasuprot, ako ne dođe do normalizacije očne tenzije ni u kombinaciji miotika i inhibitora karbo anhidraze, vrlo je verovatno da je ugao alteriran, da postoji smanjena lakoća oticanja komorne tečnosti da će iridektomija biti neefikasna. Treba dakle pribeći, tj. uraditi jednu fistulizirajuću operaciju — trabekulektomiju ili trepanotrabekulektomiju, kombinovanu ili ne sa ekstrakcijom sočiva, za visno od stanja sočiva. Po našem mišljenju fistulizirajuća operacija mora biti najčešće upotrebljena, jer se akutna kriza vrlo brzo svršava sa anatomskom alteracijom ugla izraženom u pretrabekularnim smetnjama (definitivnim goniosinehijama i glaukomom sa sekundarnim zatvaranjem komornog ugla).

Neki autori u ovakvim slučajevima predlažu Irido-cycloretraktiju po Krasnovu (1971.) Mi na našem očnom odeljenju u Leskovcu primenjujemo trepanotrabekulektomiju, odnosno, trabekulektomiju po Cairns-u (1968).

Oftalmolog je mnogo više u neugodnoj situaciji kod onih slučajeva kada pacijent ima normalnu tenziju,

kod kojih nije konstatovana akutna kriza, i kod kojih biomikroskopski pregled pokazuje plitku prednju komoru i uzan ugao. Jedna brižljiva anamneza i pedantan pregled dužice i sočiva, pa i vidnog polja, mogu otkriti akutnu krizu koja je prošla povlačeći se spontano bez terapije. Provokacione probe su ovde važne da bi smo doneli odluku o hirurškoj intervenciji. Ako su one pozitivne i ako ugao ne pokazuje alteraciju, treba ubediti pacijenta da prihvati preventivnu bazalnu iridektomiju, koja će ga sigurno zaštititi od nove krize. U sličnoj situaciji se nalazi srodno oko pacijenta koji je već imao akutnu krizu glaukoma na jednom oku. Različite statistike pokazuju da ranije ili kasnije ovo oko prolazi slično. Lowe (1962.) na 200 pacijenata koji su imali krizu na jednom oku konstatuje bilateralnu krizu u isto vreme kod 23 slučaja, jedan jedini napad kod 64 oka koja su imala preventivnu intervenciju, kod 113 pacijenata, koji su bili tretirani miotocima 58, znači više od polovine bili su izloženi akutnom napadu. Wolensak (1975) u jednoj studiji na 114 pacijenata konstatuje da 58% dobije krizu akutnog glaukoma i na drugom oku, uprkos medikamentoznom tretmanu. Oni nisu observirali ni jednu krizu kod onih gde je realizovana preventivna bazalna iridektomija

i to na seriji od 77 pacijenata. Vreme kada će se pojaviti atak i na drugo srodno oko dosta je varijabilno, kriza može biti u isto vreme ili se javi posle više od 20 godina. Lowe (1962.) iznosi iskustva da u toku jedne godine posle napada na jednom oku, drugo oko doživi krizu u 36,2% slučajeva, od 1 do 5 godina, 15,5% od 5 do 10 godina, u 39,6% slučajeva i nakon više od 10 godina u 8,6% slučajeva.

Iz našeg desetogodišnjeg materijala vidimo da 35% bolesnika koji su već imali akutni napad glaukoma na jednom oku u toku jedne godine dobije napad i na drugom oku. U toku narednih 8 godina taj procenat se uvećava za još 35% što znači nakon devet godina 70% bolesnika dobije akutnu ili subakutnu krizu na oba oka. Veoma često imali smo bolesnike sa akutnim napadom na oba oka u isto vreme.

Treba dakle kod svih pacijenata koji su doživeli akutnu krizu na jednom oku sistematski i brzo uraditi preventivnu bazalnu iridektomiju na drugom oku. Ova intervencija realizuje se na hladno, na jednom bulbusu koji još nije izložen bolesti i čiji je iridokornealni ugao intaktan. Na ovaj način izbeći ćemo akutnu krizu čije konsekvence već znamo.

LITERATURA

1. **ALSBRIK P H** (1975): Anterior chamber depth and primary angle-closure glaucoma. I. An epidemiologic study in Grenland Eskimos. *Acta Ophthalm.*, Kbh, 53,89-104.
2. **BECKER B and SCHAFER R H** (1965): *Diagnosis and therapy of the glaucomas*. The Mosby Cie (St.-Louis), 2 edition
3. **Cairns J E and ETIENNE R** (1974): Trabeculectomy. Preliminary report of a new method. *Amer. J. Ophthalm.*, 66, 673-680.
4. **CHARLEUX J et ETIENNE R** (1974): Iridectomy transcorneene. Technique opératoire. *Bull. Soc. France*, 74, 237-241.
5. **DELMARSELLE Y, COLLIGNON, J, LUICKX J et WECKERS R** (1971): Etude biometrique du globe oculaire dans le glaucome a angle ferme. *Bull. et Mem. Soc. fr. Ophthal.* 84,449-460.
6. **ETIENNE R** (1969): *Les glaucomes*. Diffusion Generale de Libraiirie, Marseille.
7. **GILSON M** (1977): La glaucome a angle ferme. *Bull. Soc. Belge* 177, 53-59.
8. **KRASNOV M N** (1971): Iridocycloretraction in narrow angle glaucoma. *Brit. Ophthalm.*, 55, 389-395.

-
9. **KOČIĆ M** (1981): Rezultat 50 trepanotrabekulektomija na očnom odeljenju u Leskovcu. *Acta Ophthalm. Iug.*, Vol. 19 1-4, 75—79.
 10. **LOWE F R** (1962): Acute angle closure glaucoma. The second eye: an analysis of 200 cases. *Brit. J. Ophthalm.*, 46, 641-650.
 11. **VOGT A** (1931): *Lerbuh und Atlas der Spaltlampenmikroskopie des lebenden Auges, Linse und Zonula.* Berlin, J. Springer.
 12. **WOLLENSAK J** (1975): Winkelblockglaucom und profilaktische Iridektomie am syptom-frein Auge. *Kl. Mbl. Augenhailk.* 167, 791-795.

RETINALNE HEMORAGIJE KOD NOVOROĐENČADI I NAŠ PRILOG NJIHOVOM PROUČAVANJU

A contribution to the study of newborn retinal hemorrhages

Miroslav Kocić, Miloš Manić, Božidar Jovanović

Očno odeljenje Medicinskog centra „Miroslav Pijade“ u Leskovcu

Sažetak

Na akušerskom odeljenju u Leskovcu pregledano je 244 na vreme rođena deteta 24—48 sati posle rođenja. Pored pregleda pomoćnog aparata oka, prednjeg segmenta i skijaskopije, posebna pažnja obraćena je na učestalost retinalnih hemoragija. Nalazimo ih u 24,5% slučajeva, najčešće su bilateralne i često zahvataju predeo makule. Većina hemoragija resorbuje se posle dve do tri nedelje. Uočavamo da postoji povezanost između porođajne traume i učestalosti hemoragija na retini novorođenčadi. Četvorogodišnjim praćenjem dece sa centralnim hemoragijama nalazimo na kraju normalan nalaz na fundusu, kao i oštrinu vida.

Abstract

In the Obstetrics department of the Medical centre in Leskovac 224 mature newborn infants have been examined 24 to 48 hours after parturition. In addition to the examination of the auxiliary apparatus of the eyes as well as the front segment and the skiascopy, a special attention has been paid to the frequency of retinal hemorrhages. We have found them in 24,5% of cases, the most frequent being bilateral ones nad they usually spread over the area of macule. Most of hemorrhages are reabsorbed after two or three weeks. We have noticed that there is a relation between the trauma parturition and the frequency of hemorrhages on the retina of newborn infants. At the end of the four year period of constant observation of children with central hemorrhage, we had normal finding on the fundus, as well as normal keenness of sight.

Uvod

Koristi od ranog detaljnog pregleda novorođenčadi su mnogostruke: mogu se otkriti razne kongenitalne anomalije, kongenitalna katarakta, kongenitalni glaukom, retinoblastom. Statistike pokazuju da je smrtnost dece najveća prvog dana po rođenju (25—50%). Najveći broj smrtnih slu-

čajeva je prouzrokovan unutrašnjim hemoragijom jetre i velikom mozga. Kako mnogi autori dovode u vezu retinalne hemoragije sa intrakranijalnim, logično je pretpostaviti da i one mogu nekada biti od patološkog značaja za eventualno oštećenje organa vida.

Retinalne hemoragije nastaju, kako većina autora misli, kao rezultat, pre svega, porođajne traume. Za vreme drugog porođajnog doba, kada glavica deteta prolazi kroz porođajni kanal, dolazi do povećanja intrakranijalnog pritiska, a kao rezultat toga je venska

staza. Povišeni pritisak cerebralne tečnosti prenosi se na zidove optičkog živca i na njegove krvne sudove. Ovaj pritisak nestaje rađanjem glave deteta. Ako je razlika između visokog pritiska u porođajnom kanalu i niskog pritiska u perineumu mala i postepena, ne bi trebalo da dođe do retinalnih hemoragija. No, ako je razlika u pritisku velika, dolazi do rupture u venskom sistemu kapilara i venula retine i izliva krvi. Krvni izlivi mogu nastati od rupture kapilara i venula u sloju nervnih vlakana i ganglijskih ćelija ili od kapilara u unutrašnjem zrnastom sloju retine.

Metod rada i rezultati

U 1977. godine na akušerskom odeljenju u Leskovcu pregledali smo ukupno 224 na vreme rođena deteta. Većina dece pregledana je 24—48 sati posle rođenja, nakon jednokratnog ukapavanja 0,5% atropina. Često, ali ne uvek, upotrebljavali smo kašike po Demars-u. Mi nismo obraćali pažnju samo na očno dno, već i na kapke, vežnjaču, rožnjaču, sočivo, a kod 117 novorođenčadi uradili smo i skijaskopiju. Petehije kapaka i hemo-

ragije vežnjače našli smo kod 15%, odnosno 20% slučajeva posle spontanog porođaja, dok ih kod carskog reza nije bilo. Kod tri deteta konstatovali smo conjunctivis neonatorum, a kod jednog kongenitalnu kataraktu. Hemoragije dužice, hifemu i hemoragije staklastog tela nismo videli. Tabela 1. pokazuje da su zastupljeni svi oblici refrakcije. Kao što se vidi prisutna je i miopija koja je kasnije bila predmet našeg velikog interesovanja i za koju je konstatovano da je tranzitorna.

Hemoragije retine našli smo kod 60 novorođenčadi, tj. u 24,5% slučajeva i većinom su bile bilateralne. Tabela 2. pokazuje da je najveći procenat hemoragija retine kod dece čije su majke prvorotke, a najniži kod dece višerotkinja. Iz tabele 3. vidi se da je najveći procenat hemoragije retine kod porođaja vacuum extractorom, dok ih kod sectio cesarea uopšte nema. Kod 70% dece sa retinalnim hemoragijama obavili smo i kontrolne preglede nakon sedam, četrnaest i trideset dana. Sa posebnom pažnjom pratili smo grupu sa hemoragijama u samoj makuli. Njih smo kontrolisali i nakon dva meseca, šest meseci,

TABELA I

SKIASKOPSKI NALAZ dece 1-2 dana po rođenju	broj dece	%
EMETROPIA I HYPERMETROPIA do +1.0d	37	31.6
HYPERMETROPIA od +1.0 do +5.0 I ASTIGMATIGMUS HYPERM.	40	34.2
MYOPIA I ASTIGMATIGMUS MIOPICUS	7	6.0
ASTIGMATIGMUS MIXTUS	33	28.2
UKUPNO	117	100 %

dve i četiri godine. Većina hemoragija resorbovala se nakon dve do tri nedelje. Neke crtaste hemoragije nestaju već posle 24 h. Čak i kod najdramatičnijih nalaza sa masivnim oblačastim hemoragijama, koje su prekrivale veliki deo zadnjeg pola, već nakon 5—7 dana dolazilo je do resorpcije najvećeg dela hemoragija, osim onih u makuli (koje se najduže zadržavaju). Često puta nalaz na fundusu podsećao je na sliku tromboze centralne retinalne vene. Vene su bile dilatirane, a hemoragične plaže prošarane sa beličastim edemom retine, koji je najčešće lokalizovan paravaskularno. Na našem

materijalu hemoragije retine su bile mnogo češće plamenaste, a ređe mrljaste sa svetlom tačkom u centru (nakupine leukocita), lokalizovane u unutrašnjem zrnastom sloju. Dezintegracija pigmenta u makuli koja se viđa nakon resorpcije centralne hemoragije traje ponekad dosta dugo. Kod jednog deteta nakon 46 dana uočavali smo znake hemoragije u resorpciji u vidu sitnih tačkica tamne boje. Kod kontrolnih pregleda nakon 6 meseci, dve i četiri godine našli smo kod takvih slučajeva potpuno normalan fundus. Od ukupno dvanaestoro dece sa centralnim hemoragijama desetoro su se

TABELA II - učestalost hemoragija retine kod prvorotki i višerotki (N=244)

	broj novorođenčadi	hemoragije retine	
		broj	%
PRVOROTKA	126	42	33,3
DRUGOROTKA	92	16	17,3
TREĆEROTKA	19	2	10,5
VIŠEROTKA	1	0	0
UKUPNO	244	60	24,5%

TABELA III učestalost hemoragija retine u zavisnosti od načina porođaja (N=244)

način porođaja	broj novorođenčadi	hemaragije retine	
		broj	%
GLAVICOM	209	54	25,8
KARLIČNI	7	1	14,2
NOŽNI	4	0	0
VACUM EXTRACTOR	9	5	55,5
SECIO CESAREA	15	0	0
UKUPNO	244	60	24,5 %

redovno odazivala na kontrolni pregled. Kod svo desetoro dece je nakon dve godine urađena skijaskopija. Kod sedmoru smo našli emetropiju i hipermetropiju do +3 dioptrije, kod dva od +5 d.do +5,5 d. i kod jednog hipermetropski astigmatizam. Sva deca imala su ortoforiju i normalan fundus. Nakon četiri godine pregled fundusa je ponovljen i bio je normalan uz ortoforiju i normalnu oštrinu vida na oba oka. Oštrinu vida kontrolisali smo na električnom optotipu sa E testom. Težina dece sa centralnim hemoragijama kretala se od 2900 gr do 3750 gr. a obim glavice od 33—37 cm.

Kontrolna grupa formirana je od 10 novorođenčadi koja na rođenju nisu imala retinalne hemoragije. Metod izbora je bio takav da je bilo približan broj dece od prvorotki, odnosno drugorotki kao i grupi sa centralnim hemoragijama. Težina dece u kontrolnoj grupi kretala se od 2900 gr do 4050 gr, a obim glavice od 33 do 37 cm. Kod poslednjeg kontrolnog pregleda, koji je obavljen četiri godine nakon rođenja, kod sve dece iz kontrolne grupe oštrina vida bila je normalna (vou=1,0), cower test-ortoforija i fundus o.u.—b.o. Od refrakcijskih anomalija nađen je samo jedan astigmatismus mixtus, koji je imao normalnu oštrinu vida sa korekcijom.

Diskusija i zaključak

Od naših autora najviše podataka o retinalnim hemoragijama kod novorođenčadi iznose N. Petrović i L. Slavica (1974.) i nalaze 13,3% hemoragija

na svom materijalu. L. Slavica (1976.) u svojoj doktorskoj disertaciji nalazi da retinalne hemoragije novorođenčadi mogu biti od značaja za pojavu ambliopije. Drugi autori, navodi L. Slavica, kao što je Štefek, nalaze da retinalne hemoragije kod novorođenčadi nisu od značaja za pojavu ambliopije. Mi smo kod 244 novorođenčeta našli hemoragije retine u 24,5%, od toga 20% hemoragija bilo je lokalizovano u makuli. Uočavamo da postoji povezanost između porođajne traume i učestalosti hemoragija na retini novorođenčadi. Način na koji je porođaj izveden ima određeni uticaj na učestalost pojavljivanja hemoragija retine, kao i to da li je majka deteta prvorotka ili višerotka. Četvorogodišnjim praćenjem dece sa centralnim hemoragijama našli smo da je na kraju nalaz na fundusu bio normalan, kao i oštrina vida. Na osnovu našeg iskustva nemožemo praviti pouzdane zaključke o tome da li su retinalne hemoragije kod novorođenčadi od uticaja na pojavu ambliopije, jer broj praćenih slučajeva nije dovoljno veliki. Činjenica je da su one dosta česte i da zaslužuju pažnju.

Literatura

1. Manić M, Kocić M, Jović B (1977): Etiologija retinalnih hemoragija kod novorođenčadi. Zbornik radova sa sastanka neonatologa SR Srbije i Autonomnih pokrajina, 123—125.
2. Pavlović N, Slavica L (1974): Retinalne hemoragije kod novorođenčadi. Acta Ophthal. Iug., Vol., 12, 87—92.
3. Slavica L (1976): Retinalne hemoragije kod novorođenčadi, Doktorska disertacija, Beograd.

UČESTALOST KARCINOMA BRONHA I PLUĆA ZA POSLEDNJIH DESET GODINA NA PODRUČJU PNEUMOFTIZIOLOŠKOG DISPANZERA LESKOVAC

Frequency of the carcinoma of the lung and bronchi in last ten years on the territory of Pneumophthisical center in Leskovac

Dimitar Mitov, Živka Sretić i Dragoslav Stojanović

Pneumoftizološka služba Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu

Sažetak

Prikazuje se epidemiološko stanje karcinoma na desetogodišnjem materijalu za područje opštine Leskovac odnosno Pneumoftizološkog dispanzera Leskovac. Iz materijala se vidi da je za period 1972—1981. godine obolelo 290 bolesnika od malignoma pluća i to 252 od primarnog, a 38 od metastatskih oblika malignoma. Autori konstatuju da broj obolelih stalno raste, da najčešće oboljevaju muškarci kao i gradsko stanovništvo, ali je očigledan porast i kod seoskog stanovništva. Najčešće se oboljeva između 51—70. godine života, a vrh oboljevanja je u dobnj grupi od 51—60 godine, života podjednako za oba pola. Kod muškaraca se javlja najčešće Epidermoidni tip a kod žena Adenokarcinom. U pogledu lečenja veći uspeh ima kombinovana terapija. Postoji signifikantna veza između pušenja i pojave malignoma pluća.

Abstract

In period from 1972 to 1981 we diagnosticated carcinoma of the lung in 290 patients/in 252 primary from and in 38 metastatic form/. Frequency of the carcinoma of the lung is in constant increase. Among our patients men are more frequent than women, and people living in a town more frequent then they living in a country/but there is obvious increase of disease among them/. The most frequent age is between 51 and 70 years with a peak between 51 and 60 years/equal frequency for men as for women/. In general, for men epidermoid form is more characteristic and for women adenocarcinomas. The highest rate of success has combined therapy. There is remarkable connection between smoking and the carcinoma of the lung.

Saznanjem da poslednjih decenija stalno raste broj obolelih od plućnog karcinoma, da po smrtnosti od malignih obolenja karcinomu pluća pripada prvo mesto, da po podacima Svetske zdravstvene organizacije (1957—1976) stopa smrtnosti u Evropi i Severnoj Americi iznosi preko 50/0000, navelo nas je da i mi, za Opštinu Leskovac, prikažemo epidemiološko stanje ove bolesti.

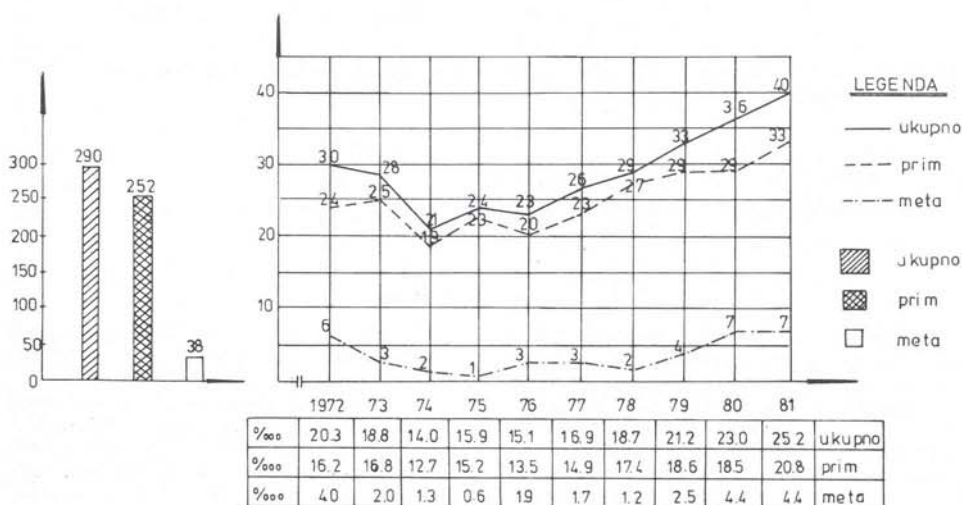
Rad je saopšten na XXIX Savetovanju pneumoftizologa Srbije u Beogradu od 17—18. XII 1982. godine

Dr Dimitar Mitov, pneumoftizolog,
Siniše Janića 9, Vlasotince

U opštini Leskovac, koja ima oko 160.000 stanovnika, u vremenu od 1972. do 1981. godine evidentirano je 290 bolesnika sa malignim promenama na plućima od kojih 252 bolesnika ima primarni karcinom pluća, a 38 bolesnika ima metastaze karcinoma drugih organa.

Na grafikonu 1 prikazana je incidenca karcinoma pluća, broj bolesnika sa metastazama i ukupan broj. Dalja naša izlaganja odnosiće se samo na karcinom bronha i pluća.

INCIDENCIJA MALIGNOMA BRONHA I PLUĆA
NA PODRUČJU A TD LESKOVAC ZA PERIOD 1972-1981g



grafikon 1

Iz grafikona vidimo da se stope karcinoma bronha godišnje kreću od 19—33, odnosno godišnje u proseku 26 bolesnika. Standardna devijacija iznosi ± 7 , a trend krivulje pokazuje porast od dva bolesnika godišnje. Zrilić (1982.) u Vojvodini prikazuje stopu za 1981. godinu 21,6 a za 1978. godinu 25,8.

Analizirajući naše podatke incidence koji su znatno manji i od jugoslovenskog proseka, smatramo ih ne-realnim, jer dispanzer svakako nema registrovane sve slučajeve obolelih sa teritorije opštine.

Na tabeli 1 prikazan je ukupan broj obolelih muškaraca — 208 i broj žena 44 i njihov odnos je 4,7 : 1. Ovaj odnos je prikazan i na grafikonu 2 što je očiglednije prevaliranje u incidenciji muškaraca u odnosu na žena. Fortič (1981.) je u populaciji Slovenije za 1953. godine našao odnos 5 : 1, a

već za 1976. godinu odnos 8 : 1, Zrilić (1982.) je na populaciji Vojvodine našao odnos 7,3 : 1.

Na grafikonu 3 prikazane su stope oboljevanja selo—grad. Gradsko stanovništvo nešto više oboljeva od seoskog, ali je evidentno da na selu postepeno raste broj obolelih.

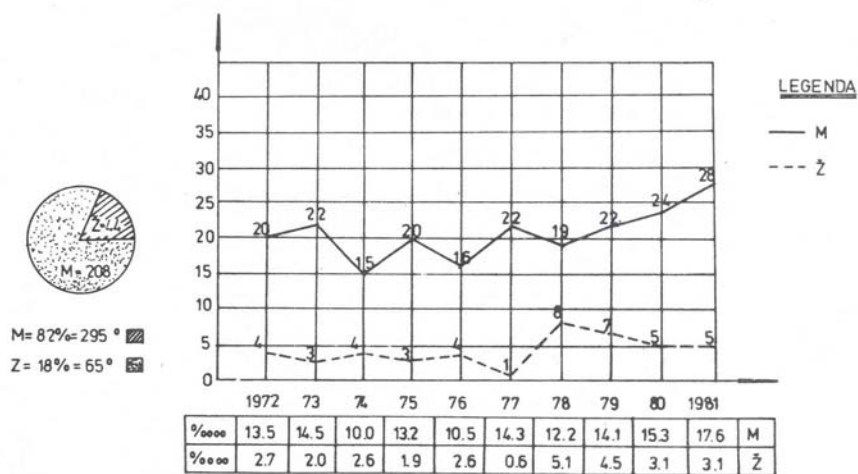
Na grafikonu 4 prikazan je broj muškaraca i žena po dobnim grupama i kao što se vidi karcinom pluća ima izuzetno starosnu distribuciju oboljevanja.

Vrh krivulje, kako za muškarce tako i za žene, na našoj krivulji pripada dobnoj grupi od 51—60 godina. Zrilić u Vojvodini u vremenu od 1960—1978. godine vrh krivulje nalazi u dobnim grupama od 60—69 godine, dok Fortič vrh incidence oboljevanja od karcinoma pluća u Sloveniji za 1976. godinu prikazuje u dobnoj grupi od 70—79 godina.

Tabela 1

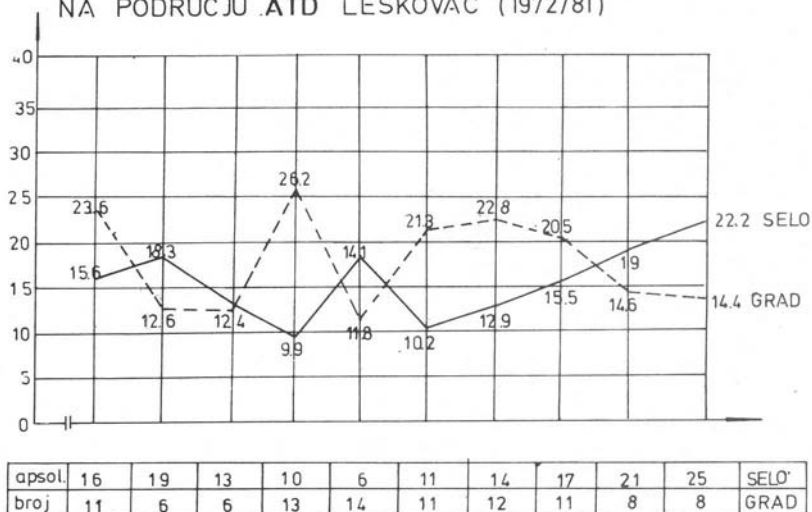
MALIGNOMI PLUĆA NA PODRUČJU ATD LESKOVAC U VREMENU OD 1972 DO 1981 GOD.

GOD.	VRSTA BOLENJA			P O L		MESTO ZIVLJ.		Z A N I M A N J E				
	PRIM.	META.	UKUP.	M.	Ž.	GRAD.	SELO.	ZEMLJ.	PENZ.	RADN.	DOMAĆ.	SLUŽB.
1972	24	6	30	20	4	11	16	8	7	7	2	%
1973	25	3	28	22	3	6	19	9	9	4	3	%
1974	19	2	21	15	4	6	13	7	7	2	3	%
1975	23	1	24	20	3	13	10	5	9	8	0	1
1976	20	3	23	16	4	6	14	7	3	7	3	%
1977	23	3	26	22	1	11	11	5	10	7	%	1
1978	27	2	29	19	8	12	14	8	5	11	2	1
1979	29	4	33	22	7	11	1	6	13	3	6	1
1980	29	7	36	24	5	8	21	14	4	7	3	2
1981	33	7	40	28	5	8	25	10	5	12	6	%
SVEGA	252	38	290	208	44	92	160	77	72	67	30	6
%	86.8	13.2	100	82	18	36.5	63.5	30.2	28.2	30.2	11	2,4

INCIDENCIJA CA BRONHA I PLUĆA KOD MUŠKARACA I ŽENA
U ATD LESKOVAC ZA PERIOD 1972-1981g

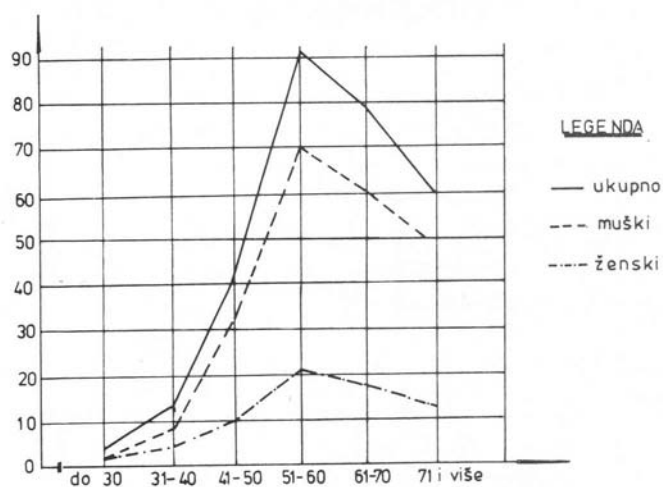
grafikon 2

STOPA INCIDENCIJE PREMA MESTU ŽIVLJENJA
NA PODRUČJU .ATD LESKOVAC (1972/81)



grafikon 3

UČESTALOST MALIGNOMA PREMA DOBNIM GRUPAMA I POLU
NA PODRUČJU .ATD LESKOVAC ZA PERIOD 1972-1981g



grafikon 4

Na tabeli 2 prikazani su histološki tipovi karcinoma pluća kao i njihov odnos prema polu. Na ovoj tabeli nalazi se grupa Ca bronhogenes koja nije tipski izdiferencirana. Histolog se nije izjasnio kom tipu pripadaju, jer je u nekih bolesnika dijagnoza postavljena na osnovu citološkog pregleda sputuma ili bronhoaspirata. U muškaraca vidimo da od histološki izdiferenciranih tipova preovlađavaju epidermoidni karcinom, a u žena adenokarcinom. Takođe metastaze u žena su u odnosu na muškarce 2,5 puta češće.

Na tabeli 3 iznet je način lečenja naših bolesnika. 58 bolesnika ili 23%

nije primalo nikakvu terapiju. Samo citostaticima lečen je 121 bolesnik ili 48%, a kombinovanu terapiju primalo je: iradiacionu i polihemioterapiju 40 bolesnika ili 16%, operativni zahvat i citostatike 12 bolesnika ili 5% i 21 bolesnik ili 8% imalo je operaciju i postoperativno zračenje. Mi smo primenjivali samo polihemioterapiju dok je u drugim centrima izvođen operativni zahvat i zračenje.

Nelečeni bolesnici, kojih nije mali broj, su oni u poodmaklim godinama i u terminalnom stadijumu bolesti.

Na tabeli 4 prikazali smo vreme preživljavanja naših bolesnika od

Tabela 2.
TIPOVI MALIGNOMA BRONHA I PLUĆA.
NA MATERIJAL ATD LESKOVAC ZA PERIOD OD 1972 — 1981.

TIP KARCINOMA	BR.	%	MUŠKI	ŽENSKI	ODNOS MŽ
Ca bronhogenes	92	32.0	81	11	23:1
Planocelularne	53	18.5	44	9	48:1
Ca mikrocilindrične	23	8.0	18	5	36:1
Ca anaplastikum	22	7.5	17	5	34:1
Adenokarcinoma	17	6.0	13	4	37:1
Histol. nepoznat	45	15.5	35	10	3.5:1
Metastatski	38	12.5	11	27	1:2.4
S V E G A	290	100	219	71	3:1

Tabela 3.
VRSTA LEČENJA BOLESNIKA OD KARCINOMA BRONHA I PLUĆA U ATD LESKOVAC ZA PERIOD 1972 — 1981.

VRSTA LEČENJA	BR.	%
CITOSTATICIMA	121	48.00
KOMBINOVA ^{zrač} _{cito}	40	15.80
KOMBINOVA ^{zrač} _{oper}	21	8.40
KOMBINOVA ^{oper} _{cito}	12	4.80
NELEČENI	58	23.00
S V E G A	252	100.00

Tabela 4.
VREME PREŽIVLJAVANJA BOLESNIKA OD KARCINOMA BRONHA I PLUĆA U ATD LESKOVAC ZA PERIOD 1972 — 1981.

GODINE PREŽ.	BR.	%
DO 1 GODINE	120	47.6
DO 2 GODINE	71	28.2
DO 3 GODINE	21	8.3
DO 4 GODINE	12	4.7
DO 5 GODINE	10	4.0
5 I VIŠE GOD.	18	7.2
S V E G A	252	100

trenutka otkrivanja bolesti. Kao što se vidi iz tabele samo 11,2% bolesnika preživi preko četiri godine.

Ujedno na tabeli 5 prikazali smo i značajne razlike u pojavljivanju karcinoma pluća u odnosu na pušenje cigareta.

U vreme otkrića bolesti, 77,3% bolesnika pušilo je cigarete a 22,7% bilo je nepušača. U pušača sa većim brojem popušanih cigareta povećavao se i procenat obolelih, tako oni koji su pušili do 10 cigareta dnevno bilo je 13%, do 20 cigareta 23,6% a preko 20 cigareta 63,4% bolesnika.

Tabela 5.
UČESTALOST PUŠENJA KOD BOLESNIKA OD MALIGNOMA BRONHA I PLUĆA U
ATD LESKOVAC ZA PERIOD 1972 — 1981.

	BROJ	%	ŽENE	%
PUŠAČI	224	77,3	19	8,4
NEPUŠAČI	66	22	17	71,2
1-10 CIGARETA DNEVNO	29	13,0	10	4,4
11-20 CIGARETA DNEVNO	53	23,6	5	2,2
PREKO 20 CIGARETA DNEV.	142	63,4	4	18

Zaključak

1. Epidemija karcinoma pluća u opštini Leskovac pokazuje stalni trend porasta broja obolelih.

2. Muškarci češće oboljevaju od žena (odnos 4,7 : 1).

3. Gradsko stanovništvo oboljeva više od seoskog (odnos je 1,7 : 1), ali se na selu postepeno povećava broj obolelih.

4. Najveći broj obolelih je u dobnoj grupi od 51—70 godina starosti, s vrhom obolevanja u dobnoj grupi od 51—60 godina, podjednako za oba pola.

5. Histološki od diferenciranih slučajeva najveći broj pripada epidermoidnom tipu. Kod žena u odnosu na muškarce 2,5 puta češće nalazimo metastatske promene na plućima.

6. Kombinovana terapija — operacija i citostatici kao i iradiaciona terapija sa polihemioterapijom daju relativno bolje rezultate no ostalo lečenje.

7. Postoji signifikantna povezanost sa pušenjem (77,3% bolesnika su pušači) i sa brojem popušanih cigareta u toku dana.

Literatura:

1. **Fortič B** (1981): Karcinom pluća u Sloveniji i njegovi epidemiološki trendovi (Studija u vremenu od 1953. do 1976. godine). Pluć. Bol Tuberk, 33 : 2—3, 26—31.
2. US Public Health Service (1971): The health consequences of smoking. A report of the surgeon general. US Department of Health, Education and Welfare.
3. World Health Statistics. Vitalstatistics and causes of death. Geneve, WHO, 1957—1979.
4. **Zrilić V** (1982): Neke epidemiološke i kliničke karakteristike karcinoma bronha u Vojvodini. Saopštenja, 20 : 1—2, 14—20.

PLEURALNI IZLIVI U BOLESNIKA LEČENIH NA GRUDNOM ODELJENJU MEDICINSKOG CENTRA U LESKOVCU U PERIODU OD 1971—1980 GOD.

Iatrogenic tuberculosis in patients treated at Pneumophthisical department of Medical center in Leskovac

Miladin Nikolić, Ivica Ilić, Miroslav Simonović
Ljubinka Diskić

Pneumoftiziološka služba Medicinskog centra
„Moša Pijade“ u Leskovcu

Sažetak

Ovim radom autori žele da ukažu na mogućnost javljanja jatrogene tuberkuloze kod pacijenata koji su prethodno lečeni kortikosteroidima. Jatrogena TBC se razlikuje od obične po tome što je agresivnija, lečenje je komplikovanije i javlja se u oblastima gde tuberkuloza nije niti epidemiološki niti socijalni problem (oblasti sa niskim indeksom prevalencije tuberkuloze). Ukazuje se da je neophodna profilaksa sa INH kod pacijenata koji uzimaju kortikosteroide duže od dve nedelje i kod pacijenata koji spadaju u grupe sa povećanim rizikom.

Abstract

Our intention was to give a brief survey of anatomy, histology and physiology of pleura, as well as of the formation of exudate in pathological states of pleura, and of the methods of work that we used here. We included all the patients (4926 in all) that were being treated at Pneumophthisical department of Medical center „Moša Pijade“ in Leskovac during the period from 1971 to 1980. The number of TBC patients was 2785 (56,54%), out of which with pleural exudates of TBC etiology 189 (6,79%). The number of other lung diseases was 2144 (43,46%), out of which with pleural exudates the frein general lungs morbidity of patients. Pleural exudates in patients treated at Pneumophthisical department of Medical center in Leskovac in period from 1971-1980.

Pleura je serozna membrana u obliku zatvorene invaginirane kese, u kojoj je smešteno pluće svako posebno. Unutrašnji list ove kese obavlja površinu pluća i zavlaci se u sve interlobarne prostore, a spoljni list intimno je vezan sa torakalnim zidom, mediastinalnim organima i hemidijafragmom iste strane. Oba lista međusobno se dodiruju i čine intrapleuralni prostor u kome se nalazi oko 2 ml. pleuralne tečnosti (kod opterećenja oko

10 ml.), koja svojim površinskim naponom čini da su ova dva lista intimno prilegla jedan na drugi. U embrionalnom razvoju ova dva lista imaju različito poreklo. Na histološkom preseku pleure vide se šest slojeva:

1. Epitelijalni sloj
2. Bazalna membrana debljine 1-2 mikrona.
3. Površinski sloj kolagenog veziva koji u visceralnoj pleuri obavlja celo

pluće, dok u parijetalnoj pleuri ovaj sloj nije potpuno kontinuiran.

4. Površni sloj elastičnih vlakana koji čini gustu mrežu u kojoj se nalaze mnogobrojne pukotine.

5. Duboki sloj elastičnih vlakana i

6. Duboki kolageni sloj koji na poprečnom preseku zauzima polovinu celokupne debljine pleure i iznosi 40-50 mikrona. Samo je ovaj sloj snabdeven krvlju i limfnim sudovima. Kretanje tečnosti u ostalih pet slojeva obavlja se preko sistema limfnih pukotina.

Visceralna pleura je bogata krvnim, a siromašna limfnim sudovima, pa je zato pogodna za transudaciju tečnosti, a nepogodna za resorpciju, što je otežano i prisustvom debelog sloja veziva. (šesti sloj).

Parijetalna pleura za razliku od visceralne veoma je bogata limfnim sudovima i čini zonu resorpcije, jer se resorpcija tečnosti iz pleuralne duplje uglavnom obavlja limfnim putem, a vrlo malo preko venoznih delova kapilara. Transudacija i apsorpcija tečnosti u pleuralnoj šupljini zavise od hidrostatskih, koloidnih i tkivnih pritisaka. Tečnost se formira u visceralnoj, a resorbuje u parijetalnoj pleuri.

Nakupljanje veće količine tečnosti u pleuralnoj šupljini nastaje kada dođe do porasta hidrostatskog pritiska (dekompensacija srca), pada koloidnog pritiska, porasta permeabilnosti kapilara i smetnji pri oticanju tečnosti (inflamacija i neoplazme). Porast hidrostatskog pritiska u venoznoj plućnoj ili sistemskoj cirkulaciji u toku kardijalne dekompenzacije, redovno je praćen transudacijom u manjoj ili većoj meri u pleuralnom prostoru. Ovaj izliv (transudat) ima sve kvalitete krvne plazme cirkulirajuće krvi bez čeličnih elemenata. Najčešće se javlja desno i to nešto češće u interlobijumu (fantom tumori). Po nekim autorima procenat interlobarnih izliva kod kardijalnih dekompenzacija ide i do 75%, ali se svi ne dijagnostikuju na vreme.

Kod oštećenja permeabilnosti kapilara i poremećaja koloidnog pritiska (razni inflamatorni procesi i maligne neoplazme) u izlivu se nalaze veće količine belančevina (preko 2,5 mg%) i čelični elementi, pa govorimo o eksudatu.

Pleura ne reaguje izlivom samo kod kardijalne dekompenzacije, maligne ili bakteriološke invazije, već i na dejstvo drugih noksi, pa je Rubin 1956. godine s pravom nazvao „Ogledalo sistemskih oboljenja“.

NAŠ MATERIJAL I METOD RADA

U dijagnostici pleuralnih izliva služili smo se uobičajenim rutinskim metodama: detaljno uzeta anamneza, fizikalni, rentgenološki, biohemijski, bakteriološki i citološki pregled. Patohistološki pregled nije rađen, jer biopsija pleure kao dijagnostička metoda u nas nije za sada zastupljena.

Kod rentgen pregleda nađe se karakteristična senka, gde je homogeno zasenčen jedan ili ceo hemitoraks sa pomeranjem sredigruda na suprotnu stranu (kod većih izliva). Kod interlobarnih izliva vidi se vretenasta senka na profilnom radiogramu u visini akcesorne incizure najčešće, koja menja oblik pri disanju (Putnikov fenomen). Posebnu pažnju privlači kardijalni izliv, koji se javlja kod plućne tromboembolije sa infarktom pluća, čiji je razlog mitralna kardijopatija, tromboflebitisi, tromboembolije kod hirurških intervencija i porođaja, poznat po svom rentgenološkom trijasu: bazalno plućno zasenčenje, pleuralni izliv i podignuta dijafragma, dok je Westermarkov znak ponekad teže uočljiv (relativna rasvetljenost jedne zone usled segmentalne oligemije). Dijagnostičke probleme često su nam zadavali atipični pleuralni izlivi, zbog svoje nesvakidašnje lokalizacije.

U rutinskoj diferencijalnoj dijagnozi porekla izliva koristili smo se biohemijskim metodama kvalitativnog i kvantitativnog određivanja proteina. Kod transudata vrednosti proteina ne prelaze 2,5 gr%, vrednost od 3 gr% i više ide u prilog eksudata. Vrednosti između 2,5 i 3 gr% su granične. Smanjenje alfa 2-globulina ide u prilog tuberkulozne, maligne ili postinfarktne geneze izliva, dok niske vrednosti alfa 1 antitripsina isključuju kancerogenu genezu. Nalaz hijaluronske kiseline u pleuralnom izlivu smatra se najsigurnijim za tuberkuloznu genezu.

Nalaz bakterija u izlivu je sigurna potvrda bakteriološke etiologije izliva, a nalaz Kohovog bacila je siguran znak da se radi o specifičnom procesu.

Kod citološkog pregleda povećanje broja limfocita i iščezavanje mezente-lijaknih elemenata upućuje na tuberkuloznu etiologiju, dok dominiranje polimorfonukleara govori za bakteri-

ološku infekciju. Nalaz malignih ćelija je siguran znak za malignu etiologiju izliva.

Za ovaj rad korišćen je materijal iz bolesničkih istorija bolesnika lečenih na Grudnom odeljenju u periodu od 1971. do 1980. godine i kartoteka našeg Pneumoftiziološkog dispanzera. U ovom periodu od 10 godina lečili smo ukupno 4926 bolesnika od toga sa pleuralnim izlivima 233.

Od 233 bolesnika sa pluralnim izlivom najviše ih je bilo tuberkulozne geneze 189 (81,12%), zatim malignih 31 (13,30%), kardijalnih 3 (1,28%) i ostalih: bakterijski, posttraumatski i nepoznate geneze 10 (4,29%). Izlivi tuberkulozne geneze zastupljeni su kod grupe životnog doba između 25 i 64 godine najviše, odnosno kod one populacije, koja je radno najsposobnija. Izlive bez rentgenološki vidljivih specifičnih lezija u plućnom parenhimu našli smo u 156 bolesnika ili 82,54%,

Tabela br. 1
PODELA IZLIVA PO POREKI U I POLU

Godina	TBC izlivi bez vidnih lezija u plućima		TBC izlivi sa vidnim lezijama u plućima		Maligne etiologije		Kardijalne etiologije		Ostali		Ukupno
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	
1971	11	9	3	0	0	1	0	0	1	0	25
1972	9	6	5	0	0	0	0	0	1	0	21
1973	11	6	3	1	0	3	0	0	1	0	25
1974	16	5	1	1	0	1	1	0	0	0	25
1975	9	8	5	0	1	1	0	0	1	0	25
1976	5	5	3	0	2	5	0	1	1	0	22
1977	3	5	3	0	1	0	0	0	0	0	12
1978	9	5	4	0	1	3	1	0	1	1	25
1979	15	4	1	0	4	0	0	0	0	1	25
1980	8	7	2	1	6	2	0	0	2	0	28
Ukupno	96	60	30	3	15	16	2	1	8	2	
prema polu	50,79	31,75	15,87	1,59	48,39	51,61	66,67	33,33	80,00	20,00	
UKUPNO	189		31		3		10				233
	(81,12%)		(13,30%)		(1,28%)		(4,30%)				

a sa rentgenološki vidljivim lezijama našli smo u 33 (17,46%). Posebno pada u oči da se javljaju daleko više kod muškaraca 126 (65%), nego u žena 65 (34,03%) i to sa rentgenološki vidljivim lezijama u plućnom parenhimu 30 (90,90%) u muškaraca, a 3 (9,09%) u žena.

Na izlive maligne geneze otpada 31 (13,19%), a prema polu postoji približna ujednačenost: u muškaraca 15 (48,39%), a u žena 16 (51,61%).

Na linearnom dijagramu vidi se da izlivi tuberkulozne geneze imaju litički pad od 1971. do 1977. godine, zatim visok skok 1978. godine i održavaju se približno na istoj visini sve

do 1980. godine, dok izlivi maligne geneze imaju stalan porast.

Dijagram br. 2.

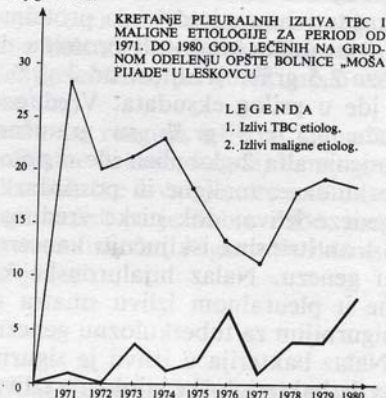


Tabela br. 3

ODNOS SPECIFIČNIH PLEURALNIH IZLIVA PREMA OSTALIM OBLICIMA TBC PLUĆA I ODNOS NESPECIFIČNIH PLEURALNIH IZLIVA PREMA OSTALIM NESPECIFIČNIM OBOLJENJIMA PLUĆA U BOLESNIKA LEČENIH ZA PERIOD OD 10 GODINA NA GRUDNOM ODELENJU

Godina	TBC izlivi	Ostali oblici plućne	Izlivi ne TBC etiologije	Ostala ne TBC obolenja	Ukupno
		TBC			
1971	23 (6,40%)	336 (93,59%)	2 (1,39%)	142 (98,61%)	503
1972	20 (6,32%)	296 (93,67%)	1 (0,47%)	214 (99,53%)	531
1973	21 (7,88%)	324 (93,91%)	4 (1,75%)	225 (98,25%)	574
1974	22 (7,79%)	257 (92,20%)	3 (0,92%)	169 (99,07%)	451
1975	23 (5,85%)	27 (94,14%)	2 (4,79%)	214 (95,21%)	511
1976	13 (4,25%)	209 (95,75%)	9 (0,66%)	179 (99,34%)	410
1977	11 (4,24%)	248 (95,76%)	1 (3,20%)	151 (96,20%)	411
1978	18 (8,34%)	231 (91,66%)	7 (2,15%)	212 (97,85%)	468
1979	20 (8,33%)	220 (91,67%)	5 (2,96%)	228 (97,31%)	473
1980	18 (6,79%)	203 (93,21%)	10 (2,06%)	363 (97,94%)	594
UKUPNO	189 (6,79%)	2596 (93,21%)	44 (2,06%)	2097 (97,94%)	4926

Od ukupnog broja (4926) bolesnika lečenih za period od 10 godina, oboleli od tuberkuloze zastupljeni su sa 2785 (56,54%) i to pleuralni izlivi sa 189 (6,79%), a ostali vidovi plućne tuberkuloze sa 2596 (93,21%). Ostala plućna obolenja zastupljena su sa 2144 (43,46%), od toga sa pluralnim izlivima 44 (2,06%), a druga obolenja pluća sa 2097 (97,94%).

Zaključak

Naše namere bile su da ukratko podsetimo na anatomiju, histologiju i fiziologiju pleure, kao i na nastajanje izliva kod patoloških stanja pleure, zatim metode rada koje se u nas upražnjavaju. Našom kazuistikom pokušali smo da približno damo podatke

o kretanju pleuralnih izliva i opštem plućnom morbiditetu bolesnika lečenih u nas za deset godina.

Literatura:

1. Putnik Đ., Bogdanović M. (1954): Zbornik radova IV kongresa fiziologa FNRJ 24.
2. Laban M., Đurić D., Zbornik radova IV posleratnog kongresa fiziologa.
3. Putnik Đ., Milosavljević D., (1966): Tuberkuloza, januar—jun, 201.
4. Došen Đ., (1969): Tuberkuloza.
5. Grujić M., (1967): Tuberkuloza pluća, Naučna knjiga.
6. Bariety M., Rulliere R., (1959): Rew. Tuberc., 8—9. 785
7. Putnik Đ., (1979): Rentgen dijagnostika pleuralnih izliva, RO za Grafičko-izdavačku delatnost „Zaječar“ u Zaječaru.
8. Serdarević H., Serdarević Dž., (1982): Plućne bolesti, glavni urednik Danilović V., Medicinska knjiga, Beograd—Zagreb, 635—635

REZULTATI LEČENJA POVREĐENIH U SAOBRAĆAJU DOSTAVLJENIH SLUČAJNIM TRANSPORTOM

Results of treatment of traffic accident victims brought to hospital by non ambulance transportation

Miodrag Lj. Jekić

Kliničko-bolnički centar Zemun

Sažetak:

Izučavanje saobraćajnog traumatizma pokazuje da poslednjih godina neprestano raste broj nastradalih sa teškim politraumama. Po našim podacima taj broj je porastao od 9% na 13%. Dalje, po podacima naših i stranih autora 74% do 87% ovih povređenika nalaze se u stanju šoka. Od naših posmatranih 327 povređenika konstatovali smo šok u 85%. Potpuno je jasno da na vreme početa u dohospitalnoj etapi i sprovedena u dovoljnom obimu anti-šok terapija ima odlučujući značaj u spasenju života većine nastradalih.

Međutim ne retko prvu pomoć na mestu udesa ne ukazuju zdravstveni radnici i bolesnici se donose slučajnim transportom. Ovo je uslovljeno i nedostatkom veza na putevima kojim bi se mogla zatražiti hitna pomoć.

Mi smo analizirali 327 politrauma i proučili osnovne pokazatelje efektivnosti mera u usavršavanju organizacionih i terapijskih oblika do — i hospitalne pomoći: svojevremenost ukazivanja prve pomoći (laičke, medicinske i specijalizovane), kvalitet dijagnostike povreda u do—i hospitalnoj etapi s obzirom na otkrivanje dominirajućeg ognjišta traume, izvršenje neophodnog obima hitnih mera na mestu nezgode, za vreme transporta, hospitalnoj etapi i njihovu adekvatnost težini povreda.

Podelili smo naše povređene u 3 kliničke grupe prema varijantama politrauma

Abstract

The study of traffic injuries shows that number of victims with serious polytraumas increased recently. We consider an increase from 9% to 13%. Further, according to Yugoslav and foreign authors 74% to 87% of these victims are in shock. Among our 327 patients 85% were in shock. Appropriate therapy has decisive significance in saving the life of most victims. However, only seldom the first aid on spot is given by medical staff and the victims are transported to hospital by accidental transportation. This is caused by the lack of communication facilities on roads by which one can call the ambulance.

U 1. grupu su, dakle ušli oni povređenici kod kojih smo dijagnostikovali sindromološki 156 povreda unutrašnjih organa (glava, grudni koš, trbuh i karlica) i 172 različita preloma. Od ovih zatvorenih 102 i 70 otvorenih. Cela grupa 1 imala je 103 povređenih. Ovoj grupi nastradalih prvu pomoć je ukazao ili laik, slučajni prolaznik, vozač koji je pogazio povređenog, slučajni vozač ili lekar hitne pomoći i to svi zajedno u 0,5%. Znači 99,5% došlo je tj doneto privatnim kolima bez ikakve ukazane pomoći.

U 2-goj grupi koja je brojala 113 povređenika (najbrojnija od ove tri grupe) bilo je 230 povreda unutrašnjih

POVREDE	Broj povređenih prema kliničkim grupama			Broj povređenih	
	1	2	3	abs.	%
Glava-udovi	20	25	21	66	
Glava-grudi-udovi	12	14	13	39	
Glava-trbuh-karlica	11	16	15	32	
Grudni koš-udovi	9	13	11	33	
Trbuh-karlica	10	15	13	38	
Trbuh-karlica-udovi	16	20	18	54	
Multiple povrede lokomotornog aparata	25	30	38	83	
Ukupno	103	113	111	327	

organa (glava, grudni koš, abdomen i karlica) a 280 preloma i to 202 zatvorena i 78 otvorena. Nastradalim ove grupe prvu pomoć je ukazao laik, slučajni prolaznik, vozač koji je povredio, dolazeći vozač ili lekar hitne pomoći i ovde svi zajedno u 0,5%. Znači „glavna pomoć“ bila je transport privatnim kolima.

U 3-ćoj kliničkoj grupi obuhvaćeno je 111 povređenih sa 200 povreda unutrašnjih organa (glava, grudni koš, trbuh i karlica) i 210 preloma i to 180 zatvorena i 30 otvorena. I ova grupa je u velikoj većini dostavljena slučajnim tj. privatnim transportom. Po podacima TRUBNIKOV-a i POPOV-a (Harkov) u prve dve grupe intervenisali su lekari hitne službe dok je 3-ća grupa bila sa slučajnim transportom.

Prema tome, u 1-oj grupi dijagnoza je postavljena kod 10, u 2-goj grupi kod 22 a u 3-ćoj dijagnoza je postavljena tek u bolnici. Znači u 1-oj i 2-oj grupi nije mogla biti postavljena dijagnoza šoka, zbog toga nisu vršene mere za borbu protiv ovoga u 99%. Transportna imobilizacija je vršena u 10% a nepravilno primenjena u 35%. Iz treće grupe javilo se „samo“ na pregled 3% povređenih (multiple kontuzije tela, obširne i duboke oguljotine, ogrebotine, potres i kontuzija lakog stepena, međumišićni hematomi, dis-

torzije i delimične povrede kapsulo-ligamentarnog aparata velikih zglobova itd).

Dostavljeni usputnim vozilima:

Putničkim vozilima	43,6%
Teretnim vozilima	18,3%
Vozilima koji su uzroci povređivanja	15,3%
Vozilima milicije	16,3%
Ostalim transportnim sredstvima	6,5%

Analiza efektivnosti ukazivanja prve pomoći po etapama kod politraumama u dohospitalnoj fazi pokazala je da daleko od savršenstva. Osobito su u nepovoljnoj situaciji oni povređenici koji nisu dobili nikakvu pomoć.

Ovi povređenici su nam dostavljeni u krajnje teškom stanju jer prva medicinska pomoć a takođe i međupomoć u dohospitalnoj etapi nije ukazana a težina šoka za vreme transporta je stalno rasla. Ovo se negativno odražavalo na stanje povređenih kod vršenja u bolnici vitalnih reanimacionih i dijagnostičkih manipulacija. Sem toga, na operacionom stolu ili reanimacionoj istovremeno sa protivšokovim merama morao se stavljati Esmarch, vršiti blokade preloma, repoziciju i privremenu imobilizaciju ekstremiteta,

prinudno odlagati na neko vreme hitne dijagnostičke procedure. „Gubitak“ ovog vremena u početku hospitalne faze nije mogao a da se ne odrazi na stanje postradalog. I pored energetske IT ovim bolesnicima prvih sati ili dana postoperativnog perioda nismo uspjeli potpunu kompenzaciju funkcije vitalno važnih sistema organizma. U ovoj grupi povređenika konstatovali smo visoku posttraumatsku i postoperativnu letalnost, osobito prvih 24—48 sati, i veliki broj raznih komplikacija. Ovi pacijenti dugo se leče u stacionaru, dugo su nesposobni za rad a velikom broju ostaju invalidi.

U hospitalnoj etapi terapijska taktika u ove tri grupe povređenih bila je različita. U prvom redu iz vitalnih indikacija vršene su intervencije na šupljim organima (lobanja, grudni koš, trbuh, karlica). Kod povreda lokomotornog aparata smo vršili prema stanju nastradalog posle operacije na ognjištu dominantne povrede i vremena od momenta ove. Naša posmatranja govore da definitivni rezultati

Iz tabele se vidi da je i po danima a i opšta smrtnost najviša u 3-ćoj kliničkoj grupi, osobito u akutnoj fazi posle traume.

Ovo mi objašnjavamo: odsustvom sprovođenja antišokne terapije, svoje-vremene hemostaze, nedostatka transportne imobilizacije, nedovoljnog i neumelog premeštanja i transporta nastradalih osoba, od strane lica koja ukazuju pomoć na mestu udesa i koja se donose u bolnicu slučajnim transportom.

Sve ovo dovodi do produbljenja šoka, sniženju nespecifične rezistentnosti organizma povređenog što mu donosi u dohospitalnoj etapi nepopravljivu štetu.

Najveći broj komplikacija sa strane unutrašnjih organa bilo je u 3-ćoj kliničkoj grupi. Ovo se može objasniti, izgleda, znatnijim sniženjem imobilizacijske reaktivnosti organizma kod povređenika ove grupe i sporijim i poznijim obnavljanjem vitalno važnih sistema organizma u vezi sa nesvoje-

Klinička grupa	Broj bolesnika	Letalnost (dani)				Svega
		1—3	4—8	9—12	13—21	
1	103	12	10	2	1	25
2	113	13	12	3	2	30
3	111	42	25	8	4	79
Svega	327	67	47	13	7	134

lečenja politrauma su tesno povezani sa prvom pomoći na dohospitalnoj etapi.

I pored toga, što po karakteru povreda su uslovno podeljene kliničke grupe bile istorodne a lečenje je vršeno u jednoj ustanovi po istoj metodi, diferencijacija neposrednih rezultata u akutnom posttraumatskom periodu u 3 kliničke grupe pokazuje bitne razlike. To se najbolje vidi kod analize letalnosti u hospitalnoj etapi.

vremenim sprovođenjem antišoknih i drugih profilaktično-terapijskih mera.

Što se tiče komplikacija od strane lokomotornog aparata kod politrauma one su mnogobrojne a najčešće su kod 3-će grupe.

Udaljene rezultate proučili smo kod 22 povređena (od 1 do 6 godina) 1-ve grupe, kod 98 druge grupe i u 30 treće grupe. Rezultate smo procenjiva-

li trobalnim sistemom: dobri, zadovoljavajući i loši. Uopšte uzev najlošiji rezultati su kod 3-će grupe. Tako konstatovali smo kod prve grupe dobre rezultate u 60%, kod druge 64% a trećoj grupi samo 46%. Zadovoljava-

Zaključak

Prvu pomoć kvalitetnu i modernu treba da ukazuje lekar ali je potrebno obučiti za elementarnu prvu pomoć

Kl. gr.	Broj povr.	Broj povr. lokomot. aparata	Sup. rane i m. tk.	Sek. disl. fr.	Osteom. ijel.	Pseud. arthr. i fr. mal sanata	Sek. lux.	Lom metala i dislokac.	Broj
1 gr.	103	172	11	13	9	15	4	2	54
2 gr.	113	280	31	11	16	20	7	6	91
3 gr.	111	210	45	21	13	28	10	8	125
Svega			87	45	38	53	21	16	270

jući rezultati kod sve tri grupe približno su bili isti. Međutim loši rezultati lečenja u 3-ćoj kliničkoj grupi bili su dva puta češći nego u 1-oj i 3 puta nego u drugoj grupi.

vozače, policiju, radnika SUP-a i naše stanovništvo. Ne manje važan postupak jeste što raniji aktivan hirurški pristup.

POVREDE KARLICE SA POVREDAMA DONJIH URINARNIH PUTEVA U SAOBRAĆAJNIM NEZGODAMA

Injuries of pelvis with injuries of urinary tract in traffic accidents

Vukadin Ristić, Slobodan Stojanović, Milan Levi, Snežana Živković

Ortopedsko-traumatološko odeljenje i Urološko odeljenje Medicinskog centra „Moša Pijade“
U Leskovcu

Sažetak

U radu je izneta analiza 74 bolesnika sa povredama karlice i donjih urinarnih puteva nastali u saobraćajnim nezgodama za period od deset godina, a koji su lečeni na ortopedsko-traumatološkom odeljenju i urološkom odeljenju Medicinskog centra u Leskovcu.

Od 74 bolesnika sa prelomom karlice kod 18 su bile povrede i donjih urinarnih puteva; kod 7 bolesnika bila je povređena mokraćna bešika, a kod 11 uretra.

Raznovrsnost povreda (politrauma), traumatski šok, mogućnost komplikacija, delikatnost operativnog zahvata, težina posledica, predstavljaju sve skupa vrlo komplikovani problem. U lečenju ovih povreda učestvovali su hirurzi, ortoped-traumatolog i urolog.

Abstract:

Peper prestens analysis of 74 patients with injuries of pelvis and lower urinary tract due to traffic accidents during the ten years period which are treated in departments of orthopedics and traumatology and urology of Medical center in Leskovac.

Out of 74 patients with fracture of pelvis 18 had injuries of lower urinary tract: 7 had injuries of urinary bladder and 11 had injuries of urethra. Different kinds of trauma (polytrauma), traumatic shock, possibility of complications, delicate surgical operations, serious after effects present altogether a very important problem. Surgeon, orthopedist - traumatologist and urologist were treating these injuries.

Povrede karlice i karličnih organa spadaju u grupu najtežih povreda. Pri tom se zapaža visoka smrtnost i velika invalidnost. Osnovni uzrok kod ovih nezgoda jeste to što se kod povređenih neposredno posle traume javlja traumatski šok i pojačano krvarenje koje ponekad može u vrlo kratkom vremenskom periodu dovesti i do smrti. U kasnijem periodu a naročito pri prelomu karlice sa povredama karličnih organa bolesnici najčešće stradaju zbog pojava septičnih procesa.

Na osnovu posmatranja mnogih autora i ličnog iskustva prelomi karlice izazvani su uglavnom pri saobraćajnim nezgodama.

Prelomi karličnih kostiju sreću se dva i po puta češće kod muškaraca nego kod žena što se i objašnjava većim učešćem muškaraca u saobraćaju. Povrede karlice pogađaju uglavnom mlađe ljude u najaktivnijem dobu života od 20-40. godina starosti. Nisu retki prelomi i kod dece i staraca.

Učestalost povreda kostiju karlice je različita. Prvo mesto među prelomima kostiju karlice zauzima prednji karlični prsten, pri čemu se najčešće povređuje pubične i sedalne kosti. Često u proseku od 25-30% slučajeva prelomi karličnih kostiju se kombinuju sa povredama drugih kostiju skeleta ili karličnih organa. Prelomi karlice su vrlo često zastupljeni u politraumi. Čine 13-15% svih skeletnih preloma. Povrede mokraćne bešike i zadnje uretre su najčešće posledica preloma karlice. Prema literaturnim podacima kod preloma karlice u 5% slučajeva utvrđena je povreda mokraćne bešike, u 10% povreda zadnje uretre, a u 10% povreda bešike i zadnje uretre zajedno. Prof. Adanja je našao da od ukupnog broja povreda urotrakta na mokraćnu bešiku i uretru dolazi 34%.

Karakter i lokalizacija preloma karličnih kostiju zavisi od mehanizma povrede, oblika karličnog prstena, anatomskih osobina i čvrstine građe koštanih organa čija je otpornost pri traumi veoma različita.

Materijal i metode

Materijal čine bolesnici ortopedsko-traumatološkog i urološkog odeljenja Medicinskog centra za period od 10 godina (1973-1983). U tom periodu lečeno je ukupno 7625 bolesnika. Od tog broja povređeni sa politraumom bilo je 724 ili 9,49%. Od ovog broja 129 bolesnika je sa povredama karličnih organa što u procentima iznosi 17,81%.

Povrede donjih urinarnih puteva: mokraćne bešike i zadnje uretre zastupljene su u odnosu na ukupni broj politraumatizovanih bolesnika sa 2,43%, a u odnosu na broj bolesnika sa prelomom karlice sa 13,99%. Na 129 bolesnika sa prelomima karličnih kostiju,

kod 74 ili 57,38% su prelomi koji su nastali u saobraćajnim nezgodama.

U posmatranom periodu kod 74 bolesnika sa prelomima karličnih kostiju koji su nastali u saobraćajnim nezgodama kod 18 smo imali i povrede donjih urinarnih puteva i to: povrede mokraćne bešike kod 7 ili 38,8% bolesnika i povrede zadnje uretre kod 11 ili 61,2%.

Od ukupno 7 povreda mokraćne bešike tri su bile intraperitonealne, a četiri ekstraperitonealne. Kod 11 bolesnika bila je povređena zadnja uretra. Uzgred da napomenemo još i to da su rupture zadnje uretre i to kompletne tri puta češće od pracijalnih. Sve ove povrede su bile zatvorene, a po mehanizmu nastajanja indirektno izazvane prelomima karličnih kostiju najčešće pubičnih ili dijastazom sinfize, odnosno trakcijom pubo-uretralnih veza. Posebno ističemo da smo kod 11 naših povreda zadnje uretre našli samo u jednom slučaju povredu kod žene, a ista je nastala avulzijom vrata mokraćne bešike u toku saobraćajne nezgode.

Kod povreda donjih urinarnih puteva od bitne je važnosti rana dijagnoza i adekvatno lečenje. Iz suprotnog rezultira težak invaliditet, i svi kasniji pokušaji korekcije ne obećavaju veliki uspeh.

U kliničkoj slici povreda donjih urinarnih puteva dominira traumatski šok, zatim odsustvo mikcije ili pojava samo nekoliko kapi krvi kod pokušaja mokrenja. Kod inkompletnih (koje su češće od kompletnih) mikcija je moguća, a urin je krvav. Kod kompletne rupture mokraćna bešika je obično puna usled spazma sfinktera, i ista se da lako palpirati. Postoji i perianalni hematom u obliku leptira koga smo mi imali kod tri naša bolesnika. Bešika se ne može kateterizirati. Ako ubacimo malu količinu kontrastnog sredstva rendgenska slika će lako potvrditi dijagnozu.

U zbrinjavanju povreda karlice sa povredama donjih urinarnih puteva učestvovali su u timu kod nas hirurgtortoped traumatolog i urolog. Najpre smo sprovodili borbu protiv šoka. Jednostavne prelome karlice lečili smo ležanjem na tvrdoj podlozi, a kod preloma prednjeg prstena imobilizaciju smo sprovodili pomoću ljuľaške. Kod povreda mokraćne bešike i zadnje uretre intervenisali smo operativno sa ciljem da osiguramo derivaciju mokraće i izvršimo rekonstrukciju zadnje uretre. Uvek smo radili cistostomiju, obaveznu evakuaciju hematoma i urina uz drenažu paravezikalnog prostora, provlaćenje katetera, i kad god je bilo moguće suturu zadnje uretre. Rezultati su nam bili dobri. Dilataciju uretre radi kontrole prolaznosti radili smo jedanput godišnje.

Zaključak

— Izneli smo naše slućajeve povreda karlićnih kostiju sa povredama donjih urinarnih puteva pri saobraćajnim nezgodama.

— Nismo se upuštali u mehanizam povređivanja i klasifikaciju svih povreda karlice. U naša posmatranja nisu ušli acetabularni prelomi karlićnih kostiju.

— Izneli smo naš način lećenja preloma karlićnih kostiju, koji je isključivo bio konzervativan.

— Izneli smo takođe naš tretman lećenja povreda mokraćne bešike i zadnje uretre kod naših bolesnika.

Rad je saopšten na sastanku Sekcije za saobraćajnu medicinu SLD 25. 10. 1984. godine u Leskovcu.

Autor rada: Prim. dr Vukadin Ristić Leskovac-Naselje „Dubočica“ S-4/23

LITERATURA

1. Kovaćević A (1968): Lećenje starih i svežih zatvorenih povreda mokraćnog kanala. Habilitacioni rad. Niš
2. V. Ilić (1974): Povrede uretre u žene. IV Kongres urologa Jugoslavije. Vrnjaćka Banja.
3. Petković S (1974): Operativno lećenje zadnje uretre. IV Kongres urologa Jugoslavije. Vrnjaćka Banja.
4. Adanja S (1968): Doprinos u lećenju povreda urogenitalnih organa. II Kongres urologa Jugoslavije, Vrnjaćka Banja.
5. Wilkinson F.O.W (1961): Injuries of the urethra. Lancet 1:1125.
6. J. Engelbert Dunphy Lawrence W. Way (1977): — Hirurgija savremena dijagnostika i lećenje „Savremena administracija“, Beograd.
7. Christopher's (1973): — Hirurgija „Savremena administracija“, Beograd.

UČESTALOST DENTOGENIH INFEKCIJA KOD NAŠIH PACIJENATA

Frequency of dental infections in our patients

Verica Levi, Vlastimir Cvetković, Dragan Argirović, Katarina Simić

Zavod za stomatološku zdravstvenu zaštitu Medicinskog centra „Moša Pijade“ Leskovac

Sažetak:

Namera nam je da u radu ukažemo na najčešće uzročnike dentoogenih infekcija, kao i na periodično povećanje dentoogenih infekcija u zimskom periodu, a koje pokazuju zavisnost prema virusnim, respiratornim i drugim opštim oboljenjima.

U periodu januar-juni 1982 godine u našoj ustanovi ekstrahirano je 14.725 zuba, a od toga sa zapaljivim promenama 1.178 zuba. Najčešći uzroci dentoogenih infekcija su bili gangrenozni zubi 710 (60,2%), zaostalo korenje 338 (28,7%), poluimpaktirani i impaktirani zubi sa perikoronitom 130 (11,2%).

Kliničke forme infekcije su se manifestovale kao hronične periapikalne infekcije u 904 slučaja, apscesi u 256 i flegmone u 18 slučajeva.

Dalje u radu daje se prikaz koji su zubi uzročnici infekcija.

Abstract:

Our intention in this paper is to point the most frequent causes of dental infections, as well as to periodic increase of dental infections during winter, which shows certain dependence on virus, respiratory and other general diseases.

During period of January-June 1982 in our institution have been extracted 14.725 teeth, of what 1.178 teeth had inflammable changes. The most frequent cause of dental infections were gangrenous teeth 710 (60,2%) toothroot remnants 338 (28,7), semi impacted and impacted teeth with pericoronet 130 (11,2%).

Clinical forms of infections were manifested as chronic periapical infections in 904 cases, abscesses in 256 and phlegmons in 18 cases.

Further in the paper is given a review of those teeth which are causes of infections.

Uvod:

Dentogene infekcije su jedan od najčešćih problema sa kojima se srećemo u našoj praksi. Znamo da je infekcija uspešan prodor patogenih bakterija u živo tkivo. Ona zavisi sa jedne strane od vrste, broja i virulencije bakterija, a sa druge strane od odbrambenih faktora organizma, te mogu biti akutne, subakutne i hronične.

Izvor dentoogenih infekcija mogu biti: gangrenozni zubi, gangrenozni

koreni, zaostali koreni, lečeni zubi i korenovi, poluimpaktirani i impaktirani zubi.

Kliničke forme infekcije idu sa poznatim lokalnim i opštim simptomima, a mogu biti u vidu: osteita, periostita, apscesa i flegmone. Prema tome kojim se putem šire infekcije — preko korenova zuba ili parodonticijuma razlikujemo: periapikalnu, parodontalnu i perikoronarnu infekciju.

Prouzrokovaci dentoogenih infekcija mogu biti razne vrste aerobnih i anaerobnih mikroorganizama: Alfa i Beta Streptococcus hemolyticus, Streptococcus viridans, Enterococcus, Staphylococcus aureus piogenes, Staphylococcus albus, Encherihia colli, Paracoli itd.

Cilj rada:

je da ukaže na najčešće uzročnike dentogenih infekcija, periodičnost njihovog povećanja a koji je u zavisnosti od godišnjeg doba, kliničke forme infekcija. Takođe smo želeli da ukažemo na zub uzročnik infekcije, a i da prikazemo učestanost infekcija prema polu i godinama starosti.

Metod rada i materijal:

U periodu januar-juni 1982 god, evidentirali smo sve pacijente sa dento-

genim infekcijama. Ukupno smo za ovaj period ekstrahirali 14,725 zuba, a od toga sa akutnom infekcijom 1.178 ili 8,0%.

Broj izvađenih zuba i broj izvađenih zuba sa akutnom infekcijom po mesecima

Tabela 1. Broj izvađenih zuba i broj izvađenih zuba sa akutnom infekcijom po mesecima

mesec	broj izvađenih zuba	akutna infekcija
1	2	3
januar	2267	320 (14,1%)
februar	2285	252 (11,2%)
mart	2645	194 (7,3%)
april	2287	164 (7,1%)
maj	2618	126 (4,8%)
juni	2623	122 (4,6%)

Tabela 2. Izvor infekcije u našem radu

mesec	radiks	gangrena	impakt. i polu impak. zubi	svega
1	2	3	4	5
januar	86	220	14	320
februar	70	156	26	252
mart	58	102	34	194
april	38	100	26	164
maj	42	72	12	126
juni	44	60	18	122
	338 (28,7%)	710 (60,7%)	130 (10,6%)	1.178 (100%)

Tabela 3. Infekcije prema polu i godinama starosti

mesec	pol	11-20	21-30	31-40	41-50	preko 50	svega	
januar	m	16	32	36	28	36	148	320
	ž	20	54	32	32	34	172	
februar	m	8	44	22	24	24	122	252
	ž	12	34	20	28	36	130	
mart	m	8	26	14	36	26	110	194
	ž	2	26	18	22	16	84	
april	m	6	30	28	20	10	94	164
	ž	6	28	12	18	6	70	
maj	m	0	6	8	24	6	44	126
	ž	0	20	20	16	26	82	
juni	m	2	22	4	12	12	52	122
	ž	0	32	2	16	20	70	

Tabela 4. Kliničke forme infekcija u našem radu

mesec	apsces	flegmona	granulom	svega
januar	4	230	320	86
februar	2	180	252	70
mart	2	154	194	38
april	0	132	164	32
maj	6	108	126	12
juni	4	100	122	18
	256 (21,7%)	18 (1,6%)	904 (76,7%)	1.178 (100%)

Tabela 5. Zub uzročnik dentogenih infekcija

broj	48	72	42	130	148	170	108	22
gornja	1	2	3	4	5	6	7	8
donja	1	2	3	4	5	6	7	8
broj	16	18	10	59	84	116	86	54

Zaključak:

U periodu januar-juni 1982 godine u Zavodu za stomatološku zdravstvenu zaštitu izvađeno je 14.725, a od toga sa akutnom infekcijom 1.178 ili 8%.

Izvor dentogenih infekcija su najčešće gangrenozni zubi (60,2%), ređe radiksi (28,7%), a najređe impaktirani i polu-impaktirani zubi (11,1%). Kliničke forme infekcija u našem radu su se najčešće manifestovale kao hronične periapikalne infekcije sa akutnom egzacerbacijom (76,7%).

Dentogene infekcije su u korelaciji sa godišnjim dobom, periodično se pojačavaju u zimskim, a opadaju u prolećnim mesecima.

Zub uzročnik dentogenih infekcija je najčešće bio gornji prvi molar

(14,4%), zatim drugi premolar gornji (12,5%) itd.

Nije primećena evidentna razlika po polu pacijenta, što se tiče godina starosti kod osoba u periodu od 31-50 godina uočavaju se češće infekcije. Po težini infekcija u našem radu, najteže su bile kod dece i osoba starijih od 60 godina, kod prvih zbog sredine pune izvora raznih infekcija u kojoj se kreću, a kod odraslih zbog smanjene imunobiološke otpornosti organizma.

Zbog slabe zdravstvene prosvetćenosti i neblagovremenog javljanja lekaru stomatologu, dentogene infekcije su u porastu, a česta neadekvatna upotreba antibiotika i sulfonamida, produžava i komplikuje već nastalu dentogenu infekciju.

Literatura:

Jojić B, Perović J (1979): Oralna hirurgija, Beograd

Đoković Lj (1975): Stomatohirurgija, Naučna knjiga, Beograd

Piščević A i saradnici (1972): Infekcije lica i vilica dentogenog porekla. Zbornik radova VIII stomatološke nedelje. Kruševac

Sokolović M (1969): Hirurško lečenje periapikalnih procesa. Stomatološki glasnik SR Srbije 2/1969.

Thoma K H (1956): Oral Surgery, St. Louis.

Evdokimov A M, Vasiljev G A (1963): Hirurgija zubov i polosti rta.

Rakić R, Lepojević D (1976): Naša iskustva u hirurškom lečenju periapikalnih procesa. Zbornik radova VI kongresa stomatologa Jugoslavije str. 147-150. Beograd.

ZNAČAJ PRAVOVREMENE HIRURŠKE KIRETAŽE PARADONTALNIH DŽEPOVA ZA ADEKVATNU PROTETSKU TERAPIJU

**Importance of timely surgical curettage of
Periodontal pocket for adequate prosthetic therapy**

Katarina Simić, Ljiljana Tričković-Mitrović, Vojimirka Andrejević, Blagoje Simić

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

Sažetak:

Pre bilo kakve protetske rehabilitacije, neophodno je zabrinuti oboleli parodontcijum. Sa druge strane, terapijske rezultate postignute u sanaciji parodontcijuma moguće je dugotrajno očuvati i izradom dobrih protetskih nadohnada. Vreme koje je potrebno između hirurške kiretaže parodontalnih džepova, kao metode u lečenju, i protetske terapije je između šest i osam nedelja. U iznetim rezultatima se vidi da je to optimalno vreme, za koje dolazi do potpune organizacije i pune zrelosti novostvorenog vezivnog tkiva, što se maksimalno povoljno održava na konsolidaciju parodontalnih tkiva.

Abstract:

Before any prosthetic rehabilitation, it is necessary to provide appropriately periodontal tissues. On the other side, the results of therapy reached in cure of periodontitis may be kept very long by production of good prosthetic compensations. It is necessary to pass 6-8 weeks between curettage of periodontal pocket (as method of choice in treatment) and prosthetic therapy.

We can see in presented results that it is optimal time during which new - made connective tissue is totally organised and matured and that is favourably reflected in consolidation of periodontal tissues.

Prema nalazima svetske zdravstvene organizacije, koji su publikovani 1978 a ove godine samo potvrđeni, preko 50% dece i svi odrasli ljudi u bilo kom delu sveta boluju od parodontopatije.

Ako se detaljnije pogledaju epidemiološke studije, one pokazuju da je veliki procenat obolelih još u mlađem dobu i da se povećanjem broja godina taj procenat dramatično povećava. Primera radi CHEIHAM je u Engleskoj pronašao u populaciji od 19 do 25 godina 48-75% obolelih, a u populaciji od 45 do 49 godina starosti 98,7% obolelih / 69 god. /.

Starčević je ispitivanjima u JNA 1971. godine pronašao da od 20. do 30. godine od parodontopatije boluje 71,6 a od 40. do 50. godine 95,4%.

Ovi alarmantni podaci ovako sakupljeni i prezentirani, samo još jednom potvrđuju ono što je nama praktičarima već odavno kristalno jasno: svu kompleksnost međusobnu neophodnost multidisciplinarnog pristupa u terapiji naših pacijenata.

Ukoliko se radi o protetskoj terapiji parodontopatija, kao dopunskom tretmanu u sanaciji ovakvih bolesnika, osobenosti alteriranog potpornog aparata uslovljavaju i specifičan pristup.

I zdrav potporni aparat zuba mnogo bolje podnosi aksijalne sile, nego horizontalne. U slučajevima već obolelog, odnosno oštećenog parodonticijuma, egzaktno aksijalno doziranje je od bitnog značaja i za protetsku i parodontalnu terapiju. Usled oboljenja, parodonticijum nije u stanju da amortizuje čak ni sile u fiziološkim granicama, koje inače na intaktan parodonticijum nemaju štetnog efekta. Svako jače opterećenje i aksijalno, a posebno horizontalno, neminovno dovodi do težih destrukcija.

Ukoliko se radi o protetskoj terapiji, budući da je gotovo celokupna populacija koja se protezira obolela od parodontopatije, teškoće pri terapiji su evidentne. Kao prvi i najuočljiviji znak parodontopatija figuriraju inflamacija i edem. Obzirom da edem čini nepremostive prepreke u protetskoj obradi, terapija se preduzima posle njegove eliminacije. Esencijalna promena u parodontopatijama je gingivalni džep, protetsku terapiju je jedino ispravno preduzeti posle njegove obrade.

Najčešće korišćena metoda u terapiji parodontalnih oboljenja je hirurška kiretaža parodontalnih džepova. Ona ujedno, i po najvećem broju autora, daje najbolje rezultate ukoliko se striktno primeni. Zato je to metoda koja se rutinski primenjuje. To je jedina metoda, kojom je moguće postići korenarniji pripoj gingive pri terapiji parodontopatija. To je i ujedno najdostupnija metoda, moguće je izvesti u svakoj ambulanti, i sa minimalnim instrumentarijumom. Sve te postavke o primenjivosti hirurške kiretaže parodontalnih džepova, kriju u njenoj svakodnevnoj primeni i određene opasnosti, koje se ogledaju u smislu nedoslednosti sprovođenja tretmana, jer smo često skloni da jednostavnost metode shvatimo kao njenu necelishodnost.

Cilj ovog rada bio je značaj i pravovremenost primene metode, uz uslov

da su i hirurška kiretaža parodontalnih džepova i protetska terapija izvedena po svim važećim normama savremene stomatološke prakse.

Metod rada

Observirani pacijenti podeljeni su u dve grupe. Radnu grupu činilo je 50 zuba, kod kojih je pre protetske terapije urađena hirurška kiretaža postojećih parodontalnih džepova. Pre obrade, pregledom pacijenata ustanovljeno je da je njihov PDI indeks 5. Za određivanje PDI indeksa korišćena je metoda po Ramfjerdu iz više razloga: PRVO, jer pokazuje stanje, tj. težinu razaranja parodontalnih tkiva tačno, pošto se meri direktno i odmah očitava a DRUGO, jer se ovaj indeks dobija na osnovu merenja zuba koji su reprezentativni uzorak za celu dentciju, i koji se istovremeno čak vrlo često koriste za protetsku terapiju.

Pregledom literaturnih podataka o terapijskim rezultatima i suštini postoperativnog toka kod hirurških kiretaža, zaključili smo da protetsku terapiju treba izvesti posle 8 nedelja, pa smo tako i uradili. Od 50 zuba koji su korišćeni u terapiji, 28 zuba je bilo obuhvaćeno fiksnom nadoknadom, a 22 mobilnom. Kontrola pacijenata, sa merenjem dubine parodontalnih džepova, obavljena je posle 6 i 12 meseci. Prva kontrola posle 6 meseci pokazala je FDI indeks 5, a druga posle 12 meseci, takođe FDI 5. Obavezno je, međutim, napomenuti da su pacijenti hirurške kiretaže, pa do poslednjeg kontrolnog merenja sarađivali u maksimalnom održavanju oralne higijene, i jednom mesečno obavezno dolazi na kontrolu oralne higijene, bojenjem plaka. Kliničkim pregledom i anamnezom ovih pacijenata, došlo se do zaključaka da su pacijenti zbrinuti korektnim terapijskim postupkom, jer su se njihove tegobe u mnogome smanjile, njihova funkcionalna i estetska tera-

pija je uspešna, a merenje PDI po Ramfjerdu, posle godinu dana pokazalo je da parodontopatija nije progređirala, već je zaustavljena na postojećem nivou.

Za period od godinu dana, pratili smo i reagovanje parodontalnih tkiva kod pacijenata prethodno preteziranih, a koji su se u ovom vremenu zakazivano javljali radi drugih intervencija. U toj grupi bilo je obrađeno 60 zuba. Fiksnim protezama bilo je zbrinuto 34 zuba, mobilnim 26, Ramfjerdov indeks bio je 5, a klinički izgled gingive odgovarao je opisu: jako inflamirana, edematozna, krvvari. To je bio i najčešći simptom na koji su se žalili ti pacijenti. Posle 6 meseci, kontrolom je ustanovljeno kod 24, od 34 zuba koji su bili rešeni fiksnom protezom, da su simptomi bili pogoršani. Kod onih 26 zuba koji su lečeni mobilnom protezom, stanje je bilo teže. Kod tih pacijenata, zapaženo je produbljivanje gingivalnih džepova, rasklaćenje, pa čak i migracija zuba. Samo kod 10 zuba koji su lečeni fiksnom protezom, promena nije bilo.

Kontrolom posle godinu dana, ustanovljeno je da je PDI indeks po Ramfjerdu 6, u ovoj grupi od 26 zuba koji su zbrinuti mobilnom protezom. U grupi od 34 zuba koji su bili zbrinuti fiksnom protezom, kod 20 zuba PDI je ostao 5, a kod 14 zuba nađena je prognezija parodontopatija i PDI je izmeren 6. I pored obrade džepova i terapije, za godinu dana na te promene nije bilo moguće uticati. Kod pacijenata koji su pretezirani fiksnom protezom i kod kojih je kod 20 zuba PDI ostao 5 mereno po Ramfjerdu, dolazilo je povremeno do pogoršanja simptoma, do jače inflamacije i krvarenja iz gingive, pa čak i do supuracije u skoro polovini slučajeva, ali na te zube smo mogli da utičemo terapijskim merama i da sprečimo progresiju parodontopatije.

Diskusija:

Sve ove rezultate uzimamo kao pozitivan efekat, prvo sadejstva obe stomatološke discipline u terapiji, a drugo, pozitivnog efekta koje je imala hirurška kiretaža parodontalnih džepova, dva meseca pre proteziranja.

Insistiranje na periodu od dva meseca između hirurške obrade i proteziranja uslovljeno je postoperativnim tokom. Posle izvršene kiretaže tj. obrade i tvrdog i mekog zida parodontalnog džepa, u njemu se nalazi koagulum.

U koagulum urasta mlado granulaciono tkivo bogato krvnim sudovima porekla iz krzna gingive i parodoncijuma. Mlado granulaciono tkivo postupnom organizacijom prelazi u zrelo vezivno tkivo. Ta postupna organizacija traje najmanje 4 nedelja, iako se zrela kolagena vlakna mogu naći u tom regionu već posle 10 dana, ali se takođe i posle 20 dana mogu naći nezrela vezivna vlakna /po nalazima Blassa i Langa/. Iako oralni deo gingivalnog epitela profilariše već posle jednog dana, za površinu zuba pripaja se posle jedne nedelje. Za 3 do 4 nedelje gingiva ostaje jako hipertrofična, zbog pojačane vaskularizacije, i tek posle tog perioda dolazi do potpune konsolidacije tkiva. Ona se ogleda u normalizaciji boje ikonzistencije gingive, što se ustanovljava kliničkim pregledom. Mesec dana posle kiretaže, pripojni epitel nalazi se na koro-narnijem nivou, ali je nemoguće tačno utvrditi koliki je tu udeo aktivne hipertrofije zbog pojačane vaskularizacije ili rastresitost tkiva. Zato smo mi sa protetskom terapijom posle 8 nedelja računajući da će za to vreme doći do potpune konsolidacije u svim parodontalnim tkivima. Za to vreme, pacijenti su obučavani da pravilno održavaju oralnu higijenu.

Naš zaključak bi bio sledeći:

A/. Da je obavezno pre proteziranja sanirati parodontopatiju, a najbolje bi bilo ako je indikovano, hirurškom kiretažom.

B/. Da smo protezirajući pacijente 8 nedelja posle obrade parodontalnih džepova dobili zadovoljavajuće rezultate, koji su se ogledali:

- stišavanju inflamacije,
- nestanku edema gingive,
- prestanku krvarenja na provokaciju,
- Zaustavljanju parodontopatije na postojećem nivou i prestanku njene pregredijencije za period od jedne godine,
- pacijenti su bili zadovoljni postignutim terapijskim rezultatima jer su im bile smanjene subjektivne smetnje, a vraćen im je estetski i funkcionalni integritet.

C/. Da je preteziranje pacijenata umnogome pomoglo očuvanju terapij-

skih rezultata, i da je sa svoje strane štitilo parodoncijum od daljeg oštećenja pravilnom preraspodelom masticatornog opterećenja i savršenom reokludacijom koju je bilo moguće postići preteziranjem.

Literatura:

1. **Đajić D, Đukanović D, Zelić O**, Ursu i (1980): Parodontopatije. Naučna knjiga, Beograd.
2. **Ljušković B** (1981): Stanje parodoncijuma dijabetičara starosti između 40 i 49 godina. Stomatološka nedelja SRS XV, BGD
3. **Zelić O. (1978)**: Savremena terapija progresivnih parodontopatija — Doktorska disertacija Beograd.

Adresa autora: dr Katarina Simić
Leskovac, Đure Salaja 43.

ZNAČAJ SARADNJE DEČJEG STOMATOLOGA I PEDIJATRA U SVAKODNEVNOJ PRAKSI

Significance of the cooperation of child dentist and pediatrician in everyday practice

Miloš Turović, Radmilka Turović

Dom zdravlja „Medveđa“ u Medvedu

Sažetak

Cilj ovog rada je da prikaže saradnju dečjeg stomatologa i pedijatra na zajedničkom poslu, odnosno pri obavljanju sistematskih pregleda dece pred upis u školu u opštini Medveđa.

Ova saradnja je neophodna, a zasnovana je na polu preventive i kurative u svakodnevnoj praksi.

Dečji stomatolog i pedijatar uz pomoć srednje medicinskog osoblja izvršili su sistematske preglede 174. dece pred upis u školu. Pregledom usta i zuba uočava se rasprostranjenost zubnog karijesa, gingivalnih oboljenja i početnih ortodontskih anomalija što nalaže dečjoj stomatološkoj službi što veću primenu fluora u profilaksi karijesa uz dosledno sprovođenje sanacidonskih anomalija uz obavezno sprovođenje zdravstvenog vaspitanja u svim sredinama

Abstract

The aim of this work is to demonstrate the cooperation between child dentist and pediatrician on a common task—that is at systematic examination of children preceding the enrollment in primary school at the county of Medveđa. Child dentist and pediatrician examined 174 children. Check up of mouth and teeth indicated a high incidence of caries, gingivitis and incipient orthodontic anomalies. This requires prophylactic application of fluor, necessary sanations and health education.

Uvod i cilj rada

Imajući u vidu da je glavna funkcija zuba žvakanje hrane kako bi se organizam mogao hraniti, razvijati i održavati, onda je sasvim jasno da će zbog bolesnih zuba akt žvakanja biti

nepotpun, ishrana pogoršana, a time i poremećen razvoj celog dečjeg organizma.

Bolesni zubi dovode vrlo često do komplikacija, do patoloških promena u svojoj bližoj i daljoj okolini, što negativno utiče na zdravlje i razvoj deteta, a koji put ostavlja neizlečive posledice za ceo život.

Poznato je da oboleli, mlečni i stalni zubi mogu biti uzročnici fokalne infekcije, a ona potiče najčešće od hroničnih oboljenja pulpe i periodoncijuma

ADRESA:
Dr Turović Miloš
Dom zdravlja „Medveđa“
16240 Medveđa

(prema Jarmeru). Fokusi na mlečnim zubima mogu dovesti do sledećih oboljenja: poliartritisa, endokarditisa lente, angine, faringitisa, limfadenitisa, ekcema, choree.

Često se događa da zubni lekar prvi otkrije po tipičnim oralnim znacima neku od krvnih diskrazija, svitaminoze, gastrointestinalne poremećaje, dijabet, a često se susreće sa akutnim infektivnim bolestima, koja su dosta česta kod dece, a manifestuju se na sluzokoži usta i jezika ili u neposrednoj okolini usta. Sve ovo ukazuje na neophodnost saradnje dečjeg stomatologa i pedijatra u svakodnevnoj praksi, jer je stomatologija grana medicine. Ova saradnja u Domu zdravlja „Medveđa“ u Medveđi, sprovodi se uspešno godinama na polju preventive i kurative, a u okviru planova i programa rada ovih službi.

Cilj ovog rada je da prikaže saradnju dečjeg stomatologa i pedijatra na zajedničkom poslu, odnosno pri vršenju sistematskih pregleda dece pred upis u školu.

Metod rada

Medveđa je opštinsko mesto u južnomoravskom regionu, a spada u red najnerazvijenih u SR Srbiji.

U ovoj opštini žive Srbi, Albanci i Crnogorci zbratimljeni u slozi, a njih je 17.240 od čega su deca uzrasta od 0—18 godina 5.231.

Svake godine u Domu zdravlja „Medveđa“ organizujemo i obavljammo sistematske preglede dece pre upisa u školu. Preglede obavljaju specijaliste, dečji stomatolog i pedijatar uz pomoć srednjeg medicinskog osoblja. Kako Domu zdravlja godinama nedostaje lekarski kadar, ove preglede i ostale preventivne akcije obavljaju isti ljudi godinama, inače angažovani u isto vreme i u kurativi. Mali pacijenti su pozivani pismenim putem od strane dečije službe, po grupama od 30 de-

čaka i devojčica. Preglede smo obavljali dva puta nedeljno u aprilu mesecu ove godine. Deca su najpre dolazila u ordinaciju dečjeg stomatologa, gde su ih sa puno pažnje srdačnosti i nežnosti prihvatili dečji stomatolog i medicinska sestra.

Imajući u vidu uzrast malih pacijenata i to da je većina ove dece po prvi put u našoj ordinaciji, ta prva poseta iskorišćena je za upoznavanje deteta, obavljanje pregleda i dijagnostiku stanja u ustima i na zubima. Koristeći strpljenje malih pacijenata, uspeali smo da u ovoj poseti kod svih pregledanih uklonimo meke naslage sa zuba, a zatim izvršimo tuširanje usta i zuba spreom 2% H₂O₂, sol. hexorala i sol. pantehenola, kako bi lakše izvršili dijagnostiku karijesa na mlečnim i stalnim zubima.

Pri tom prvom pregledu uočeno je da deca ovog uzrasta ne peru usta i zube (samo 5% slučajeva deca ovog uzrasta ponekad upotrebljavaju zubnu četkicu), pa je zbog toga velika prisutnost gingivalnih oboljenja. Takođe smo uočili izraženu rasprostranjenost karijesa, a susrećemo i početne ortodontske anomalije.

Nakon pregleda usta i zuba, deca su odlazila pedijatru gde su bila detaljno pregledana, a po završenim pregledima obavljen je zdravstveno-vaspitni rad u kabinetu zdravstvenog vaspitanja u Domu zdravlja.

Citirajući reči dr Žarkovića u knjizi Osnovi dečje stomatologije—Prof. dr D. Ž. Graovca: „Zbog neznanja i zabluda mnogi ljudi u gradu, a još više na selu, ne preduzimaju i ni izdaleka ne sprovode ni one higijenske mere za zaštitu zdravlja koje su moguće i ostvarljive u našim uslovima“, jasno govore da zdravstveno prosvetčivanje i vaspitni rad moraju zauzeti primarno mesto u okviru radnih zadataka svakog zdravstvenog radnika.

Roditeljima i deci, dečji stomatolog i pedijatar održali su ovom pri-

likom tri zdravstvena predavanja i to:

— Pravilna higijena usta i zuba kao mera zaštite od karijesa i oboljenja desni,

— Primena Fluonatril tableta u profilaksi karijesa, i

— Zarazna žutica.

Nakon održanih predavanja prikazan je film o zaraznoj žutici.

Rezultati

Dečji stomatolog i pedijatar Doma zdravlja „Medveđa“ u Medveđi, pregledali su 174 dece pred upis u školu, 96 dečaka i 78 devojčica.

Pre obavljenog pregleda usta i zuba, izvršili smo detaljno uklanjanje svih naslaga sa zuba, izvršili smo zatim sušenje zuba komprimovanim vazduhom. Dijagnostika karijesa je izvršena pomoću ravnog ogledalca i oštire sonde uz korišćenje izvora veštačke svetlosti. Rezultati pregleda usta i zuba pokazuju:

KIO = 96,5% KIZ = 39,5%-

KIP = 8,3%

— gingiviti su prisutni u 75% slučajeva

— ortodontske anomalije u 14,3% slučajeva

Na osnovu iznetih epidemiološko-statističkih podataka, uočava se zabrinjavajuća rasprostranjenost karijesa, početnih ortodontskih anomalija, a zbog potpunog odsustva higijene usta i zuba, nailazimo na gingivalna oboljenja zapaljivog karaktera. Vršeci ove preglede, uočili smo takođe nizak ste-

pen zdravstvene prosvetljenosti dece i roditelja, što nalaže zdravstveno prosvetčivanje u svakoj prilici, u ordinaciji i na terenu.

Zaključak

— Kod predškolske dece u opštini Medveđa rasprostranjen je karijes na mlečnim i stalnim zubima, takođe gingivalna oboljenja i početne ortodontske anomalije, pa predstavljaju zdravstveni problem ove sredine.

— Dečija stomatološka služba je slabo razvijena zbog nedostatka zubno-lekarskog kadra, pa je sprovođenje većih preventivnih akcija i sistematska obrada postojeće patologije usta i zuba u dece nedovoljna.

— Zdravstveno vaspitanje se mora sprovoditi u svim sredinama, obezbediti veća primena Fluora u prevenciji karijesa uz dosledno sprovođenje sanacija zuba, lečenje gingivo-parodontalnih oboljenja i početnih ortodontskih anomalija.

— Saradnja dečjeg stomatologa i pedijatra je neophodna na polju kurative, a pogotovu kad su u pitanju preventivne akcije, jer se orofacijalni sistem ne može odvojeno posmatrati od ljudskog organizma.

Literatura

1. Graovac P.Ž 1969: Osnovi dečje stomatologije Naučna knjiga — Beograd.
2. Baba-Milkić, Đ. Živković M. Zojić S. Konić S (1982): Stanje i potrebe perspektivnog razvoja stomatološke službe za decu na teritoriji tri regiona Jugoistočnog dela SR Srbije. XVI stomatološka nedelja SR Srbije. Zbornik izvoda, Niš

LEPTOSPIROZNI IRIDOCYCLITIS

IZ PRAKSE

Leptospiral iridocyclitis

Miodrag Kulić, Miroslav Kocić, Vladimir Rajković

Očno odeljenje Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu

Etiološka dijagnoza leptospiroznog iridocyclita u našoj zemlji datira od 1950. godine. Tada je analizirano 1170 seruma, od kojih je 96 dalo pozitivne rezultate na leptospirozu (nalaz Higijenskog instituta u Beogradu). Nakon 5 godina u Zagrebu Higijenski zavod registruje 570 pozitivnih slučajeva. Od ovog vremena laboratorijska ispitivanja na leptospiroze su sve češća, kako u humanoj tako i u veterinarskoj praksi. Na našem području prvo svestrano ispitivanje ove zoonoze bilo je 1957. godine, povodom pojave febrilnog sindroma, koji je poprimio epidemične razmere, kako među gradskim stanovništvom tako i među pripadnicima vojnog garnizona. O ovoj epidemiji leptospiroze na našem području referisao je prof. Dr Moreli u Vojnosanitetskom pregledu (1957). Za poslednje tri godine infektivno odeljenje u Leskovcu registruje samo tri slučaja leptospiroze, od kojih je jedan slučaj naš bolesnik.

Dr Miodrag Kulić
ul. Babičkog odreda 58
Leskovac

Učestalost komplikacija na organu vida kod leptospiroze kreće se, po raznim autorima, od 10% do 40%. Komplikacije na organu vidu objašnjavaju se toksičnim dejstvom leptospire u fazi leptospiremije (rane promene na očima) i izražavaju se u vidu konjuktivita, episklerita ili seroznog iridocyclita. Pozne komplikacije na organu vida objašnjavaju se kao alergiska manifestacija, mada ima autora koji su u tom periodu uspeli da direktno iz materijala izoluju uzročnike.

Prema Gsellu (1952) moguće je da leptospire žive u samoj dužici, kao što je to slučaj za epitelijalne ćelije bubrežnih kanalića. Kako uvea obiluje krvnim sudovima to se očne komplikacije najčešće javljaju na ovom delu oka. Pozne komplikacije se ispoljavaju u sledećim kliničkim oblicima: Iridocyclitis seroza ili sero-fibrinoza, Cyclitis, Papillitis, Periphlebitis. Najčešći oblici su torpidni iridocycliti sa sitnim precipitatima u predelu Arltovog trougla, bez tendencije za stvaranjem zadnjih sinehija (mada Marušić opisuje i ovu pojavu, 1964.), te znatnije замуćenje u staklastom telu počev od prašinastih do trakastih mutnoća.

Prikaz našeg slučaja

Bolesnik Ž.S. star 13 godine, učenik iz sela Vinarca kod Leskovca, lečen na infektivnom odeljenju pod sumnjom da se radi o leptospiroznom meningitu. Međutim obolenje nije serološki dokazano. Tri nedelje nakon otpusta sa infektivnog odeljenja, gde je lečen Jugocillinom (imao visoku temperaturu, glavobolju, meningealne znake pozitivne i Pandy-ovu reakciju jako pozitivnu), bolesnik se javlja oftalmologu zbog slabijeg vida na desnom oku. Bolesnik je primljen na očno odeljenje pod dijagnozom: Iridocyclitis serosa o. dex. Lična anamneza govori da se pre pet nedelja naglo razboleo uz pojavu visoke temperature, groznice, sa bolovima u mišićima, glavoboljom i povraćanjem. Zbog svega ovoga lečen je na infektivnom odeljenju oko dve nedelje. Nakon lečenja osećao se dobro. Porodična anamneza je bez osobitosti. Ranije očne bolesti — bez osobitosti. Sadašnja očna bolest — Pre sedam dana primetio je da mu je zamagljen vid na desnom oku. Majka ga je odvela pedijatru koji je prepisao neku mast od koje nije bilo bolje, te je upućen oftalmologu. **Status localis** — O. dex. — Laka fotofobija. Pomoćni aparat oka — b.o. Bulbus — postoji diskretna cilijana injekcija. Rožnjača — na zadnjoj strani rožnjače, u predelu Arltovog trougla, sitni, sivo-beličasti prašnasti precipitati i nekoliko krupnih Tyndalov fenomen pozitivan. Dužica — nejasne građe crteža i reljefa, očuvane konfiguracije. Zenica — uža, kružna, tromije reaguje na svetlost. Staklasto telo — prisutna obilna prašnasta zamućenja, pokretna pri pokretima oka. Fundus — ne pokazuje patološke promene. V.o.d. = 0,3/ ne koriguje. T.o.d. = N(dig). Nalaz na levom oku je uredan. V.o.s. = 1,0; T.o.s. = N(dig).

Bolesnik je klinički i laboratorijski obrađen. Krvna slika pokazuje eozinofiliju. R_ö pulmo i sinusa — b.o. Stomatološki nalaz uredan. Tuberkulinska proba negativna. Streptolizinski titar negativan. Test aglutinacije bio je pozitivan. Serološkim pregledom uzorka krvi, metodom aglutinacije — lize sa 8 serotipova, dobiven je pozitivan rezultat pregleda na leptospirozu sa serotipom POMONA—1:1000.

Od terapije davali smo penicillin u kombinaciji sa novosulfinom i Beviplex. U lokalnoj terapiji primenjen je atropin i hidrokortizon uz subconj. injekcije Dexamethasona.

Uz ovu terapiju, nakon 27 dana dolazi do potpunog smirenja bulbusa, resorpcije precipitata, a mutnoće u staklastom telu su vidno ređe. Oštrina vida je normalizovana i bolesnik se otpušta kući uz lokalnu terapiju. Mesec dana nakon izlaska iz bolnice lokalni nalaz na oku je normalan.

Diskusija i zaključak

Naš slučaj se u celini uklapa u najčešću kliničku sliku leptospiroznog iridociklita. Iridocyclitis je bio seroznog tipa i benignog toka. Dobra anamneza bila je od velikog značaja. Sero dijagnostiku (test aglutinacije i lize) treba koristiti pored uobičajene šeme, kako to i Bonnet (1952) savetuje.

Slobodni interval između akutnog obolenja i početka očne komplikacije kod našeg bolesnika iznosio je tri nedelje. Pojava prvog leptospiroznog

iridociklita na području opštine Leskovac obavezuje nas da na ovo oboljenje stalno mislimo i da svaki iridociclitis rutinski ispitamo u smislu leptospiroze.

Literatura

1. **Moreli A** (1957): Vojno-sanitetski pregled, Beograd
2. **Gsell O** (1952): Klin. Mbl. Augenh. 120, 449.
3. **Bonnet P** (1952): Ophthalmologie clinique, Doin, Paris.

JATROGENA TUBERKULOZA U BOLESNIKA LEČENIH NA GRUDNOM ODELJENJU MEDICINSKOG CENTRA „MOŠA PIJADE“ U LESKOVCU

Jatrogenic tuberculosis in patients treated at Pneumophthical department of Medical center in Leskovac

Dr Miladin Nikolić, Dr Miroslav Simonović

Pneumoftiziološka služba Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu

Savremena medicina u poslednje vreme ukazuje na jedan novi i prioritetni problem koji čine, iz dana u dan, sve više registrovanih oboljenja nastalih uzimanjem lekova, ili izazvanih nekim drugim terapijskim sredstvima. Tako je poslednjih decenija nastalo novo poglavlje u medicini, poglavlje „Jatrogene bolesti“. Toksikološka obrada lekova i njihovo sticanje prava na promet, nije i garancija da neće dati nuz pojave štetne po organizam. Za uočavanje ovakvih pojava ponekad je potrebno mnogo vremena. Ova grupa bolesti predstavlja vrlo misteriozno područje u medicini sa polimorfizmom svojih manifestacija, a to je danak koji čovečanstvo plaća svoje bolje lečenje. Praktično nema leka koji pored pozitivnog efekta u terapiji, ne ostavlja i neželjene posledice. Aspirin, lek koji je u vrlo širokoj upotrebi od vajkada i svi preparati koji u sebi sadrže Salicilnu kiselinu, okrivljuju se za nastanak bronhijalne astme. Kontraceptivna sredstva čine predispoziciju za plućnu tromboemboliju i plućnu hipertenziju, a famozni Tolamid izazvao je epidemiju Focomelije 1960. godine.

Naš predmet posmatranja su bolesnici, koji su uzimali iz bilo kojih razloga kortikosteroide i incidenca

tuberkuloze kod ovih. Oni čine posebnu grupu rizika i zahtevaju dugo-ročno i budno praćenje. Kortikosteroide su hormoni kore nadbubrežne žlezde, imaju posebnu ulogu u metabolizmu ugljenih hidrata, masti, proteina i elektrolita. Njihov blagotvorni antiinflamatorni, antireumatični, fibrolitički, antihistaminski i imunosupresivni efekat obilno se koristi u humanoj medicini. Ovaj poslednji vrlo često je nepoželjan. Kod eksperimentalnih životinja prethodno tretiranih kortikosteroidima, a zatim inficiranih bacilom Koha, ovaj je daleko agresivniji, nego kod kontrolne grupe. Specifične lezije se vrlo brzo razvijaju, dolazi do generalizacije procesa i do skorog uginuća životinja. Pored imunosupresivnog efekta na organizam, dokazano je da povećavaju i virulenciju samog bacila Koha. Zato se i jatrogena tuberkuloza po svom toku razlikuje i u humanoj patologiji od drugih oblika tuberkuloze, intenzivnije je i najčešće ima tešku formu sa diseminacijom ili generalizacijom, a u nekim područjima, tamo gde obična tuberkuloza ne čini ni epidemiološki, ni socijalni problem, javlja se u obliku strogo ograničenih epidemija. Na problem jatrogene tuberkuloze kod upotrebe kortikosteroida, prvi su ukazali ame-

rički autori, Fred, Levin, Riva, Barof 1951. god. Prvu ovakvu epidemiju opisao je Mahandy 1961. godine SAD-u.

U ovoj zemlji, gde je stepen zaraženosti tuberkulozom daleko niži nego u ostalim do 1976. godine registrovano je preko 100 epidemija, a najbolje obrađen slučaj epidemije ove vrste je epidemija nastala 1966. god. u jednoj školi za medicinske sestre. U ovoj školi više učenica uzimalo kortikosteroide zbog poliartritisa. Latentna TBC u nekih učenica aktivirana je poslužila kao izvor zaraze. Ovom epidemijom medicinska terminologija obogaćena je još jednim novim nazivom „Tuberculosis jatrogenes“.

U nas prvi ukazuje na ovaj problem 1972. god. Laban, Išvanovski i Azanjac, Dangubić, a zatim 1976. god. Marin i saradnici i 1982. god. Žegarac i saradnici.

U našoj literaturi do danas nije poznato da je jatrogena tuberkuloza imala karakter epidemije. Sve se svodi samo na sporadične slučajeve, Marin i saradnici imali su samo 15 slučajeva za period od 7 godina (1967 — 1974).

Žegarac i saradnici za period od 10 godina (1972 — 1982) opisali su slučaj. Na grudnom odeljenju bolnice u Leskovcu za poslednje 4 godine lečena su 2 bolesnika od jatrogene tuberkuloze. Nije isključeno da ih je bilo više, ali se možda ranije nije mislilo na ovaj problem.

Prikaz slučajeva:

1. Bolesnik J. K. rođen 1919 god. zemljoradnik upućen kao hitan slučaj pod dr. Status, Ashma bronchiale. Pušač 20 godina po 20 cigareta dnevno. Lečio se od hroničnog etilizma. Navodno više na konzumira alkohol. Dijabet mu je otkriven 1980. god.

Redovno uzima 1 tab. Diabenesa. Od bronhialne astme leči se već 6 godina, a dve godine kontinuirano dobija Kenalog i Urbazon u ambulanti Doma zdravlja. Uvidom u postojeću dokumentaciju rentgenogramima nisu nađeni vidljivi znaci za ranije preležanu tuberkulozu.

Pri prijemu visoko febrilan (40°C), ne može da se održi u stojećem stavu, lako dispnoičan. Na jedan sat ranije dobio je ampulu Aminophullina. Na plućima difuzan bronhitičan nalaz se dominiranjem piskavih bronhitičnih krkora i produženim ekspirijumom.

Jetra se pipa za jedan poprečni prst ispod desnog rebarnog luka, bolno neosetljiva. Na PA rentgenogramu vidi se difuzni milijarni rasip po celom pluću. U biohumoralnom nalazu $\text{SE} = 80/105$, Leukociti 8600, aciton, albumen i šećer pozitivni u urinu, glikemija 106 mg%. BK direktnom baciloskopijom nije nađen u sputumu u 6 navrata, a na svim LOW-novim kulturama zasejanim sputumom iznikli su acidorezistentni bacili. Tuberkulinska proba po Mantoux-u od 3 i. j. 8 mm.

Prva tri dana bolesnik je lečen antibioticima, bronhodilatatorima i simptomatskom terapijom. Temperatura poprima karakter septične temperature. Šestog dana od uvođenja u terapiju Streptomicina, Isoniazida, Miambutola, Rifadina i Pronizona temperatura se normalizovala. Stanje bolesnika se iz dana u dan popravljalo, ali 37 dana od prijema došlo je do teškog asmatičnog napada, koji se završio egzitsom.

2. Bolesnik P.P. penzionisani tekstilni radnik sa radnim stažom od 15 godina. Od tuberkuloze su mu bolovali: brat, sestra i stric. Pušač 30 godina po 20 cigareta dnevno.

Adisonova bolest otkrivena mu je 1962. god. u Institut za medicinu rada i od tada počinje lečenje Pronizonom 3×1 tabl. sve do septembra 1984. godine, kada je preveden na Hydrocortizon $2 \times \frac{1}{2}$ tabl. Tuberkuloza pluća otkrivena mu je 1974. god. kada je i BK dokazan na LOW-novoj kulturi. Lečen trojnom terapijom (MB, INH, RF). Posle serije sterilnih LOW-novih kultura preveden je 1977. god. u neaktivnu TBC. Maja 1981. god. zbog sumnje na recidiv, bolesnik je uključen na kontrolisanu intermitentnu terapiju. Svi zasejani sputumu na LOW-novoj podlozi (ukupno 11) ostali su sterilni. Bolesnik je bio ukupno 8 meseci na ovoj terapiji, pa pošto se stanje nije menjalo, predložena je hospitalizacija, ali je bolesnik odbio. Kasnije se u nekoliko navrata kontrolisao u ATD-u. (poslednji put aprila 1982. god.). Na 5-6 meseci pre prijema na odeljenje stanje mu se pogoršalo, ali je tegobe vezivao za Adisonovu bolest, pa je lečen na Internom odeljenju. Septembra meseca 1984. godine pri kontroli ATD-u konstatovano je da je došlo do pogoršanja specifičnog procesa, pa je upućen na Grudno odeljenje radi lečenja.

Pri prijemu odaje utisak teškog bolesnika, jako podhranjen (42 kgr. telesne težine). Na plućima diskretan bronhitičan nalaz. Na radiogramima na desnom plućnom vrhu sistem rasvetlina od kojih je najveća promera $3 \times 2,5$ cm, a levo u vrhu rasvetlina promera 6×4 cm. U biohumoralnom nalazu SE=80/120, Le=8600, albumen pozitivan u mokraći BK direktnom baciloskopijom nije nađen u sputumu u 12 navrata, a 11 prispelih LOW-novih kultura ostalo je sterilno.

Tuberkulinska proba po Mantoux-u od 3 i.j. 12 mm. Bolesnik je lečen trojnom antituberkulotičnom terapijom (MB, INH, RF). Stanje bolesnika se sporije popravljalo. Dobio na težini

7 kg. za period lečenja od 3,5 meseca. Na kontrolnim radiogramima vidi se vrlo laka radiološka regresija lezija.

ZAKLJUČAK

Naš materijal je jako oskudan da bi mogli da se donesu znančajni zaključci. Ali svi autori citirani ovde slažu se u suštini u sledećem:

— da bi se svestrano suprostavili nastajanju jatrogene tuberkuloze kod uvođenja kortikosteroida u terapiju, potrebno je prethodno:

1. uzeti brižljivo anamnezu, kako porodičnu (da se isključi intrafamiliarna prokuženost), tako i ličnu (da se isključi preležana TBC).

2. obavezno tuberkulinsko testiranje radi otkrivanja hiperreaktora i signiranje intenziteta tuberkulinske reakcije pre početka kortikoterapije, vodeći računa o inhibitornom efektu kortikosteroida na tuberkulinsku alergiju.

3. ako je bolesnik neposredno uzimao INH, uzeti u obzir „reversa“ fenomen ovog leka na tuberkulinsku alergiju.

4. uraditi kliničko i rentgenološko ispitivanje pluća.

5. odluku o profilaksi sa INH treba donositi individualno na osnovu faktora rizika, doze kortikosteroida i dužine primene ovih preparata, a ne rutinski.

6. kod rizičnih grupa (tuberkulin jako pozitivnih, dijabetičara, Adiso-

nove bolesti, hroničnih etiličara i svih inih kod kojih postoje sekvele preležane tuberkuloze) sprovesti INH hemioprofilaksu od dana uzimanja kortiko-terapije, a kod ostalih dve nedelje kasnije. Dnevna doza za odrasle je 400 mg (1 capsula Eutizon B₆), a za decu 5 mg. na kilogram telesne težine. Sa INH hemioprofilaksom treba nastaviti još šest do osam nedelja nakon prestanka uzimanja kortikoterapije.

7. obavezna kontrola još godinu dana od prestanka INH-hemioprofilakse.

Na kraju da podsetimo na Savezni pravilnik o uslovima i načinu vršenja obavezne imunizacije, seroprofilakse i imuno profilakse protiv zaraznih bolesti ("Sl. list SFRJ" broj 19 iz 1975. godine). U članu 56. ovog Pravilnika između ostalog stoji:

— za sva lica koja su obolela od bilo koje bolesti koje se duže od 30 dana leče preparatima kortikosteroida, obavezna je i INH hemioprofilaksa.

LITERATURA

1. **AZANJAC R, MIČIĆ R, Dangubić V.** (1972): Generalizovana miliarna TBC u odraslih sa posebnim osvrtom na ulogu kortikosteroida u njenom razvoju. Vojnosanitetski pregled 29:517.
2. **LABAN A, IŠVANEVSKI M, LASTIĆ S.** (1972): Miliarna tuberkuloza danas. Plućne bolesti i tuberkuloza br. 3 jul-septembar 163-168.
3. **MARIN S, MARIN V.** (1976): Jatrogena tuberkuloza. Zbornik radova XV Kongresa pneumoftiziologa Jugoslavije, Galenika, Beograd 78-83.
4. **PRAŠO R, RAKOVIĆ J, VUJOVIĆ N.** (1981): Plućne infekcije u bolesnika sa sekundarnom imunodeficiencijom. Zbornik radova 27. Savetovanja pneumoftiziologa Srbije - Kragujevac 1980. Beograd 127-131.
5. **MARIN S.** (1979): Jatrogene bolesti u pulmologiji. Materijal sa seminara. Aktuelni problemi iz pneumoftiziologije. Opatija.
6. **ŽEGARAC D, RAKOVIĆ J, ĐURIĆ O, MARČIĆ G, VUJOVIĆ N, RADOSAVLJEVIĆ G, ŠVABIĆ Z.** (1982): Jatrogena tuberkuloza. Zbornik radova — Lazim dani Podružnica SLD Šabac.

ЗАВОД ЗА ПРЕВЕНЦИЈУ, ЛЕЧЕЊЕ И РЕХАБИЛИТАЦИЈУ ИНВАЛИДНОСТИ

„ВРЕЛО“

БУЈАНОВАЧКА БАЊА — БУЈАНОВАЦ

Zavod za prevenciju, lečenje i rehabilitaciju invalidnosti „Vrelo“ u Bujanovačkoj banji nalazi se na krajnjem jugu Srbije neposredno pored autoputa i železničke pruge Beograd-Skopje, udaljen 2,5 km od Bujanovca. Bujanovačka banja sa okolinom predstavlja deo Vranjske kotline u gornjem toku Južne Morave na nadmorskoj visini od 400 m.

Klima ovog područja karakteriše se prelazom između umereno-kontinentalne i sredozemne klime.

Sve ovo navelo je da se ispituju lekovita svojstva vode u Bujanovačkoj banji. Prva ispitivanja vode obavljena su 1968. godine i potvrdila su njenu visoku vrednost za lečenje mnogih bolesti. 1975. godine izrađena su dva zatvorena bazena sa zdravstvenom ambulantom. Na temeljima ovog objekta 1984. godine nikao je savremeni Zavod za prevenciju, lečenje i rehabilitaciju invalidnosti.

Zavoda za prevenciju, lečenje i rehabilitaciju „Vrelo“ u svom sastavu ima dijagnostičko-terapeutski deo i hotelski deo. Dijagnostičko-terapeutski deo Zavoda raspolaže sa najmodernijom aparaturnom tehnikom za dijagnozu i lečenje iz oblasti fizikalne medicine i rehabilitacije.

Zavod za prevenciju, lečenje i rehabilitaciju „Vrelo“ kadrovski je opremljen visokostručnim kadrovima iz oblasti fizikalne medicine i rehabilitacije, reumatologije i drugih specijalnosti. U Zavodu stalno rade lekari fizijatri, reumatolog, lekari opšte prakse, viši fizioterapeuti, srednji fizioterapeuti, medicinske sestre.

Konsultativno u Zavodu rade: internist, ortoped i ginekolog.

Hotelski deo Zavoda pripada grupaciji objekta visoke „B“ kategorije. Raspolaže sa 151 ležajem raspoređenih u jednokrevetnim, dvokrevetnim i trokrevetnim sobama. U svim sobama postoji instaliran mokri čvor sa kupatilom i alarmni uređaj za poziv medicinskog osoblja.

Hotelski deo raspolaže restoranom, moderno opremljenim, kapaciteta 200 obroka u jednoj smeni, TV-salon, pult barom, aperitiv barom i dr.

INDIKACIJE ZA LEČENJE U ZAVODU „VRELO“ — BUJANOVAČKA BANJA

I. REUMATSKE BOLESTI

A. UPALNE REUMATSKE BOLESTI U FAZAMA REMISIJE: hronični upalni reumatizam, reumatoidni artritis, behterevljeva bolest

B. DEGENERATIVNI REUMATIZAM: artroze zglobova, spondiloze i spondiloartroze, diskopatije

C. VANZGLOBNI REUMATIZAM: miofibrozitisi, fibrozitisi, tendovaginitisi, burzitis, entezitisi

II. OBOLJENJA GASTROINTESTINALNOG TRAKTA

hronična oboljenja želuca, dispeptični želučani sindrom sa povećanom želučanom sekrecijom, hronični čir na dvanaestopalačnom crevu, hronične upale debelog creva, stanja posle hirurškog odstranjenja kamenaca iz žučne kese, posle preležane žutice

III. POSTTRAUMATSKA STANJA

frakture, distorzije, kontrakture različite etiologije, distenzije, kontuzije

IV. NEUROLOŠKA OBOLJENJA

hemiplegije i hemipareze, periferne pareze i paralize, mono i polyneuritisi, neuralgije, išijalgije

V. GINEKOLOŠKA OBOLJENJA

sterilitet, hronični adnexitis

VI. DERMATOLOŠKA OBOLJENJA

ekcemi, psorijaza

KONTRAINDIKACIJE ZA LEČENJE U BUJANOVAČKOJ BANJI: maligna oboljenja, akutna febrilna stanja, aktivna TBC, krvareći ulkus, dekompenzovana srčana oboljenja, sklonost ka krvarenju, opšta kaheksija

NEPREKIDNO USAVRŠAVANJE

PROCENA VREDNOSTI CITOLOŠKE DIJAGNOSTIKE KROZ KLINIČKU PRAKSU

Dragomir Mladenović

Ginekološko akušerska klinika Kliničkog centra Medicinskog fakulteta u Beogradu.

Još dok je besneo rat, davne 1943 godine Papanicolaou, Amerikanac grčkog porekla, objavio je publikaciju „Dijagnoza karcinoma materice pomoću vaginalnog razmaza“. U posleratnoj opustošenoj Srbiji i Beogradu mali broj ginekologa uhvatio se u koštac sa krupnim problemima zdravstvene zaštite zdravlja žene, pa i otkrivanju ranog karcinoma materice.

Jedva da je prošlo sedam godina od pojave članka Papanicolaou, u mesečniku Saveza lekarskih društava „Medicinski glasnik“ objavio sam prvi referat o citološkoj dijagnostici malignih oboljenja grlića i tela materice.

Međutim, primena Papanicolaou metode nailazila je na otpor medicinskih stručnjaka u svetu pa i kod nas. Mlade generacije ginekologa toga doba bile su avangarda koje su krčile puteve prodora i primene citološke dijagnostike u ginekologiji. Formirane su ekipe citologa pri klinikama i većim bolnicama koje su marljivo i istrajno izučavali i usavršavali ovu metodu. Izvanredne rezultate koja je dala ova metoda, stvorila je naučnu disciplinu kroz analitičku i kritičku procenu vrednosti rezultata i postupaka. U citološkoj dijagnostici i pored sve egzaktnosti nauke i uvežbanosti citologa, rezultati mogu biti lažno pozitivni i negativni, što zahteva da ova metoda bude kombinovana sa colposkopijom i dr.

dijagnostičkim postupcima. Pravo na veće terapijske zahvate, bilo operativne ili zračne imaćemo kada se citološka dijagnoza maligniteta potvrdi histopatološkim pregledom materijala dobijenog biopsijom.

Poznato je da mnogi faktori mogu imati značaja za procenu tačnosti dijagnoze: inflamatorni i degenerativni procesi u vagini i na grliću, neuravnotežen hormonski status, godine starosti i dr. Zato se dešava da se III Papanicolaou grupa vaginalnog sekreta najčešće nalazi kod žena koje su prešle klimakterijum, odnosno kod kojih je smanjena produkcija ovarijalnih hormona, što se odražava na epitelu endometrijuma, endo i egocerviksa i sluzokoži vagine. Značajno je utvrditi da ne postoji zapaljenjski proces: colpitis, endocervicitis endometritis, jer može komplikovati metodu. Svaki sumnjiv nalaz treba ponoviti posle sanacije zapaljenjskog procesa ili, korekcije hormonskog stanja. U stvari to su najčešći slučajevi u kliničkoj praksi. Kod mnogih žena suspektan nalaz vaginalnog ili cervikalnog razmaza po izlečenju colpitis, endometritis ili cervicitis prelazi u I ili II grupu /sreće se kod III grupe vaginalnog sekreta, kod žena posle klimakterijuma bez malignog procesa odnosno u senijumu zbog istanjenih slojeva cervikalne sluznice, usled nedovoljne hormonske stimulacije/.

Radi ilustracije navešću primer gde mi je 1960 godine, naš kolega doveo majku radi pregleda sa nalazom IV grupe Papanicolao. Kliničkim nalazom neđeno je da postoji senilni kolpit koji je posle odgovarajuće terapije saniran i posle ponovnog pregleda Papanikollu bio II grupa. Sa ovakvim slučajevima susretao sam se više puta. Međutim, potrebno je i ovde koristiti druge dijagnostičke postupke kao kolposkopiju i biopsiju, odnosno frakcioniranu i eksplorativnu kiretažu.

Vrednost citološke dijagnostike u rukama pravog kliničara može se vi deti i na sledećem primeru bolesnice iz Smederevske Palanke, koju je tada lekar opšte prakse, a sada poznati ginekolog iz Beograda uputila jednoj ginekološkoj ustanovi zbog promena grlića materice i nalaza IV grupe Papanicolao. U toj ustanovi kompetentan ginekolog uzeo je isečak sa grlića materice i vratio bolesnicu sa negativnim nalazom. I pored terapije stanje se nije promenilo te lekarka ponovo šalje bolesnicu sa IV grupom ginekologu, koji ponovo uzima biospiju i opet vraća bolesnicu sa negativnim nalazom kao rešen slučaj za lečenje cervicita. Lekarka, nezadovoljna rezultatom i na osnovu kliničkog nalaza i nalaza Papanicolao i dalje ostaje sumnjičava, menja ginekologa i ustanovu i bolesnicu šalje u ustanovu gde sam radio. Bolesnica operisana-amputacija grlića materice, a u histološki pregledanom materijalu nađen invazivni karcinom grlića materice, zbog čega je posle urađena proširena Wertheim Meigs ova hysterectomija. Bolesnica je više godina kontrolisana.

Pregled cervikalnog razmaza po metodi Papanicolao ima veliki značaj, pa na primeru jedne koleginice ilustruje to svojstvo. Koleginica dovodi rođaku na rutinski pregled, ali se ginekološki i citološki ništa ne nalazi. Međutim, pregledom koleginice pomoću spekulum zapazio sam na spoljaš-

njem ušću cerviksa eritroplakičnu promenu i načinio cerviklani bris. Rezultat je bio IV grupa. Na kontrolnom pregledu uzeo sam isečak sa eritroplakije i dobio mikroinvazivni karcinom. Lekarka je operisana radikalnom hysterectomijom i posle 12 godina ona je u dobrom stanju.

Pregled cervikalnog razmaza može da pruži izvanrednu informaciju i kod gravidnih žena, pod uslovom da je citologu dostupna klinička dijagnoza postojećeg graviditeta. Zahvaljujući ovoj metodi a često u kombinaciji sa colposkopijom /metode nisu konkurentne! / može se kod bremenitih žena sa klinički sumnjivim promenama na grliću materice doći do rezultata i zauzimanje odgovarajućeg stava u datoj situaciji: stav iščekivanja uz kliničku kontrolu i citološku, uzimanje biopsije, operacija konizacije, kao prelaznog ili završnog operativnog postupka ili radikalnom operacijom.

Vrlo je ilustrativan primer lekarka koja se po udaji u V mesecu trudnoće javila sa sumnjivim nalazom cervikalnog brisa. Lekar koji ju je uputio, bio je u dilemi i tražio našu konsultaciju. Kako je bila u pitanju mlada žena koja dotle nije rađala, odlučili smo se za konizaciju i nastavljajanje bremenitosti uz stalnu kontrolu trudnoce i trudnoće. Uz konizaciju u istom aktu urađena je i Cerclage. Na preparatima dobijenim iz odstranjenog cervikalnog konusa nađen je preinvazivni karcinom bez znakova infiltracije. Trudnica je iznela trudnoću do kraja i rodila zdravo novorođenče sposobno za život.

Na žalost kod druge trudnice gde smo u pravoj trudnoći sačuvali matericu, u drugoj se nalazom Papanicolao nađe IV grupa i histološki preinvazivni karcinom, te je učinjena radikalna histerektomija.

Svi ovi primeri ilustruju trijažu vrednost citologije, ali i ukazuju da dobar, iskusan citolog neće imati lažno

poutivne ili negativne rezultate ako u svom radu kombinuje druge dijagnostike metode uz mogućnost da mu se prezentuju svi važni podaci o lokalnom i opštem stanju bolesnice. Svaka-ko, citološka dijagnostika ima ograničenu vrednost u postavljanju definitivne dijagnoze. Međutim, citološka dijagnostika je rutinska metoda: materijal uvek dostupan, ponavlja se

mnogo puta, može se raditi i na terenu, jeftina, neagresivna i u rukama ginekologa citologa pruža najveće mogućnosti za rano otkrivanje malignih promena kod ženskih genitalija. Zakonska obaveza da se u ranom otkrivanju malignih promena ženskih genitalija obavezno pregleda i po metodi Papanikolau, potvrđuje naučnu valjanost ove metode.

CITOLOGIJA U SAVREMENOJ DIJAGNOSTICI PATOLOŠKIH STANJA ČOVEKA

Stanoje Pavlović

Ginekološko-akušerska klinika Medicinskog fakulteta u Nišu

Istorijski osvrt

Da bi se sagledao značaj citologije u savremenoj medicini korisno je razumevanje njene prošlosti, koja počinje istovremeno sa konstruisanjem mikroskopa, jer ćelija kao mali objekt nije mogla biti proučavana bez mogućnosti uvećavanja. U Holandiji i Rimu počelo je prvo korišćenje mikroskopa oko 1590. godine, a primena u medicini početkom 17. veka. Uvećanje je bilo do 32 puta i jedva su se videli korpuskularni elementi krvi.

Sa opisom deskvamativne ćelije počeo je Fontana 1767. Po njemu to je bila „globula koja sadrži u srednjem delu malo telo išarano u sredini“, a posle 60 godina dat je naziv nukleus i nukleolus. Bichat u svom kratkom životu od 32 godine (1802) uveo termin „tkivo“ i konstatovao da je filament (ćelija) osnovni činilac veziva (tkiva) i da se organ sastoji od nekoliko tkiva. Lebert 1845. izdaje atlas sa crtežima ćelije. Pouchet 1847. opisuje ćelijske promene vaginalnog epitela za vreme menstruacije. Schwann i Schliden 1838. i Gluge 1839. daju konstrukciju transformacije maligne ćelije. Stanley 1833. punktira jetru u dijagnostičke svrhe.

Purkinje 1839. upotrebljava termin „protoplasma“. Remak 1852. objašnjava deobu ćelije. Histološku dijagnozu maligniteta prvi plasira Muller 1830., a njegov učenik Virchow publikuje 1858. „Die Cellular-Pathologie“. Citologija se intenzivno koristi u kliničke svrhe. Počelo je sa proučavanjem krvi (1673.). Aspiraciona citologija počela je 1833. Ćelije želudačne sekrecije posmatrane su 1841. Ćelije nosa i vagine 1845. Iste godine vršeno je ispitivanje efuzija. Ćelije uterusa 1847. Tumorske ćelije, direktno uzimane, proučavane su 1859. Ćelije sputuma 1860. Iz mokraće su mikroskopski posmatrane 1864. Proučavanje cerebrospinalne tečnosti počelo je 1904. godine (Hajdud, 1977). Osamdeset narednih godina, iz godine u godinu, činjen je ogroman progres na polju citologije, naročito u periodu doba Papanicolaou-a, njegovog produktivnog perioda (1923.—1962.) za citologiju, kada je napisao više publikacija, koje po svojoj sadržini i kvalitetu predstavljaju još uvek savremen tekst za literarnu edukaciju, kako u fundamentalnom tako i u kliničkom citološkom istraživanju.

Primena kliničke citologije

U kliničkoj praksi citologija danas a izuzetan značaj. Sa svih sistema, ina, tkiva ljudskog tela, raznim

nom uzima se citološki materijal, koji se istražuje. Najčešće to biva sa čestim uzimanjem epitela, upravo sa epitelom koji se uzima sa spoljašnom sredinom i lako se može doći do njega.

1. Ženski reproduktivni trakt

Ćelije epitela ženskog reproduktivnog trakta su najpristupačnije za dobijanje i ispitivanje u odnosu na epitel drugih sistema do koga se dolazi komplikovanim procedurama. Epitel genitalnog trakta je najosetljiviji na akcije seksualnih hormona i pogodan za proučavanje hormonskih zbivanja, pa i retrospektivnom zaključku o hormonskom stanju. Mada postoji savremena oprema za precizno doziranje seksualnih steroida vaginalni epitel je jedini biološki dozimetar za prisustvo seksualnih steroida. Pristupačnost genitalnog epitela, omogućuje citološku i kliničku komparaciju i proveru, te je i to jedan od razloga najčešće primene.

Vaginalna citologija se koristi u dijagnostičke svrhe kod neonatusa, odojčeta, pre i u toku puberteta, u reproduktivnoj fazi života, u menopauzi i senijumu, dakle u čitavom životnom periodu i to kao biološki pokazatelj hormonskog statusa seksualnih steroida, kako u trudnoći tako i van nje. Vaginalni bris je dobar orijentir za procenu vrste i intenziteta infekcije i inflamacije: pored trihomonasa, koji je u vagini često prisutan, nalazimo i uzročnike kvasaca, bakterije, jaja pa i same parazite.

I pored pouzdanih dijagnostičkih mogućnosti, prisutnih u malom broju medicinskih centara Srbije, široku primenu ima vaginalna citologija u dijagnostici hormonskog stanja trudnoće. Citologija doprinosi da procenimo ishod ugroženih trudnoća: pobačaja, vanmateričnih trudnoća, hormonski insuficijentnih podmaklih trudnoća,

prenesenih trudnoća. Poseban značaj ima citologija amniotske tečnosti u proceni zrelosti ploda.

Izuzetno važno mesto ima citologija u dijagnostici i praćenju trofičnih i proliferativnih promena na epitelu vagine i uterusa. U mogućnosti smo da citološki odredimo stepen intenziteta promena na skvamoznom i cilindričnom epitelu, kako premalignih tako i različitog intenziteta malignosti na epitelu vagine, endocerviksa i endometrijuma.

Citološkom ekspertizom vaginalnog brisa možemo otkriti opšta oboljenja organizma, kao što je perniciozna anemija, leukemije i druga.

2. Respiratorni trakt

Citologija se koristi u cilju provere kliničke dijagnoze, a mnogo više kao skrining metoda kod svih visoko rizičnih bolesnika sa disfagijom, krvavljenjem i drugim neodređenim tegobama nazo-ora-faringealne regije. Uzimanje brisa se lako podnosi a preparat je redovno kvalitetan za procenu, a materijal ako je obilno dobijen pogodan je kako za citološku tako i za histološku analizu.

Dobijanje materijala može biti agresivnim i neagresivnim načinom. Ako se homogenizacijom i centrifugisanjem ispljuvka ne dobije materijal u klinički suspektim slučajevima mora se pristupiti endoskopiji, a zatim brisanju, ispiranju i aspiraciji iz dostupnih plućnih puteva ili pristupiti direktno punkciji tumorske mase.

Citološki nalazi mogu biti benigni: pneumonija, bronhitis, hemoftizije, abscesus i druge promene, koje se citološki mogu dijagnostikovati. Međutim, svrha citologije je u ispitivanju prirode tumorskih procesa. Za iskustvenog citologa neće biti teško da postavi dijagnozu skvamoznog karcinoma; krupno i sitno ćelijskog nediferentova-

nog karcinoma; acinusnog adenokarcinoma; bronhoalveolarnog i adenoskvamoznog karcinoma. Korelativne citološke i histološke vrednosti su veoma visoke (do 95%) (Greenbann et All, 1984; Linsk, Franzén, 1983; Pavlović, 1970; Wied, 1984).

Pleuralne izlive ako nisu kardijalnog, hepatičnog ili bubrežnog porekla potrebno je citološki ispitati. Ako se ne radi o inflamativnim promenama, koje su češće, ređe ćemo naći primarni ili sekundarni proliferativni maligni proces. U većini takvih slučajeva torakalna punkcija može, uz rentgenski snimak, zameniti torakoskopsku biopsiju, koja je znatno agresivnija metoda.

3. Gastrointestinalni trakt

Od oralnog do analnog prostora gastrointestinalni trakt je podložan citološkom ispitivanju, međutim, ono se najviše koristi za jednjak, želudac i debelo crevo, gde su promene i najčešće. Citološko ispitivanje želudačnog epitela je od posebnog značaja.

Materijal za citološko ispitivanje želuca dobija se endoskopijom ili lavažom. Endoskopski sumnjiva sluznica se obriše (očetka) ili se ispere pa se aspiriše. Ispiranje želuca se vrši tubusom, pošto se prethodno njime evakuiše sadržaj, a zatim se fiziološkim ispere sluznica, sadržaj aspiriše i centrifugisanjem se dobije materijal za citološko ispitivanje. Kod malignih proliferacija dobije se obilan materijal koji se može koristiti i za histološko ispitivanje.

Citološkim ispitivanjem mogu se konstatovati inflamativne promene i patološke proliferacije. Maligne proliferacije su skvamoznog porekla sa jednjaka i žlezdanog porekla sa želuca — adenokarcinom. Ostali deo intestinalnog trakta, ako je maligno alteri-

san, najčešće je u pitanju epitel, to jest, karcinom žlezdanog porekla.

Maligne ćelije u želudačnom sadržaju ne moraju uvek biti sa jednjaka ili želuca. Mogu se naći iz respiratornog trakta gutanjem.

Irigoskopijom i direktnim uzimanjem materijala ili lavažom debelog creva i centrifugisanjem ispirka dobija se citološki materijal maligno alterisanog epitela i u slučajevima vizuelno neuočljivim, kao što je kod intraepitelijalnih malignih promena, što citologiji daje prednost nad drugim metodama (Pavlović, 1970).

4. Urinarni trakt

Postoji realna mogućnost da se dijagnostikuje karcinom mokraćne bešike pre no što se pojave klinički znaci. To se čini kod karcinoma vrata materice ako se sumnja na propagaciju. Mi to koristimo posle zračne terapije koja često ošteti bešiku te se ne zna kakve je vrste oštećenje — evolucija malignog procesa ili iradijaciono oštećenje bešične sluznice. Citologija je arbitar u tome.

Preparat za citološku ekspertizu priprema se posebnom procedurom (Pavlović, 1970), koju treba korektno primeniti da bi preparat bio čitak. Ćelije epitela deskvamisane i dobijene iz urina centrifugisanjem često su mehanički izmenjene, pogotovu ako postoji i inflamacija, što je veoma često. Za dijagnostikovanje karcinoma bešike važne su krupne multinuklearne ćelije, zgužvanog hromatina, nepravilnih ivica, sa svim kriterijumima za malignitet. Treba imati u vidu nešto različit epitel u predelu trigonuma od ostalog bešičnog epitela, što se odražava i na kvalitet malignih ćelija.

Tumore uretera teže možemo otkriti, jer obično ureter obturisan i eliminacija deskvamisanih ćelija umanjena. Tumori bubrega nisu pogodni

za citološko ispitivanje urina, to se čini direktnom punkcijom tumorske mase i aspiracijom.

5. Cerebrospinalna tečnost

Citologija cerebrospinalne tečnosti (CST) koristi se veoma mnogo poslednjih godina. Njena vrednost se u 90% poklapa sa renalnom vrednosti postojećeg stanja. U nekim slučajevima inflamacije dijagnostika takve vrste je jedina i apsolutna. Primenuje se od prvih dana života novorođenčeta pa do duboke starosti kada god postoje simptomi i znaci za neurološke ispade.

Sve akutne i hronične inflamacije cerebrospinalnih prostora, svi neurološki ispadi koji ukazuju na traumatske promene, kao i simptomi i znakovi koji ukazuju na mogućnost primarnih ili sekundarnih tumorskih proliferacija su indikacija za citološko ispitivanje CST. (Bigner, Johnston, 1984; Rozenthal, 1984; Willems, Willem-Alva, 1984).

Cerebrospinalni prostori su pogodni za diseminaciju nekih primarnih malignih proliferacija: sa pluća u 20–40%; sa dojke 15–20%, sa primarnog malignog melanoma više od 50%. I mnogi drugi primarni maligni tumori sa različitih organa mnogo češće metastaziraju u cerebrospinalne prostore no što se to misli i što može klinički da se otkrije, te svaka sumnja na to zahteva citološko ispitivanje CST, kako bi se primenila dodatna hemio ili zračna terapija.

U nekim, veoma retkim, slučajevima vrši se direktna punkcija i aspiracija tumorske mase, bez obzira na lokalizaciju, jer je to jedina dijagnostička mogućnost.

6. Citologija peritonealne tečnosti

Peritonealna tečnost oblaže abdominalnu duplju između dva peri-

tonealna lista — visceralnog i parijetalnog. U toj tečnosti, bilo da je u fiziološkim ili patološkim količinama, sadrži citološke elemente na osnovu kojih postavljamo dijagnozu procesa — inflamativnog ili proliferativnog.

Citološki materijal dobijamo punkcijom trbušne duplje, lavažom, aspiracijom i centrifugisanjem, dok tamo gde postoji ascit tu punktiramo i aspirišemo. Punkcija se vrši preko trbušnog zida, a kod žena i preko duglasovog prostora. Ako smo otvorili trbuh i naišli na suspektan klinički nalaz ali bez mogućnosti uzimanja biopsije uradićemo ispiranje određenih prostora: duglasovog; sigmoidalnog; desnog parakoličnog; subfreničnog i ispirak aspirisati i centrifugisati.

Kod primarnog karcinoma ovarijuma i malignog mezotelioma maligne ćelije će se naći u slobodnoj trbušnoj tečnosti na samom početku procesa, a kod drugih trbušnih organa i epitela digestivnog trakta tek kada probije serozu i počne deskvamacija.

Raspoznavanje normalnih mezotelijalnih ćelija od malignih deskvamsanih sa nekog organa nekada može predstavljati poteškoće. Pogrešno pozitivne citološke dijagnoze su moguće kada se hiperplastične i hipertrofične mezotelijalne ćelije, nastale usled peritonealne inflamacije ili ektopične trudnoće, zamene malignim. Reaktivne mezotelijalne ćelije mogu imati morfološke atipije ali ne i maligne kriterijume i umešnost u prepoznavanju predstavlja citološku nadgradnju. Određivanje karaktera mezotelijalnih ćelija biva posebnim histohemijskim reakcijama (Pavlović, 1970; Triol, Conston, Chandler, 1984; Willems, Willems-Alva, 1984).

7. Citologija dojke

Citologija dojke ima danas vidno mesto u detekciji malignih obolenja. Opala je bojaznost da takva manipu-

lacija može pospešiti diseminaciju kancerskog procesa i takav zahvat se smatra danas rutinskim. Dijagnoza se postavlja i terapija određuje citološkim pregledom kod bolesnika čije opšte stanje ne dozvoljava hiruršku intervenciju.

Do materijala za citološko ispitivanje dolazi se izcedkom iz dojke; punkcijom i aspiracijom, tehnikom kojom se dobiju fragmenti tkiva, povoljni i za histološku procenu. Cistične formacije u parenhimu dojke punktiramo, sadržaj aspirišemo i centrifugisanjem odvojimo i talog redovno citološki pregledamo. Kod Pedžetove bolesni materijal uzimamo direktno sa tumorske mase.

Morfologija kancerskih ćelija dojke je standardna. Ako proces potiče sa izvodnih kanala ćelije su skvamoznog porekla sa svim kriterijumima malignosti takvog epitela, dok, ako su polazne ćelije malignog procesa žlezdanog epitela aspirisane ćelije biće adenokarcinomskog tipa (Lazarević, Katatikarn, Marks, 1984; Pavlović, 1970).

8. Aspiraciona citologija tumorskih masa

Pola veka se primenjuje kao proverena metoda. Nema tkiva i organa gde se do sada sa uspehom nije koristila u dijagnostifikovanju proliferativnog procesa raznih organa i tkiva: dojke; pluća; timusa; pljuvačne žlezde; karotidnog tela (uz veliki rizik lezije krvnih sudova); limfnih žlezdi; mekih tkiva; tireoide; jetre; nadbubrega; bubrega; pankreasa (pod ultrazvukom ili kompjuterskom tomografijom); prostate i najzad uz veliku opreznost i mozak. Ne preporučuje se punkcija i aspiracija kod primarnih tumora testisa, primarnih malignih melanoma kože i nekada adenomioznih tumora pelvisu (Bigner, Johnston, 1984; Linsk, Franzén, 1983; Wied, 1984).

9. Posleiradijaciona citologija

Radijaciona terapija izaziva promene na ćelijama i tkivima izloženim njenom dejstvu. Te promene su upravo srazmerne količini i dužini tretmana i odigravaju se kako na malignim tako i na benignim ćelijama, u nešto različitom kvantitetu i kvalitetu. Promene su atipične i nedovoljno diferentovane i stvaraju teškoće u pouzdanoj dijagnostici. Teškoće će biti manje ukoliko je strpljenje i iskustvo citologa veće.

Posleiradijaciono citološko ispitivanje indikovano je kod ozračenih organa sa sumnjom na i dalju evoluciju malignog procesa kako bi se produžila zračna ili uvela hemioterapija. Ovaj način mi koristimo u posleiradijacionom periodu bolesnica sa karcinomom vrata materice, gde se formiraju parametralni infiltrati da bismo konstatovali evoluciju kancerskog procesa ili fibrozu kao posledicu ozračenja (Pavlović, 1970).

Diskusija

Citologija kao metoda korisna u medicini preživela je pola veka intenzivne primene. Negde je korisna a negde neophodna i jedina, tamo gde do materijala za histološku analizu ne možemo doći. Gde god je moguće treba uzeti dovoljan biopsijski materijal, jer histološka arhitektura materijala dobijenog kojim drugim putem nije tako kvalitetna kao što je to ciljana biopsija.

Dobijen citološki materijal može nam poslužiti za grubu orijentaciju ali ne i za klasifikaciju, kao što to činimo sa histološkom ekspertizom.

Samo pozitivan citološki nalaz daje realnu informaciju, dok negativan ne isključuje malignost, po gotovu, kod aspiracionog materijala.

Nedostatak je što često pri ispitivanju, naročito u eksfolijativnoj cito-

logiji, vidimo ćeliju i njene morfološke kriterijume a ne strukturu rasporeda i ukotvljenje.

U mnogim slučajevima, naročito aspiracione citologije, nalaz se interpretira pogrešno, pošto ima benignih tumora sa pleomorfičnim i atipičnim ćelijama i malignih procesa sa monomorfičnim izgledom ćelija. U takvim slučajevima samo široko uzeta biopsija može razjasniti karakter procesa, naravno, ukoliko je moguće uraditi je!

Prava vrednost citološke dijagnostike stećice se kada joj se priđe bez skepticizma ili entuzijazma, već sa punim kritičnim stavom da neke kontraverzne okolnosti ne mogu brzo izčeznuti. U našem tridesetogodišnjem radu na problematici eksfolijativne i aspiracione citologije, bilo u smeru dijagnostike ili edukacije i poslediplomskog usavršavanja kadrova ili, pak, u literarnoj obradi ove medicinske discipline maksimalno smo se trudili da što manje prostora ostavimo za pogrešne procene, imajući uvek u vidu realnu vrednost svih dijagnostičkih metoda u medicini, pa i citologije.

Literatura:

1. **Bigner H S, Johnston W W** (1984): The Diagnostic Challenge of Tumors Manifested Initially by the Shedding of Cells into Cerebrospinal Fluid. *Acta Cytologica*, 28, 1, 29.
2. **Greenebaum E, Schreiber K, Shu Y—J, Kos I** (1984): Use of the Esophageal Balloon in the diagnosis of Carcinomas of the Head, Neck and Upper Gastrointestinal Tract. *Acta Cytologica*, 28, 1, 9.
3. **Hajdu I S** (1977): Cytology from Antiquity to Papanicolaou, *Acta Cytologica*, 21, 5, 668.
4. **Lazarević B, Katatikarn V, Marks R** (1984): Primary Squamous Cell Carcinoma of the Breast. *Acta Cytologica*, 28, 3, 321.
5. **Linsk J, Franzén S** (1984): Clinical Aspiration Cytology. J. B. Lippincott, Philadelphia
6. **Pavlović S** (1970): Osnovi eksfolijativne citologije. Univerzitet u Nišu
7. **Pavlović S** (1980): Citopatologija ženskih genitalija. Institut za dokumentaciju „Edvard Kardelj“, Niš
8. **Rozenthal D** (1984): Cytology of the Central Nervous System. S. Karger, Basel
9. **Triol J, Conston A, Chandler S** (1984): Malignant Mesothelioma, *Acta Cytologica*, 28, 1, 37
10. **Wied G** (1984): Aspiration Biopsy Cytology. *Acta Cytologica*, 28, 3, 195
11. **Willems J, Willems-Alva J** (1984): Accuracy of Cytologic Diagnosis of Central Nervous System Neoplasms in Stereotactic Biopsies. *Acta Cytologica*, 28, 3, 243
12. **Ziselman E, Harkavy S, Hogan M, West W, Atkinson B** (1984): Peritoneal Washing Cytology. *Acta Cytologica*, 28, 2, 105

MUTACIJE GENA KAO PROMENE KOJE SE NE VIDE NA HROMOZOMIMA I NASLEDNE BOLESTI

Veljko Pavlović

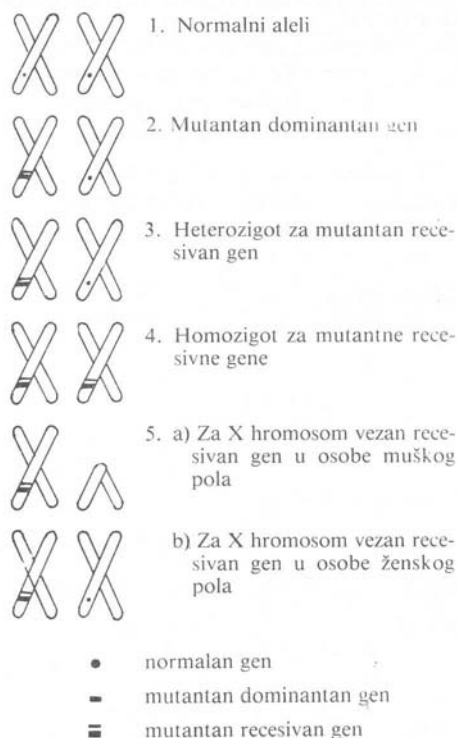
Tehnološki fakultet u Leskovcu

Otkrića genetike se sve više primenjuju u pojedinim kliničkim disciplinama i u opštoj lekarskoj praksi za dijagnozu, prevenciju i lečenje urođenih bolesti i sindroma. Na osnovu poznavanja medicinske genetike moguće je objasniti prirodu raznih malformacija. Malformacija je odudaranje od onog što je normalno za organizam tj. od normalne strukture, oblika i funkcije jednog ili više organa. Kongenitalne malformacije su irverzibilne posledice poremećaja embrionalnog razvoja.

Potrebno je uvesti genetičko savetovanje u medicinskim institucijama i u ustanovama za bračno savetovanje. Cilj genetičke konsultacije je da se spreči rađanje dece sa teškim kongenitalnim malformacijama koje se ne mogu lečiti. Sklapanje brakova u bliskom srodstvu (inbriding) ima kao posledicu pojavu recesivnih homozigota sa degenerativnim osobinama. Za mnoge malformacije su pored kliničkih neopходna i dopunska ispitivanja, citogenetička, biohemijska i druga.

Porodična anamneza ima naročiti značaj za davanje genetičkih uputstava. Dobijeni podaci se crtaju u obliku rodoslovnog stabla sa posebnim simbolima koji označavaju pol, zdravu ili bolesnu osobu, spontane abortuse, mrtvorodenu i rano umrlu decu, blizance, krvno srodstvo. Pored rodoslovnog stabla, podaci o članovima porodice mogu se prikupiti upitnikom

koji popunjavaju osobe pri genetičkom savetovanju. Za dobru genetičku informaciju su potrebni dobri podaci o rodoslovnom stablu jedne porodice. Za neke urođene anomalije potrebno je izraditi rodoslovno stablo za veći broj članova porodice koji su bliže ili dalje srodni i u više generacija. Izrada rodoslovnog stabla može poslužiti za predviđanje pojave bolesti u sledećim generacijama u datoj porodici. U ovim predviđanjima polazi se od genetičkih zakonitosti koje je otkrio Gregor Mandel vršeći eksperimente sa biljkama. Analogno boji cvetova kod graška koja se prenosi s jedne na drugu generaciju preko materijalnih „faktora koji su nazvani genima, slično je dokazano kod životinja i čoveka. U svakom paru hromozoma čoveka jedan hromozom i geni koji se u njemu nalaze potiču od gameta majke a drugi od gameta oca. Geni koji se nalaze na dva homologa hromozoma na dva ista mesta zovu se aleli. Poznato je da od 23 para hromozoma 22 su homologi (autozomi), a jedan par su polni hromozomi i u ženskom polu su XX a u muškom XY. U autozomnim hromozomima dva gena, od kojih jedan potiče od oca a drugi od majke, mogu biti jednaka pri čemu je osoba homozigotna za jednu osobinu, normalnu ili abnormalnu, a koju određuju ovi geni. Ako su oba gena normalna, osobina koju determinišu takođe će biti normalna (sl. 1, tačka 1). Kad su oba ge-



Sl. 1 — Shematski prikaz gena kao osnove nasleđa

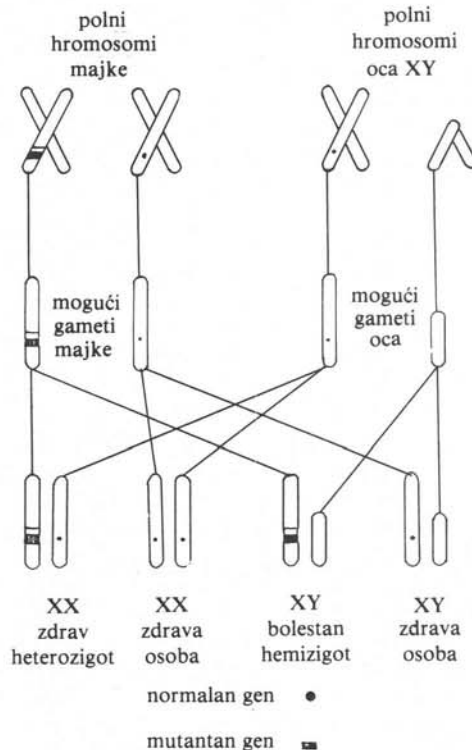
na izmenjena (mutantna), nastaje promena osobine koju determinišu. Izmenjena osobina (mutacija) može biti normalna što čini osnovu evolucije, ili je to poremećaj koji dovodi do malformacije (sl. 1, tačka 4).

Oplodena jajna ćelija (zigot) koja predstavlja potencijalnu jedinku može biti heterozigot ili homozigot. U heterozigote aleli su nejednaki. Jedan alel može biti normalan a drugi mutantan. Ako je u pitanju autozomno dominantno nasleđivanje, mutirani gen izražava svoje dejstvo u osoba koje su heterozigotne. Pošto je mutirani gen abnormalan, izazvaće naslednu malformaciju (sl. 1, tačka 2). Kod autozomno-recesivnog nasleđivanja abnor-

malan gen ne izaziva poremećaj ako je prisutan samo u jednom alelu (sl. 1, tačka 3). Recesivan abnormalan gen u heterozigotnom stanju ne ispoljava svoje dejstvo. Ovaj gen će ispoljiti svoje dejstvo samo ako je prisutan na oba alela. U ovom slučaju je homozigotno recesivno stanje (sl. 1, tačka 4).

Za razliku od gena u autozomnim hromozomima, geni u polnim hromozomima osobe muškog pola (XY) imaju poseban položaj, jer ove osobe imaju samo jedan X-hromozom (sl.1, tačka 5a). Recesivno mutirani gen na X-hromozomu kod muškaraca fenotipski ispoljava svoje dejstvo, jer su ove osobe uvek homozigoti za recesivno mutirajući gen (sl. 5a). Time se i objašnjava pojava hemofilije i daltonizma kod sinova a njihovo odsustvo kod kćeri. Žensko potomstvo je heterozigotno za recesivno mutirajući gen na jednom X-hromozomu (sl. 1, tačka 5b). Karakteristike determinisane genima koje su vezane za polni X-hromozom, mogu biti dominantne ili recesivne. Određena je lokacija za oko 60 gena na X-hromozomu. Većina ovih gena su recesivni i determinišu bolesti napr. hemofiliju i daltonizam. Pošto muškarci imaju u svom kariotipu samo jedan X-hromozom, mogu imati samo jednu genetičku konstituciju i to homozigotnu, bez obzira da li je gen na X-hromozomu dominantan ili recesivan. Specifična karakteristika dominantnog ili recesivnog nasleđivanja vezanog za X-hromozom jeste odsustvo nasleđivanja s oca na sinove. Ovo je zbog toga što se očev hromozom X ne prenosi na sinove već na kćeri (sl.2). Ako je kod majke na jednom X-hromozomu recesivno abnormalno mutirao gen, biće zdrava. Ona svoj mutirani gen prenosi 50% na svoje kćerke i sa istim procentom na sinove (sl. 2). Ako je otac zdrav za odgovarajući gen, sva ženska deca će biti zdrava, bez obzira da li su od majke nasledila normalan ili abnormalan gen na X-

hromozomu. Ženska deca koja naslede abnormalan gen prenošiće ga kao i njihova majka na potomstvo 50%. Sinozi koji naslede od majke abnormalan recesivan gen na X-hromozomu oboljevaju, jer na svom Y-hromozomu nemaju normalan alel. Oni su hemizigoti (sl. 2).

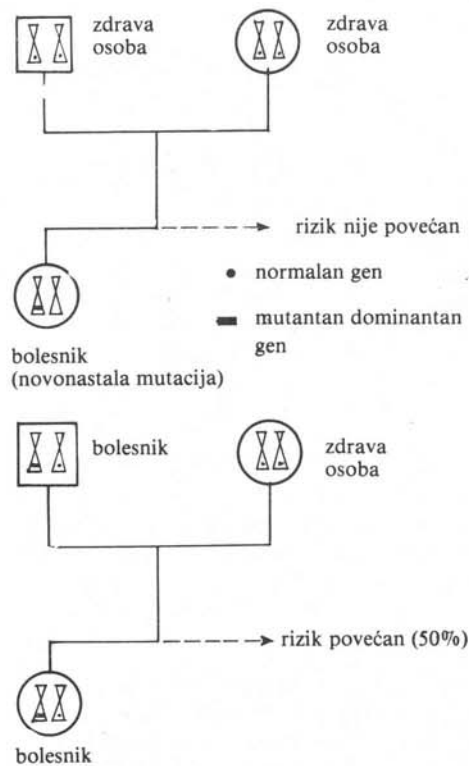


Sl. 2 — Shema prenošenja mutantnog gena u X-hromozomu preko gameta majke

Ako gen dominantno mutira na jednom od autozoma jednog roditelja, onda u ovom slučaju dominantno mutirani gen biće prenešen s roditelja na decu kroz dve ili više generacija na 50% potomaka (sl. 3 II). Kod 50% potomaka fenotipski se ispoljava anomalija izazvana autozomno-dominantno mutiranim genom. Odigrala se dominantna mutacija gena na autozomu u

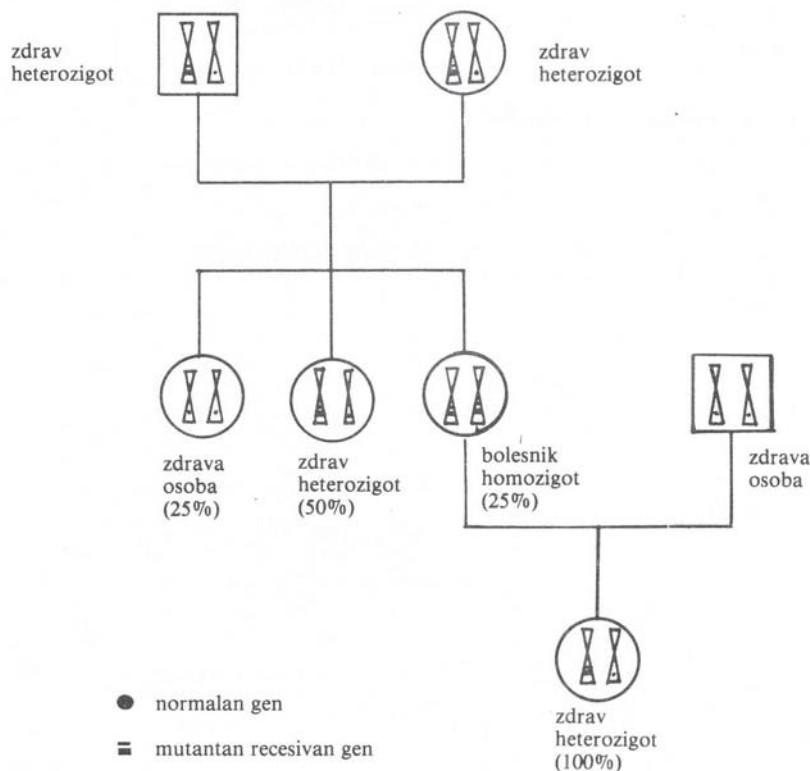
gametu jednog roditelja (sl. 3, I). Ukoliko bolesnik (mutant) doživi odraslo doba i bude fertilan, svoj mutirani gen tj. svoju malformaciju preneće na svoje potomstvo 50% (sl. 3, II).

Roditelji koji imaju po jedan abnormalan recesivan gen na autozomi-



Sl. 3 — Shema za autosomno dominantno nasleđe, kada mutantan dominantan gen ima potpunu ekspresiju i penetraciju

ma, a drugi alel normalan, jesu zdravi heterozigoti (sl. 4). Njihovi potomci će biti: 25% zdrave osobe (homozigoti sa dominantnim svojstvom), 25% bolesne osobe (homozigoti sa recesivnim svojstvom) i 50% zdrave osobe (heterozigoti sl. 4). Deca sa kongenitalnim malformacijama imaju na svojim autozomima dva mutantna recesivna gena koja su nasledila od zdra-



Sl. 4 — Shema za autosomno recesivno nasleđe

vih roditelja. Roditelji su zdravi, jer su heterozigoti za recesivno mutirani gen. Bolesna deca su nasledila od svojih roditelja po jedan abnormalan gen.

U najnovije vreme su sve češće mutacije u ljudskim populacijama kao i hromozomske aberacije izazvane hemijskim i fizičkim mutagenima, što dovodi do čestih rađanja nakaza i dece sa teškim naslednim oboljenjima. I mnogi lekovi koji se koriste u dijagnostici i lečenju deluju mutageno. Čak i slabe doze nekih lekova kada se stalno nagomilavaju mogu uvećati frekvenciju mutacija. Iz ovog razloga lekove treba genetski testirati i ustanoviti da li deluju ili ne deluju muta-

geno i koje su posledice ovog dejstva.

Stanje čovekove prirodne sredine sredine i mogućnosti korišćenja postojećih prirodnih izvora za egzistenciju ljudi u tesnoj je vezi sa genetičkim problemima. Očigledno je, da organski svet danas živi u sredini u kojoj sve više ima hemijskih, fizičkih i bioloških mutagena. Ako bi postojeće ekološke probleme posmatrali i rešavali odvojeno od genetičkih, onda bi teško mogli zamisliti čovekovu perspektivu u svetu u kome bi počele da se masovno degenerišu plemenite sorte biljaka i rase životinja, a u okviru čovekove vrste bi se sve češće rađali fizički i mentalni bogalji.

LITERATURA

1. **JAMES W** (1977): Molekularna biologija gena. Naučna knjiga, Beograd.
2. **KORAĆ D** (1980): Medicinska genetika u kliničkoj praksi. Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb.
3. **KUSICK A** (1968): Humana genetika. Medicinska knjiga, Beograd.
4. **MORIĆ-PETROVIĆ S** (1975): Hromozomska anomalija čoveka - Daunov sindrom. Zavod za mentalno zdravlje, Beograd.
5. **MARKOVIĆ V** (1971): Urođene abnormalnosti hromozoma u čoveka. Savremena biologija, br. 6,15-18.
6. **NEDOK A** (1971): Polni hromozomi u humanoј citogenezi. Savremena biologija, br. 8,5-9.
7. **SPASOJEVIĆ S** (1973): Čovek i životna sredina s genetskog aspekta. Savremena biologija br. 16,15-17.

APROKSIMALNA ESTETSKA KUKICA

Ljiljana Tričković-Mitrović, Miroslav Todorović

Medicinski centar „Moša Pijade“ Leskovac Zavod za stomatologiju

Kontroverzni aksiom protetike: uložiti maksimum rada i stručnosti u kreiranje jednog rada koji, ako smo uspjeli, treba da ostane potpuno neza-
pažen, stavlja nas pred mnogo zago-
netki kod planiranja parcijalnih
proteza.

Rehabilitacija krezubih pacijenata
pokretnim parcijalnim protezama ima
za cilj obnavljanje izgubljenih funkci-
ja ali je takođe i terapeutsko profi-
laktičko sredstvo.

Da bi parcijalna proteza obavila
zadatak koji se pred njom postavlja,
mora se voditi računa o retenciji, sta-
bilizaciji, prenosu pritiska žvakanja,
kao i estetskom rešenju problema.

Zbrinjavajući pacijente sa delimič-
nim gubitkom zuba, rešavanjem os-
novnih postulata, dolazimo i do za-
datka rešavanja veće vidljivosti reten-
cionog sistema parcijalnih proteza.

Retencioni sistem uopšte, a posebno
njegova vidljivost, veliki je nedostatak
pri estetskom rešavanju, pa ga je
neophodno maskirati ali tako da se
njegova biostatička vrednost ne uma-
nji. Duže vremena, sa manje ili više
uspeha, postoji pokušaj rešavanja
ovog problema: (Kemeny-eva dento-
alveolarna kukica; aproksimalna kuki-

ca po Petroviću; oralna kukica po
Branovačkom; teleskop sistem; sve do
današnjih industrijskih preciznih vez-
nih elemenata — atečmena).

Sadašnji trenutak a i budućnost
pripada atečmenima.

Spori hod atečmena do mnogih
ambulantni, prinuđuje nas i na mnogo
skromnija rešenja, među kojima je i
aproksimalna estetska kukica, koju već
duže vreme koristimo sa sasvim zado-
voljavajućim rezultatima.

Opredelili smo se za aproksimalnu
estetsku kukicu u slučajevima obostra-
ne terminalne krezubosti, kao i kod
drugih tipova krezubosti, ukoliko smo
proučavanjem topografskih odnosa
krezubosti, parodontološkog nalaza,
stanja antagonista, opšteg stanja u us-
tima, visinom kliničke krune, higijen-
skim i drugim navikama pacijenata
bili sigurni da ćemo primenom ovog
sistema veza dobiti zadovoljavajuće
rezultate.

Za retenciju aproksimalne kukice
potrebno je najpre izraditi namensku
krunu na zubu sidrenja. Ona može
biti solo kruna ili vezana sa drugim
krunama u blok sistem. Namenske
krune na distalnim stranama imaju
prizmatične dodatke — nosače ku-
kica.

Veličina nosača zavisi od zuba
sidrenja, a položaj im se određuje
paralelometrom.

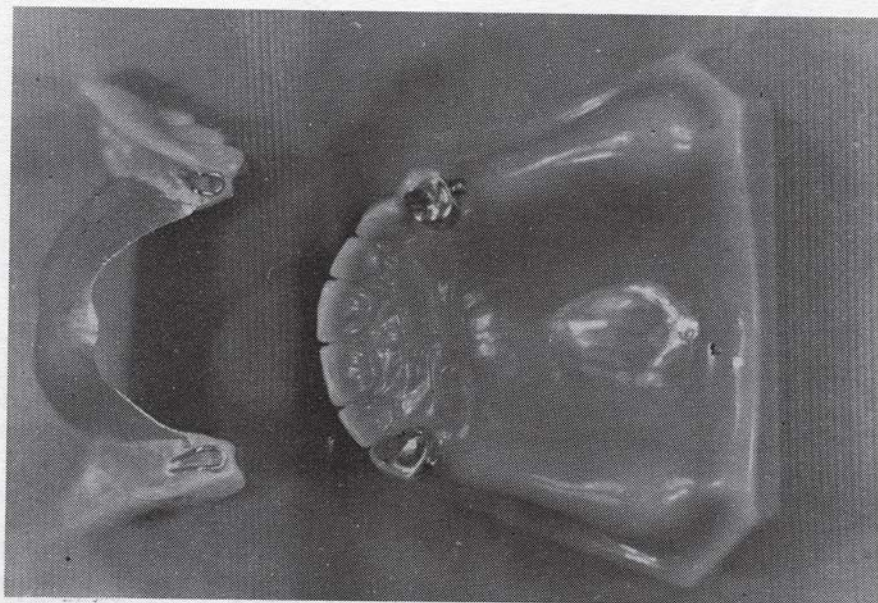
Vestibularne strane prizmatičnih
produžetaka su paralelne i određuju
smer unošenja proteze — a nose sta-

Rad je saopšten na IV STOMATOLOŠKOJ
NEDELJI MAKEDONIJE Struga, 26-28. maja
1982. godine.

Adresa:

Dr Ljiljana Tričković — Mitrović

Ul Nemanjina 5/10 Leskovac



Sl. br. 1. **PROTEZA SA APROKSIMALNIM KUKICAMA.**
KRUNICE SA APROKSIMALNIM PRODUŽECIMA ZA ESTETSKU KUKICU.
 Tričković

bilizacioni krak kukice. Oralne površine nosača se oblikuju pod uglom od 8-15 stepeni i nose retencioni krak kukice. Ovaj konusni ugao zavisi od preseka žice od koje će biti savijena aproksimalna estetska kukica, kao i od dužine slobodnog dela kukice. Pri tome je veličina ugla obrnuto proporcionalna debljini žice kao i dužini slobodnog dela tela kukice.

Debljina nosača kukice takođe zavisi od debljine žice i kreće se u granicama od 1,5 do 2,5 mm.

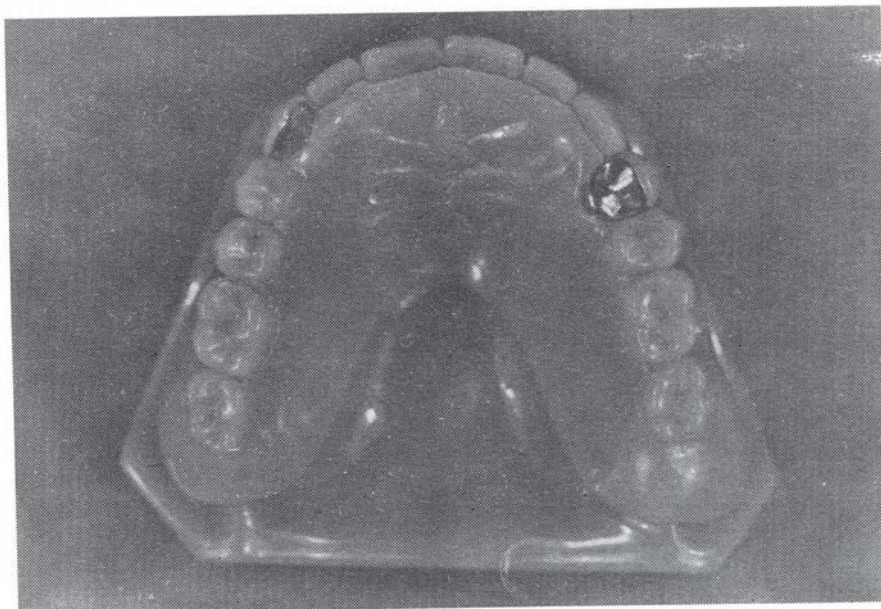
Okluzalna površina nosača kukice se modelira u obliku kose ravni i nosi deo kukice za prenos pritiska žvakanja; a u odnosu na protetsku ravan zaklapa ugao od 45 stepeni.

U slučajevima kada se na zube sidrenja izrađuju solo krune, potrebno je na mezijalnim površinama obezbediti prostore za indirektnu retenciju žičanim kandžama ili elementima skeleta, koji imaju zadatak da neutrali-

lišu štetne sile izvrtanja. Ovaj zahvat nije potreban ako su krune sidrenja vezane u blok sistem sa preostalim zubima.

Aproksimalna estetska kukica izrađuje se od elastične žice (legure gvožđe-nikl) prečnika 0,7-0,8 mm u sklopu skeleta parcijalne proteze ili kao poseban vezni elemenat pločaste zubne proteze.

Oblikovanje estetske kukice počinje od dela koji leži na okluzalnoj površini nosača kukice, a zatim se nastavlja oblikovanjem stabilizacionog i retencionog kraja kukice. U visini vrata zuba oba kraja kukice savijaju se prema slobodnom sedlu alveolarnog grebena i adaptiraju na rastojanju od 0,30 mm od istog. Slobodni deo tela kukice vodimo sve do tačke koja sa težištem proteze i krajem slobodnog dela tela kukice na suprotnoj strani leži na istoj pravoj.



Sl. br 2. GOTOVA PROTEZA NA MODELU.

Tričković-Mitrović Lj. Todorović M: Aproksimalna estetska kukica

Postavljanje akrilatnih zuba izvodi se na uobičajeni način, stim što je neophodno sa posebnom pažnjom izvršiti postavljanje prvog zuba distalno od nosača kukice, tako što će se s njim prekriti deo kukice za retenciju, odnosno maskiraće se vidljivost kukice. Na ovaj način urađena proteza dobija poželjnu estetsku vrednost.

ZAKLJČAK

Aproksimalna estetska kukica iako po tehničkom rešenju zaostaje za preciznim veznim elementima, može primenu u rešavanju krezubosti parcijalnom protezom iz sledećih razloga:

- zbog postignute zadovoljavajuće retencije i stabilizacije proteze;
- povoljnog prenošenja sile žvakanja na stubni zub i vilični tegment, zbog

mogućnosti podešavanja ugla okluzalnog dela nosača kukice;

— što slobodni deo tela kukice omogućuje vertikalnu translaciju protezne baze do 0,30 mm a zavisno od stepena rezilijence slukože;

— cena izrade je niska;

— klinička priprema zuba sidrenja i laboratorijska izrada kao i ugrađivanje kukice je jednostavna.

Preporučujemo je kao jedno od gućih estetskih rešenja retencionog sistema parcijalne proteze.

LITERATURA:

1. **Babić B** (1977): Skeletirana proteza. Medicinska knjiga, Beograd.
2. **Branovački D** (1965): Estetsko i funkcionalno rešenje retencije parcijalnih proteza. SGS, N— 5, Beograd.
3. **Kandić M, Nastić M** (1981): Vezni elementi parcijalne proteze. Naučna knjiga, Beograd.
4. **Marić D, Kosovčević M** (1978): Stomatološka protetika — parcijalna proteza, Naučna knjiga, Beograd.

OSNOVI ZA OCENJIVANJE RADNE SPOSOBNOSTI RADNIKA SLUŽBE OBEZBEĐENJA U RADNIM ORGANIZACIJAMA

Aleksandar Stošić, Miodrag Tasić

Služba medicine rada Doma zdravlja Leskovac

Poseban vid angažovanja ljudi na radu u radnim organizacijama je rad na obezbeđivanju radne organizacije. Ovaj posao radnici obavljaju u vidu stalnog zanimanja. Osim ljudstva, kao mera zaštite primenjuju se i razna tehnička sredstva. Vrsta zaštite koju će primeniti radna organizacija, koja tehnička sredstva i koliki broj ljudi zavisi od brojnih faktora, a među njima vidno mesto zauzimaju vrste sirovina, vrste i kakvoća proizvoda, topografski položaj, značaj i drugo. Takođe važna je i procena vitalnosti radne organizacije i njene ekonomske moći kod određivanja obima obezbeđivanja, jer su danas, najvitalnije, ekonomski najjače i u društveno ekonomskom smislu najvažnije, meta ekonomske špijunaže, ekonomske i političke divrzije i svih drugih ataka. Zato u neposrednom obezbeđivanju radnih organizacija mogu da sudeluju samo ljudi koji svojim psihofizičkim, stručnim i zdravstvenim kvalitetima mogu da odgovore mnogobrojnim zadacima koje obezbeđivanje radnih organizacija postavlja.

CILj našeg rada je da istaknemo kakve psiho-fizičke i zdravstvene kvalitete mora da poseduje lice koje konkuriše ili radi u službi obezbeđenja kako bi uspostavili kriterijume za ocenu radne sposobnosti radnika za prijem u službu obezbeđenja i za dalji rad u službi obezbeđenja.

Na poslovima obezbeđenja u radnim organizacijama rade vatrogasci,

stražari, portiri, i druga potrebna lica. Da bi nam značaj psihofizičkih i zdravstvenih uslova koje moraju da ispunjavaju radnici u obezbeđenju bio jasniji, moramo prethodno da iznesemo kratak opis radnih dužnosti i uslova rada za najvažnija zanimanja službe obezbeđenja.

Opis poslova i uslov rada

1. Protiv požarna zaštita. — Rad u protivpožarnoj zaštiti predstavlja stručan, neprekidan i odgovoran posao. Poslovi se odvijaju kroz tri smene, a obavljaju se u proizvodnim i neproizvodnim halama i krugu radne organizacije. Posao podrazumeva neprekidan lanac dežurstva i neprekidnu pripravnost ljudstva i opreme za brzo i efikasno protiv-požarno i druga dejstva. Vršiti se stalna kontrola radnih mesta i sprovode protiv-požarne mere (kontrola ispravnosti protivpožarnih aparata, ložišta, hidranata, ložišta, električnih instalacija i dr.), obezbeđivanje radilišta na kojima je moguće izbijanje požara, obilazak mesta za pušenje i sl. Ovi poslovi se obavljaju u zatvorenim prostorijama i napolju, a posao obavljaju stojeći, hodajući, sedeći i dr. Izloženi su uticaju svih faktora kako spoljne tako i unutrašnje sredine. Potrebna je velika stalnost, koncentracija pažnje, stalna pripravnost za brzo i adekvatno delo-

vanje. Posao je težak, opasan i odgovoran.

2. Fizičko obezbeđenje imovine i lica. — U normalnim prilikama ova služba i zaposleni u njoj rade uglavnom noću. Noćni stražari na pojedinim punktovima obezbeđuju neželjeni pristup radnoj organizaciji, sprečavaju krivična dela, hvataju izvršioce i sl. Radnik na straži nosi vatreno oružje, radi u stražari i napolju, tako da je izložen svim faktorima obeju sredina. Mora da poznaje sve mere protiv-požarne zaštite, rukovanje protiv-požarnim aparatima i da dobro poznaje sistem uzbunjivanja i obaveštavanja. Posao je takođe težak, odgovoran, opasan, zahteva veliko samopouzdanje, odvažnost, prisebnost, inicijativnost za brzo i adekvatno delovanje. Rukuje vatrenim oružjem.

3. Portiri. — Oni obezbeđuju ulaz i izlaz iz radne organizacije na zvaničnom mestu. Kontrolišu sav promet ljudstva i materijala, vode evidenciju ulaza i izlaza, rade u lancu neprekidnog smenjivanja, kroz sve tri smene. Posao se odvija stojeći, hodajući, sedeći. Mora da poznaje sve načine brzog obaveštavanja i uzbunjivanja, sve mere protiv-požarne zaštite, prve pomoći i dr.

U vanrednim prilikama, u slučaju požara, poplave, zemljotresa i drugih vanrednih stanja, sve službe obezbeđenja moraju direktno samoinicijativno, da se angažuju da nastalo stanje saniraju. U takvim slučajevima izloženost je znatno veća: veliki fizički napor, rad koji traje dok potreba postoji, rad se obavlja u unutrašnjosti prostorija, napolju, i u podrumima, na krovovima, na skelama, vatrogasnim lestvama, preko dana, noću i u svim meteorološkim uslovima, u velikoj gužvi, žurbi, kod zakrčenih prolaza ili kada istih nema. Postoji neprekidna opasnost od zarušavanja, eksplozija, opekotina od usijanih predmeta, opasni gasovi, razna isparenja (od istop-

ljenih metala i isparljivih hemikalija) i dr. Da bi radnik mogao udovoljiti sve zahteve radnog mesta u službi obezbeđenja kako u redovnim tako i u vanrednim prilikama mora da zadovolji po nama, četiri elementarna uslova: obučenosť za rad, starosno doba, psihofizičku spremnost i zdravstvenu sposobnost.

I Obučenosť za rad

Obučenosť za rad podrazumeva pravilno odabiranje zanimanja, školovanje, utreniranost u poslu za brzinu i spretnost u radu uz odgovarajuće vežbe za sticanje kondicije i efikasnost rada. Osim redovnog školovanja postoji doškolavanje i stručno osposobljavanje putem kurseva i prekvalifikacije. Neophodna je stalna inovacija znanja i usvajanje novih u cilju uvođenja novina iz oblasti obezbeđivanja radnih organizacija i novih sredstava za sprovođenje obezbeđenja. Jedanput stečeno znanje nije večito, ono mora da se u određenim intervalima putem kratkih kurseva za osvežavanje i sticanje novih, osvežava i dopunjuje.

II Starosno doba

Starosno doba je vrlo značajan momenat za rad u službi obezbeđenja iz više razloga. Prvo, obuku dobro prihvata i dobro podnosi mlađi radnik koji je istovremeno i orijentisan na takvo zanimanje. Drugo, radni zadaci zahtevaju neprekidno održavanje kondicije i pune fizičke snage za radne operacije u izvršavanju radnih obaveza, zatim dobro održavanje ravnoteže tela, boravak i rad pod vrlo nepovoljnim uslovima i sl. Treće, posao zahteva dobro pamćenje, brze i energične reakcije, dobar vid, dobar sluh, odličnu koncentraciju pažnje i dr. Sve ove funkcije sa starenjem postepeno opadaju pa radnik postaje usporen u svim

akcijama i većini funkcija: slabi vid, slabi sluh, čovek postaje zaboravan, a sve to u velikoj meri umanjuje mogućnost za efikasan i bezbedan rad u službi obezbeđenja bar u njenim najvitalnijim funkcijama. Otuda i mišljenje da je najpogodnije vreme do kada se najefikasnije uči 26 godina, a već iza 55 godina smatra se da se mnoge funkcije već menjaju i po nekim autorima to je vreme predstarenja. U odmaklim godinama gde radnik već ima formirane navike, teško prihvata nove i punu produktivnost i doprinos na takvom novom poslu veoma mali broj ljudi daje, pogotovu ako su motivi za novi posao znatno slabiji. Stariji uzrast predstavlja doba kada se čovek vrlo teško adaptira na nove uslove rada i na novu sredinu, pa obavljanje poslova na takvim radnim mestima je sa mnogo manje uspeha i sa manjom produktivnošću nego ako se period adaptacije, sticanja znanja i rutine obavlja u mlađim godinama kada je period adaptacije uz naravno, željom za tim poslom, motivaciju i privrženost znatno kraći i sasvim bezbolan. Za početak rada u službi obezbeđenja predlaže se starost iznad 18 godina a ne iznad 26, a najduže rad u službi obezbeđenja mogao bi da bude bezbedan do 55 godina starosti.

III Psiho-fizička spremnost

Da bi procenjivali psiho-fizičku spremnost radnika za rad u službi obezbeđenja moramo se prethodno upoznati u najkraćim crtama sa elementima iz psihofiziologije rada koji govore o psihofizičkim naporima, uticaju opterećenja na organizam čoveka i ocenjivanje težine rada.

Rad je svaka aktivnost ljudi bilo umna ili fizička, a sprega svih psihofizičkih napora predstavlja radni proces. Svaku radnu operaciju sinhrono

obavljaju psihofizičke reakcije: intelektualni plan i mišićni rad. Čak i dobro naučene, automatizovane, radnje su psiho-fizička aktivnost intelektualnog i fizičkog potencijala. Čovek pri kretanju obavlja rad, a on je proizvod kontrakcije skeletnih mišića i transformacije hemijske energije u fizički rad. Za svaki rad neophodna je uvek potrošnja energije, odnosno sagorevanje energetske i hranljivih materija u mišićima i tkivima uz prisustvo kiseonika. Ukoliko je veći rad, veća je energetska potrošnja, veća je i potrošnja kiseonika što ima odraza na kardiovaskularni, respiratorni i druge sisteme organizma. Otuda u radu i naporima dolazi do pojačanog disanja, pojačanog i ubrzanog rada srca, izlaska krvi iz depoa, sve u cilju ubrzanog prenosa kiseonika, zbog njegove povećane potrošnje u mišićima i tkivima. Iz te činjenice proizilazi zaključak da povećani napor mogu da izdrže samo oni koji imaju utreniran, funkcionalno sposoban kardiovaskularni, respiratorni sistem, kvalitetnu krv, bogatu eritrocitima i hemoglobinom i popunjene energetske rezerve.

Fizički rad nije samo mišićna aktivnost uz povećanu aktivnost kardiovaskularnog i respiratornog sistema. Rad i aktivnosti su sprega složenih procesa: psihičkih, fizičkih, hemijskih, socioloških i dr. Zato se za vrednovanje rada i ocenjivanje njegove težine uzimaju sva opterećenja i svi faktori kojima je u toku rada čovek izložen i koje mora da trpi da bi izvršio planiranu operaciju. Tako se težina rada ocenjuje zbirom elemenata: fizički napor, složenost posla, angažovanost čula i nervnog sistema, opasnost od povređivanja, od obolevanja, komunikacije sa okolinom, noćni rad, zatim se uzimaju mnogobrojni štetni faktori: rad pod nepovoljnim klimatskim i mikroklimatskim uslovima, rad pod svim meteorološkim uslovima, buka, prašina, toplota, radijacije i sl.

Pri proceni težine posla uzimaju se i elementi koji označavaju rad pod posebnim uslovima rada: rad noću, rad napolju, poslovi sa povećanom odgovornošću za bezbednost drugih, ličnu bezbednost, bezbednost imovine i sl., zatim posao koji zahteva nošenje vatrenog oružja i eventualnu upotrebu... Tek tako sakupljeni elementi mogu dati odgovor dali je neki posao težak ili nije.

Iz opisa rada, uslova na radu i odgovornosti na poslu vidi se da su svi elementi koji karakterišu težak i odgovoran rad i rad pod posebnim uslovima, sadrži na poslovima i radnim zadacima radnika u službi obezbeđenja, pogotovu noćnih stražara i vatrogasaca. Zato fizički slabi, nerazvijeni, nespremni, sa fizičkim manama i nedostacima, sa lošim koštano zglobnim i mišićnim strukturama, neuki i netrenirani, ne mogu da zadovolje zahteve radnog mesta. Takođe svi oni koji su psiho-labilni, koji nisu u stanju da brzo reaguju, kod kojih lično uzbuđenje ne može da prevaziđe događaj (situaciju), kod kojih postoji loša adaptacija čula, nikako ne odgovaraju poslovima i radnim zadacima u obezbeđenju.

IV Zdravstvena sposobnost

Težak rad i ubrzani tempo rada, pod nepovoljnim uslovima gde se na prežuću pojedini organi i čula, zahteva potpuno zdrav i sposoban organizam. U prvom redu se traži zdrav i funkcionalno sposoban kardiovaskularni, respiratorni, lokomotorni, CNS i čula.

1. Kardiovaskularni sistem. — Srce i krvni sudovi moraju biti zdravi i sposobni da podnesu i veća fizička opterećenja u jedinici vremena, naročito u kriznim situacijama. Periferni krvotok, arterijski i venski, mora da bude sposoban da se prilagodi povećanom fizičkom naporu, dugom staja-

nju i hodaњу, povećanom uticaju hladnoće, toplote, vlage i sl.

2. Respiratorni sistem. — U situacijama povećanih obaveza i pojačanog intenziteta rada, pojačava se i funkcija disanja, zbog čega je potrebno postojanje zdravog i funkcionalno sposobnog respiratornog sistema, kako gornjih respiratornih puteva, počev od nosa, tako i donjih: bronhija, bronhiola, sve do alveola i plućnog kapilarnog krvotoka.

3. Funkcija krvi i krvotvornih organa je značajna, jer ispravna funkcija ovoga sistema omogućava normalan transport kiseonika neophodnog za običnu i pojačanu mišićnu aktivnost, naročito u pojačanoj energetskej potrošnji kod većeg intenziteta rada.

4. Lokomotorni aparat. — Posebno mesto zauzima u zdravstvenoj sposobnosti radnika obezbeđenja zdravstveno stanje i funkcionalna sposobnost lokomotorog aparata, koštano zglobnih struktura, mišića i ligamenata. Dobra pokretljivost sitnih i krupnih zglobova, elastičnost ligamenata, dobra funkcija kičmenog stuba, dobra razvijenost skeletne muskulature, omogućava ovim radnicima da podnesu velike napore, nepovoljan položaj tela pri radu i nepovoljne radne uslove.

5. CNS i čula. — Kad je reč o CNS i čulima najvažnija je dobra i ispravna neuromuskularna sprovodljivost, dobra koordinacija pokreta sa čulima, dobro održavanje ravnoteže tela, dobar vid, dobra dubinska oštrina zbog potreba rada na visini, dobra adaptacija vida na tamu, dobar sluh i zadovoljavajuća funkcija čula mirisa.

Postojanje obolenja sa povremenim gubitkom svesti (epilepsija), Menierova bolest, pareze i paralize nerava koje ometaju ispravnu funkciju ekstremiteta i slična stanja i obolenja su apsolutna kontraindikacija za rad u ovoj

službi. Sve psihoze i teža psihoneurotična i anksiozna stanja su takođe kontraindikacija za rad u službi obezbeđenja u radnim organizacijama.

6. Gastrointestinalne i genitourinarnе funkcije. — Kod radnika obezbeđenja zahteva se normalna funkcija i zdrav gastrointestinalni sistem zbog čestih stresnih situacija i neredovnog uzimanja obroka hrane i rada po smenama i sl. Potreba je uredna funkcija i zdrav genito-urinarni sistem.

Zaključci:

— Služba obezbeđenja u radnim organizacijama u današnje vreme predstavlja egzistencijalnu neophodnost, a radnici zaposleni u ovoj službi izloženi su specifičnim psihofizičkim naporima koji se svrstavaju u težak rad pod posebnim uslovima.

— Radnik pri stupanju na rad u sližbu obezbeđenja mora da ispunjava sve uslove stručnog, starosnog, psihofizičkog i zdravstvenog zahteva.

— Svako ispadanje iz funkcije pojedinih organa i sistema zbog bolesti ili povređivanja i odstupanje od pobrajanih kriterijuma, onemogućava bezbedan i efikasan rad na većini poslova u službi obezbeđenja.

— Svako obolenje ili funkcionalni ispad na organima, čulima i sistemima

organizma, zahteva neophodnu procenu mogućnosti lečenja i rehabilitacije, eventualnog kompenzovanja pojačanim radom simetričnog organa i zadržavanje na poslovima i radnim zadacima. Ukoliko je to nemoguće, onda vršiti ocenu preostale radne sposobnosti i obezbeđivanje drugog odgovarajućeg posla van službe obezbeđenja.

Literatura:

1. VI Kongres preventivne medicine Jugoslavije VI Simpozijum: Ocena radne sposobnosti i rehabilitacija u prevenciji invalidnosti. Zbornik radova. Centar za informacije Beograd, 1975. god.
2. Lange Anderson K. et al. (1974): Osnovi testiranja fizičkim naporom. Institut za stručno usavršavanje i specijalizaciju zdravstvenih radnika, Beograd.
3. Sabljic Ij. (1968): Medicina rada. Institut za stručno usavršavanje i specijalizaciju zdravstvenih radnika, Beograd.
4. Arnautović O. (1979): Zbirka propisa iz oblasti zaštite od požara. Vatrogasni savez Srbije.
5. Pravilnik o protivpožarnom i fizičkom obezbeđenju RO „Leteks“ Leskovac.
6. Zećo S. (1982): Beneficirani staž. Univerzitet u Sarajevu, Institut za ergonomiju, Sarajevo.

KOMPJUTERIZOVANA TOMOGRAFIJA U SAOBRAĆAJNOJ TRAUMATOLOGIJI

M. J. Jekić, M. Ateljević, P. Bogunović

Kliničko bolnički centar Zemun Beograd

Kompjuterizovana tomografija predstavlja najkorisniji postupak za procenu koštanih lezija uopšte, jer pokazuje intra i ekstra osealne anatomske obim promena — što je neophodno za plan hirurškog lečenja.

Kompjuterizovana tomografija jasno diferencira sve promene unutar i oko koštanih struktura i obezbeđuje dodatnu i definitivnu dijagnostičku informaciju.

Sigurno da osnovni RTG snimci sa klasičnom tomografijom pružaju osnovne i često dovoljno podataka za dijagnozu i terapijski tretman. U poslednje vreme postavljaju se sve veći zahtevi za bržom i sigurnijom dijagnozom sve većeg broja politraumatizovanih bolesnika. Kod ovakvih bolesnika sa pregledom koštanog sistema u smislu frakture i odnosa odlomljenih delova kosti sa okolnim strukturama, mišićima i krvnim sudovima kao i okolnim organima imamo potpun uvid o stanju svih abdominalnih i torakalnih organa.

Doprinos kompjuterizovane tomografije kod traumatizovanih pacijenata sastoji se u prikazivanju i definisanju lokalizacije i obima povreda. Kompjuterizovana tomografija traumatizovanog aksijalnog skeleta predstavlja još jedan primer da vizuelno predstavljene promene doprinose značajnim dodatnim informacijama i

upoređujući ih sa anatomske strukture vode sve većoj preciznosti u terapiji. U vizuelnom predstavljanju frakture korpusa ili nastavaka torakalne, lumbalne i cervikalne kičme CT je zamenila klasičnu tomografiju kod pacijenata sa velikim frakturama koje se vide na običnim filmovima ili kod pacijenata sa ili bez neurološkog deficita. Kod takvih pacijenata poboljšano je ocrtavanje fragmentacije vertebralnog tela. Kod frakture posteriornih elemenata i ligamenata, kompjuterizovana tomografija pomaže u evaluaciji stabilnosti kičme. Utvrđivanjem suženja i promera kičmenog kanala ili rupture duralnih delova ovakva dijagnostika može da dovede do ranije hirurške intervencije. Kompjuterizovana tomografija kod pacijenata sa kompleksnim frakturama cerviksa i okoline kao i samog acetabuluma je dragocena za donošenje odluke u terapijskom smislu.

U slučajevima frakture sakruma, lateralnih površina ileuma, acetabularnog krova zadnjih acetabularnih usana i slobodnih tela u ovim zglobovima CT dijagnostika je mnogo bolja za brže, jednostavnije dijagnostikovanje promena.

Kod bolesnika čije frakturne linije zahvataju piramide, ili etmoidnu kost standardnim načinom pregleda često je teško otkriti i dijagnostikovati sitne

frakture koje dovode do rino ili otolikvorije.

Pravljenjem preseka debljine od 2 mm ovih regija kompjuterizovanom tomografijom postavljamo brzu i sigurnu dijagnozu i sprečavamo pojavu komplikacija monongita itd.

Sigurno da ovakva dijagnostika može biti dostupna samo odelenjima koja poseduju kompjuterizovani tomograf sa visokom rezolucijom. Zbog toga se mogu raditi i dijagnostikovati promene koje su posledica trauma na intervertebralnim diskusima i meniskusima kolenih zglobova.

Jako je važna i sigurno od velike koristi CT dijagnostika komplikacija

koje nastaju na koštanom sistemu i prelaze u hroničnu fazu radi bolje terapije, hroničnih ostemijelitisa.

Među radiolozima sigurno postoje protivnici ovakvog načina dijagnostikovanja opisanih promena na koštanom sistemu, ali ako se uzme u obzir brzina u vizuelizaciji nastalih promena na koštanom sistemu i okolnim strukturama i organima grudnog koša, abdomena i male karlice, kao i mogućnost razlikovanja ranijih promena i diferenciranja od novonastalih, sigurno da kompjuterizovana tomografija u ovim slučajevima predstavlja brzu i uspešnu dijagnostiku kod politraumatizovanih bolesnika.

ULTRAZVUK — PRIMENA I NEŽELJENI EFEKTI

Olga Kostić

Institut za reumatične i srčane bolesnike „Niška Banja“ u Niškoj Banji

Ultrazvuk (UZ) ima široku primenu u medicini od kojih su najvažnije tri: u dijagnostici, fizikalnoj medicini i hirurgiji. Kao ehodijagnostika ušla je u medicinu skorijeg datuma kroz širom otvorena vrata, jer je u obstericiji i nekim drugim oblastima nadomestila vrlo opasnu i po zdravlje štetnu rendgendijagnostiku. Dijagnostička tehnika i oprema se svakim danom i sve više usavršava, i već su se pojavili kompjuterizovani ultrasonoskeneri. Ipak se čini da ona neće biti dijagnostika izbora, jer će je u dogleđno vreme istisnuti nuklearna magnetna rezonancija. Energija UZ koja se koristi u ehodijagnostici je vrlo mala, tako da se štetni efekti ne ispoljavaju i zanemaruju. Međutim, upotrebljene doze UZ u terapiji su oko 10^4 do 10^6 većeg intenziteta od onih u ehodijagnostici, gde se mogu javiti štetne i neželjene posledice. Radi toga, redovi ovoga rada posvećeni su tome problemu.

Ehodijagnostika je dobro razvijena i našla je mesta u skoro svim oblastima medicine. Savremena literatura iz ove oblasti dostupna je i na našem jezičkom području (K u r j a k 1977). Brojni radovi novijeg datuma daju podatke o sve širim mogućnostima primene UZ dijagnostike u kardiologiji (S i m a r d et al. 1983., M a r k o v i ć 1983.), somatometriji (H i c k s et al. 1984.) i kvantitativnoj analizi strukture, sadržaja kolagena i masnog tkiva u mišiću in vivo (H i c k et al. 1984., T e r H a a r, H o p e w e l l 1983), zatim u dijagnostici

unutražnjih oragana (D e L a c e y et al. 1984.), ispitivanju senzitivne i motorne nervne kondukcije (C o s e n t i n o et al. 1983.) i dr.

UZ ispoljava mehaničko, toplotno, hemijsko i biološko delovanje na organizam. Ova dejstva su iskorišćena u praktičnoj primeni UZ u fizikalnoj medicini (C o n i ć 1978.).

Mehaničko delovanje izazvano je ultrazvučnim talasanjem tkiva (mikromasaža) gde su čestice izložene longitudinalnim oscilacijama sa ubrzanjem reda veličine od $5-15 \times 10^7$ cm/sec². Površinsko i dubinsko delovanje UZ zavisi od fizičkih osobina zvuka i sredine kroz koju se zvuk prostire (B r e y e r 1977.). U praksi se koriste frekvencije od 0.5 do 20 MHz i intenziteta od 0.1 do 5 W/cm².

Toplotni efekti nastaju transformacijom dela kinetičke energije UZ u toplotnu. Zavisi od osobina tkiva i osobina i načina aplikacije UZ. Mada je toplotni efekat propratna pojava, danas se pokušava koristiti u dijagnostici i terapiji (T e r H a a r, H o p e w e l l 1983., T e r H a a r, C a r n o c h e n 1982., L e l e, P a r k e r 1982., C u r r i e r, K r a m e r 1982.). Mehanizmi delovanja UZ jednim delom se mogu objasniti toplotnim efektima.

Hemijsko delovanje UZ manifestuje se na više načina: u aktivaciji enzima, oksidoredukcionim procesima, konformacionim i strukturnim promenama proteina, hromatinskim i genetskim promenama kao i brojnim

metaboličkim efektima. Ostvaruju se uticajem UZ na permeabilnost, cirkulaciju, razmenu materija i metabolizam i dr. In vitro UZ ubrzava oksidaciju askorbinske kiseline, povećava disperznost koloida i dr. Međutim, eksperimenti na germinativnim i somatskim ćelijama ne daju jasno definisane efekte, kako hemijske tako i biološke (A b d u l l a 1977.), ali to ne treba da umanjuje oprez kada se UZ koristi u terapijske svrhe.

Biološka dejstva, koja su pojmovno nedovoljno definisana, odnose se na promene vitalnosti ćelije, tkiva i organizma. Opisani su smrtonosni efekti UZ na sitne životinje u akvarijumu, baktericidna dejstva koja su korišćena u pasterizaciji, kao i primena UZ u proizvodnji ultrasoničnih vakcina i dr. Izrazito štetno dejstvo UZ manifestuje se na zonu rasta koštanog tkiva i na nervno tkivo. U eksperimentu UZ izaziva oštećenje unutrašnjeg uha (V a r t a n j a n et al. 1981.).

Analizom 719 istorija bolesti u bolesnika koji su preležali infarkt miokarda i bili na produžnoj rehabilitaciji u Institutu N. Banja od 599 administriranih procedura fizikalne terapije svega 13 je bilo sa primenom UZ (Tabela 1.) i to 9 muškaraca i 4 žene,

Tabela 1.

Ultrazvuk u rehabilitaciji bolesnika sa preležanim infarktom miokarda

	muški	ženski	svega
Broj bolesnika	612	107	719
Broj primenjenih fizikal. procedura	329	257	586
primena ultrazvuka	9	4	13

što čini manje od 2% svih bolesnika. Primena UZ vršena je oprezno kod bolesnika koji su imali cervikalni sindrom tj. bolove u vratu i ramenima, koji se na drugi način nisu mogli otklo-

niti. Samo kod jednog bolesnika javila se ekstrasistolija, pa je procedura isključena odmah.

U popisu indikacija UZ terapije, koja bazira na opštem i lokalnom fiziološkom delovanju UZ, ističe se opreznost zbog neželjenih dejstava, koja nisu u popisu kontraindikacija jer se ne javljaju kod svih bolesnika. V a š k e v i č (1982.) je nedavno objavio istraživanja o uticaju UZ i fonoforeze ganglioblokatora na kardiovaskularni sistem kod grupe bolesnika sa cervikalnom osteohondrozom i skapulohumeralnim periartritisom. Aplikacija UZ u ovim područjima bez ganglioblokatora, bila je praćena sa povećavanjem udarnog i minutnog volumena i neznatnim povećanjem frekvencije srčanog rada. UZ su bili izazvani ili provocirani: poremećaj automatizma u 5, poremećaji depolarizacije, nadražljivosti i sprovodljivosti u 14, i poremećaji procesa repolarizacije u 20 od ukupno 86 tretiranih bolesnika, koji su imali skrivene ili manifestne znake difuzne kardioskleroze. Jednokratna procedura, kao i cela kura od 7 do 12 procedura dovođila je do pada krvnog pritiska. Ovi efekti UZ na hemodinamiku pripisani su spazmolitičkom delovanju na krvne sudove i povećanju kontraktilne sposobnosti miokarda. Papilarni mišić pacova pod dejstvom UZ 1 MHz, 1 W/cm² tokom 5 min. pokazuje signifikantan porast snage na račun dija-stolične relaksacije (F o r e s t e r et al. 1982.).

Kod jedne grupe bolesnika koji su tretirani UZ terapijom javljaju se posle nekoliko časova latencije smetnje od strane srca (aritmije, stenokardije, ekstra sistole, blokovi i dr), dok se kod druge grupe jave urtikarijela i alergijske promene. Takođe, opisane su i reakcije slične nespecifičnoj nadražajnoj terapiji.

U hirurgiji UZ je našao primenu u intimotrombektomiji kod arterijske

tromboze (Saveljev et al. 1982.), splenektomiji (Hodgson, Mc Elhinney 1982., Derderian et al. 1982.), u lečenju osteomijelitis (Kuzmenko et al. 1981.), aktivaciji trabekula kod glaukoma (Černjavskiy et al. 1981.), lečenja spazma akomodacije (Kubareva 1981.), i sve ove primene mogu biti praćene i neželjenim efektima.

Nepravilna upotreba UZ sa neželjenim posledicama, koje nisu tako retke kompromituje njenu primenu. Otuda je neophodan profesionalni odnos u primeni ove fizikalne procedure. Levenson, Weissberg (1983.) nedavno, povodom jednog slučaja zloupotrebe UZ, daju pregled literature o štetnim dejstvima UZ, ukazujući na vezu između mogućih simptoma i UZ predoziranja. Upotreba raznovrsne opreme od različitih proizvođača, među kojom ima i odavno amortizovane, predstavlja problem baždarenja i provere rada, obzirom na veliku disperziju performanci, kada se tiče izbora frekvencije, jačine i trajanja pojedinačne aplikacije. U nekim zemljama ispitivanje ovih performanci je stalno i sistematsko (Snow 1982.). Fufe i Parnell (1982.) su analizirali veliki broj aparatamerenjem akuelnog izlaza, ukupne snage, površine zračenja, frekvenciju i prosečni intenzitet UZ i poredili sa performancama. Konstatovali su jedan raspon od 31—179% od očekivanih vrednosti.

Literatura

1. Abdula U. (1977): Sigurnost dijagnostičkog ultrazvuka. Iz: A. Kurjak, ured.: Ultrazvuk u kliničkoj medicini. Medicinska naklada Zagreb, str. 367—373.
2. Breyer B. (1977): Fizika ultrazvuka. Iz: A. Kurjak, ured.: Ultrazvuk u kliničkoj medicini. Medicinska naklada Zagreb, str. 1—13.
3. Conić Ž. (1978): Osnovi fizikalne medicine i rehabilitacije. Naučna knjiga Beograd str. 49—58.
4. Cosentino A B, Cross D L, Harrington R J, Soderberg G L, (1983): Ultrasound effects on electroneuromyographic measures in sensory fibres on the median nerve. Phys. Ther. 63/11 : 1788—1792.
5. Currier D P, Kramer J F (1982): Sensory nerve conduction: Heating effects of ultrasound and infrared. Physiotherapy (Canada) 34/5 : 241—246.
6. Černjavskiy G Ja, Kretova O G, Kodzov M B Ultrazvukovaja aktivacija trabekul pri glaukome. Vestn. Oftalmol. 1981, 4 : 7—8.
7. Derderian G P, Walshaw R, Mc Gehee (1982): Ultrasonic surgical dissection in the dog spleen. Am. J. Surg. 143 : 269—273.
8. De Lacey G, Gajjar B, Twomey B (1984): Should cholecystography or ultrasound be the primary investigation for gallbladder disease? Lancet, 1/8370 : 205—207.
9. Forester G V, Roy O Z, Mortimer A J (1982): Enhancement of contractility in rat isolated papillary muscle with therapeutic ultrasound. J. Mol. Cell. Cardiol. (Canada), 14/8 : 475—477.
10. Fyfe M C, Parnell S M (1982): The importance of measurement of effective transducer radiating area in the testing and calibration of „therapeutic“ ultrasonic instruments. Health Phys. 43/3 : 377—381.
11. Hicks J E, Shawker T H, Jones B L (1984): Diagnostic ultrasound: Its use in evaluation of muscle. Arch. Phys. Med. Rehabil. 65/3 : 129—131.
12. Hodgson W J, Mc Elhinney A J (1982): Ultrasonic partial splenectomy. Surgery, 91/3 : 346—348.
13. Kubareva N S (1981.): Primenenie ultrazvukovoy terapii v lečeniyn spazmom akkomodacii i blizorukost'ju slabuiy stepeno. Oftalmologičeskij žurnalj 3: 163—164.
14. Kurjak A. (1977): Ultrazvuk u kliničkoj medicini. Medicinska naklada Zagreb.
15. Kuzmenko V V, Šepelova I S, Melnikova V M, Mahson N E, Umjarov G A, Kamenov Ju F (1981): Ultrazvuk v kompleksnom hirurgičeskom lečenii hroničeskogo osteomielita. Ortop. Travmatol. Protez, 7 : 27—31.
16. Lele P P, Parker K J (1982): Temperature distributions in tissues during local hyperthermia by stationary or steered beams of unfocused ultrasound. Br. J. Cancer 45 Supl. 5 : 108 — 121.
17. Levenson J L, Weissberg M P (1983): Ultrasound abuse: Case report. Arch. Phys. Med. Rehabil. 64/2 : 90—91.
18. Marković V. (1983): Mesto i značaj jednodimenzionalne ehokardiografije u rehabilitaciji bolesnika sa preležanim infarktom miokarda. Iz: Rehabilitacija kardiovaskularnih bolesnika, N. Banja str. 75—88.

19. **Saveljev V S, Zatevagin I I, Loščilov V I, Isaev A F, Savrasov G V, Korulin S V** (1982): Perspektivy primeneniya ultrazvuka pri lečenii ostryh arterijalnyh trombozov. *Hirurgija (Moskva)* 2 : 89—93.
20. **Simard M, Heng K M, Udhoji V N, Weber L** (1983): Exercise two-dimensional echocardiography: A technique for improving ultrasound images during exercise stress. *Clin. Cardiol.* 6/7 : 318—326.
21. **Snow C J** (1982): Ultrasound therapy units in Manitoba and Northwestern Ontario: performance evaluation. *Physiotherapy (Canada)*, 34/4 : 185—189.
22. **Ter Haar G, Carnochen P** (1982): A comparison of ultrasonic irradiation and RF inductive heating for clinical localized hyperthermia. *Br. J. Cancer* 45/Supl. 5 : 77—83.
23. **Ter Haar G Hopewell J W** (1983): The induction of hyperthermia by ultrasound: Its value and associated problems I. Single, static, plane transducer. *Phys. Med. Biol.* 28/8 : 889—896.
24. **Vartanjan I A, Cirulnikov E M, Zlotnikova L A** (1981): Dejstvije fokusirovanogo ultrazvuka na razrušennyj sluhovoj labirint travjanoj ljaguški. *Fiziol. Ž. SSSR* 67/11 : 1731—1733.
25. **Vaškevič D L** (1982): Vlijanie ultrazvuka i fonoforeza ganglioblokatorov na serdečno-sosudistiju sistem bolnyh šejnim osteohondrozom. *Vopr. kurortol. fizioterap. lečeb. fizič. kuljтуру* 3 : 29—34.

[illegible]

AKTIVNOSTI U PODRUŽNICI

IZVEŠTAJ O RADU PODRUŽNICE SLD ZA PERIOD JANUAR— DECEMBAR 1984. GODINE

Vukadin Ristić

Rad podružnice SLD odvijao se, kao i prethodnih godina kroz više oblika:

— Održavanja stručnih sastanka Podružnice,

— Održavanja stručnih sastanaka Podružnice sa pojedinim sekcijama i aktivistima Srpskog lekarskog društva,

— Učestvovanje na stručnim sastancima kongresima i simpozijumima

— Publikovanje stručnih radova članova Podružnice

— Izdavanje stručnog časopisa Podružnice APOLLINEM MEDICUM ET AESCULAPIUM.

— Aktivnost članova Podružnice u rukovodećim organima SLD i njegovim sekcijama.

U periodu januar — decembar 1984. godine održano je 13 stručnih sastanaka:

3. februara, O savremenom terapijskom pristupu neurozama i oceni radne sposobnosti govorio je Prof. dr Dimitrije Milovanović sa Psihijatrijske klinike iz Beograda.

30. marta Prof. dr. Petronić sa Urološke klinike iz Beograda govorio je o Transplantaciji bubrega i organizaciji transplantacije bubrega u SR Srbiji.

Aktiv oftalmologa Podružnice Srpskog lekarskog društva iz Niša i Podružnica Srpskog lekarskog društva

u Leskovcu organizovali su stručni sastanak sa temom: Novine u lečenju zapaljenjskih promena prednjeg segmenta. Predavač je bio Prof. dr sci Aleksandar Parunović sa Očne klinike iz Beograda. Sastanak je održan 6. aprila.

— Sekcija za medicinu rada Srpskog lekarskog društva u Beogradu i Podružnica Srpskog lekarskog društva u Leskovcu, organizovali su stručni sastanak lekara medicine rada SR Srbije 7. aprila. Podneti su sledeći stručni referati:

— Služba obezbeđenja u radnim organizacijama i problemi vezani za zdravstvenu sposobnost njenih radnika (Stošić A., Tasić M., Stanković Milivoje, Živković S.)

— Kratak prikaz hemijskih noksia u „Hemodeks“-u i rizici po zdravlje radnika (Milošević S., Tasić M., Stanković Milivoje, Vukićević P.)

— Hirertenzija kod vozača RO „Jugekspres“ (Stanković Mile, Levi M., Živković S., Milošević S.)

— Uloga specijaliste Medicine rada u otkrivanju i lečenju arterijske hipertenzije kod radnika koji rade na ugroženim radnim mestima u Dispanseru medicine rada u Lebanu (Vukićević P., Levi M., Stošić A., Stanković Mile).

— Kriterijumi za uvrđivanje poslova i radnih zadataka sa posebnim uslovima rada (Prim. dr sci. Ž. Milosavljević).

— 20. aprila, O akutnim krvarenjima u abdomenu govorio je prof. dr S. Lekić sa I Hirurške klinike u Beogradu dok je prof. dr V. Đuknić

Prim. dr Vukadin Ristić
predsednik Predsedništva
Podružnice SLD u Leskovcu

govorio o Sindromu proširenih vena donjih ekstremiteta.

— 26. maja održana su dva stručna sastanka. Gosti iz Slavanskog Broda i domaćini razmenili su svoja stručna iskustva.

— Trogodišnje iskustvo u lečenju opekotina u Hirurškoj službi Medicinskog centra Leskovac — Stojana Radojičić.

— Nega cerebro-vaskularnih bolesnika — Dragan Marjanović.

— Povrede oka i uloga medicinske sestre u njihovom zbrinjavanju — Vida Stanković.

— Uloga i dužnost medicinske sestre u hemodijalizi — Mira Barišić — Slavonski Brod.

— Traumatske ozlede urotrakta — Zdenka Prpić — Slavonski Brod i

Uloga medicinske sestre u lečenju pneumonije — Ljubica Šarić — Slavonski Brod.

O ishodu trudnoće i porođaju u trudnica sa EPH gestozom i Asimptomatskim HbsAg nosiocima i bolestima jetre govorili su gosti iz Slavanskog Broda dr Vladimir Babić i dr Ivan Balen.

Domaćini su, takođe, podneli dva stručna referata:

O problemima mentalnog zdravlja mladih — odnosno iskustvima Save-tovališta za mlade govorio je dr Milorad Veličković, a o Perinatalnom morbiditetu i mortalitetu u trudnica sa EPH gestozom u Ginekološko-akušerskoj službi Medicinskog centra u Leskovcu govorio je dr Zoran Dinić.

— Prof. dr Jelena Gospavić govorila je o Polimiozitisu u svetlu diferencijalno-dijagnostičkih problema proksimalnih mišićnih slabosti, a dr Slobodan Apostolski govorio je o Terapiji polimiozitisa. Sastanak je održan 15. juna.

— 19. oktobra O tetanogenim povredama kao sudsko-medicinskom

problemu govorio je Prof. dr Dragomir Diklić.

— Sekcija za citologiju i citodijagnostiku Srpskog lekarskog društva u Beogradu i Podružnica Srpskog lekarskog društva u Leskovcu, održali su 20. oktobra vanredni stručni sastanak Sekcije za citologiju i citodijagnostiku. Na sastanku su podneta tri referata:

— Značaj eksfolijativne citologije u savremenoj medicini — Prof. dr sci. Stanoje Pavlović — Niš,

— Nekoliko slučajeva CA grlića materice citološki otkrivenih — Prof. dr Dragomir Mladenović — Beograd i

Uporedni citološki i patohistološki nalazi kod promena na grliću materice — dr Ivana Stojanović, Prim. dr Tomislav Stojčić i dr Slavko Krsitić — Leskovac.

— Sekcija za saobraćajnu medicinu Srpskog lekarskog društva i Podružnica Srpskog lekarskog društva u Leskovcu, organizovali su zajednički stručni sastanak 25. oktobra. Podneto je 4 saopštenja:

— Poređenje kliničkih dijagnoza i obdukcionih nalaza umrlih zbog politrauma (Prof. dr D. Nedeljković, docent dr Kovačević i asistent dr Donfrid — Beograd),

— Angiografija u eksperimentu kod zatvorenih povreda grudnog koša (Prim. dr D. Đorđević — Beograd),

— CT u saobraćajnoj traumatologiji (Prim. dr M. Lj. Jekić, dr M. Ateljević i dr P. Bogdanović — Zemun) i

— Povrede karlice sa povredama donjih urinarnih puteva u saobraćaju (Prim. dr V. Ristić, Prim. dr M. Levi, Prim. dr S. Stojanović i dr S. Živković — Leskovac).

— Povodom obeležavanja 25-godišnjice oftalmologije u Leskovcu je 3. novembra Oftalmološka sekcija SR Srbije, Podružnica Srpskog lekarskog društva u Leskovcu i Oftalmološka služba medicinskog centra „Moša Pijade“ organizovan radni jubilej. Podnet je referat o razvoju oftalmolo-

gije u Leskovcu u proteklih 25 godina. Isto tako, o razvoju refrakcije oka kod dece govorio je dr Miroslav Kocić. Koautori su dr Lj. Gavrilović — Pešić, Prim. dr M. Manić i Prim. dr B. Jović.

— O problemu slepila u leskovačkom kraju govorila je dr Jelena Stanimirović — Prim. dr M. Manić — koautor.

— Leptospirozni iridociklitis — dr Miodrag Kulić, dr M. Kocić i dr. V. Rajković.

— Prikaz neobičnog slučaja VOGT-KOYANAGIHARDADA sindroma — Prim. dr M. Manić, S. Milenković i S. Jovanović.

— 12. novembra Prof. dr Mladen Bročić govorio je o Displastičnim promenama grlića materice, a Prof. dr Dragomir Mladenović o lekaru i pacijentu.

Predstavništvo Podružnice Srpskog lekarskog društva u Leskovcu, u periodu koji analiziramo, često se sastajalo i raspravljalo o aktuelnoj problematici iz oblasti rada Podružnice. Održani su sledeći sastanci:

— 27. januara je usvojen završni račun za 1983. godinu, kao i tekuća pitanja od značaja za rad Podružnice.

— 13. i 17. februara održani su sastanci članova Uređivačkog odbora, Izdavačkog saveta i Komisije za izdavačku delatnost časopisa Podružnice APOLLINEM MEDICUM ET AESCULAPIUM, na kojima su vođeni razgovori o rukopisima časopisa.

— 6. aprila razgovaralo se o aktuelnim pitanjima vezanim za rad Podružnice.

— 11. maja održan je sastanak Komisije za davanje mišljenja za dodelu stručnog zvanja PRIMARIJUS, na kome su razmatrani prispeli zahtevi.

— 16. maja održan je sastanak svih članova Podružnice. O savremenom konceptu organizacije bolničke službe u okviru Medicinskog centra

govorio je Prim. dr Dragomir Marković.

— 17. maja, na sastanku Predsedništva vođena je rasprava o Pravilniku o radu SLD, razmatran je izveštaj o radu Komisije za dodelu stručnog zvanja Primarijus i rešavano po oglasu za glavnog i odgovornog urednika časopisa Podružnice.

— 8. juna, organizovana je prigodna svečanost povodom doktorske disertacije Milorada Sokolovića doktora medicinskih nauka i podneta informacija o dodeljivanju nagrade „Dr Dragiša Mišović“ Prim. dr Miodragu Tasiću direktoru Medicinskog centra u Leskovcu.

— 29. juna održan je sastanak Komisije za davanje mišljenja za dodelu stručnog zvanja Primarijus, na kome su razmatrani prispeli zahtevi.

— 3. oktobra razmatrana su pitanja od značaja za rad Podružnice, dok je 15. oktobra bila promocija časopisa APOLLINEM MEDICUM ET AESCULAPIUM. Zatim je usvojen pravilnik o radu opštinske Podružnice SLD, razmatran Poslovnik o radu Komisije za davanje mišljenja za dodelu zvanja primarijus i izvršeno kooptiranje članova Predsedništva.

— 1. novembra, na sastanku Predsedništva, bilo je reči o planu rada Podružnice za 1985. godinu, povećanju cena lekarskih uverenja, kao i drugim pitanjima koja su od neposrednog značaja za rad Podružnice.

Mnogi naši članovi su ujedno i članovi užih, strukovnih sekcija, dok su neki od njih članovi upravnih odbora tih sekcija.

Danas naša Podružnica objedinjuje rad blizu 440 lekara sa područja Leskovca, Grdelice, Vučja, Medvede, Bojnika i Lebana.

U redovima našeg članstva je 133 lekara specijalista, 99 na specijalizaciji i oko 20 primarijusa. Lekari stomatolozi organizovani su u poseban Aktiv stomatologa koji je deo naše Podružnice.

IZVEŠTAJ O RADU PODRUŽNICE SLD ZA PERIOD JANUAR- DECEMBAR 1985. GODINE

U periodu koji analiziramo na ovom sastanku održano je, u skladu sa planom i programom rada, 12 stručnih sastanaka:

—15. marta o GENETSKIM ANOMALIJAMA KAO UZROKU POREMEĆAJA U REPRODUKCIJI, govorio je prof. dr Bogoslav Soldatović.

—29. marta, prof. dr D Filipović govorio je o GASTROINTESTINALNOM KRVAVLJENJU U DECE, a dr B. Marjanović o ENCEFALITU U DECE.

—Povodom 7. aprila Međunarodnog dana zdravlja koji je ove godine bio posvećen zdravoj omladini, Srpsko lekarsko društvo i Savez zdravstvenih radnika organizovali su 5. aprila svečani sastanak.

U prvom delu sastanka prim. dr med. sci Milorad Sokolović govorio je O ZDRAVOJ OMLADINI — NAŠEM NAJVEĆEM BLAGU, dok su u drugom delu sastanka zaslužnim radnicima Medicinskog centra uručene zahvalnice povodom jubileja zdravstva — 100 godina organizovane zdravstvene zaštite i 75 godina organizovane zdravstvene službe i stacionarnog lečenja bolesnih u Leskovcu.

—O prenosnoj BAKTERIJSKOJ REZISTENCIJI (neracionalnoj upotrebi antibiotika, preporukama Svetске zdravstvene organizacije o korišćenju antibiotika), govorio je 12. aprila Dušan Marđenov stručni saradnik „Hemofarma“. Posle predavanja prikazan je film DEJSTVO ANTIBIOTIKA NA IMUNI SISTEM.

—19. aprila O MENINGIJALNOM SINDROMU U SVAKODNEVNOJ PRAKSI, govorio je prof. dr Dragomir Diklić.

—10. maja, organizovano je XI republičko i I južnomoravsko SAVETOVANJE O REUMATSKOJ GROZNICI U SR SRBIJI. Organizatori su bili Republička komisija za RG u Beogradu, Komisija za RG južnomoravskog regiona Leskovac i Podružnica Srpskog lekarskog društva u Leskovcu.

—14. maja o SAVREMENOM GLEDIŠTU U NASTANKU ARTERIJSKE HIPERTENZIJE govorio je prof. dr Lambić, a dr Velibor Obradović govorio je O KLINIČKOM ISKUSTVU SA TENZIMETOM I ZNAČAJU AHOKARDIOGRAFIJE I EHOKARDIOGRAFA U DIJAGNOSTICI SRČANIH OBOLJENJA.

—Jubilarni IV dani sportske medicine održani su u Leskovcu 17. i 18. maja. Podneto je 71 stručno saopštenje, a organizatori su bili Podružnica SLD Leskovac i Aktiv za sportsku medicinu Podružnice SLD Niš.

—8. novembra o SIDI KAO SAVREMENOM MEDICINSKO-SOCIJALNOM PROBLEMU U NAS govorio je prof. dr Dragomir Diklić.

—14. novembra prof. dr Dimitrije Milovanović govorio je o TERAPIJI DEPRESIVNOG SINDROMA.

—Sekcija za saobraćajnu medicinu Srpskog lekarskog društva u Beogradu i podružnica SLD u Leskovcu, održali svoj redovni stručni sastanak 27. novembra. Podnete su sledeće teme:

— ETILIZAM KAO PROBLEM U REANIMACIJI I ANESTEZIJI KOD SAOBRAĆAJNIH NEZGODA
— Docent dr D. Jekić.

— REZULTATI LEČENJA POVREĐENIH U SAOBRAĆAJU DONETIH SLUČAJNIM TRANSPORTOM — prim. dr M. Jekić i

— SAOBRAĆAJNI TRAUMATIZAM I INVALIDITET KOD VOZAČA RADNE ORGANIZACIJE „JUGEKSPRES“ — dr M Stanković, Prim. dr V. Ristić, i Prim. dr M. Levi.

— Pedijatrijski aktiv SLD u Nišu i Podružnica SLD u Leskovcu organizovali su 18 decembra savetovanje na temu ZNAČAJNI PEDIJATRIJSKI PROBLEMI. Na sastanku je podneto 9 referata.

Predsedništvo Podružnice Srpskog lekarskog društva u Leskovcu, kao i Komisija za davanje mišljenja za dodelu stručnog zvanja primarijus, u periodu koji analiziramo na sastanku, sastajali su se često, na osnovu ukazanih potreba i razmatrali pitanja i probleme iz oblasti rada Podružnice. Održani su sledeći sastanci:

— Na sastanku Predsedništva Podružnice održanom 31. januara razmatran je i usvojen finansijski izveštaj za 1984. godinu kao i niz tekućih pitanja.

— 13. februara Komisija za davanje mišljenja za dodelu stručnog zvanja primarijus razmatrala je prispele zahteve članova Podružnice za dodelu ovog zvanja.

— 1. jula na sastanku Predsedništva razmatran je predlog za povećanje dnevnica, održavanja Stomatološke nedelje, kao i pitanje regresu za godišnji odmor i toplog obroka.

— na sastanku Predsedništva održanom 5. septembra razmatrana je dalja aktivnost Podružnice i rešavani prispele zahteve i molbe.

— Na sastanku Predsedništva održanom 24. septembra bilo je reči o povećanju cena lekarskih uverenja, predlogu tema za X kongres lekara SR Srbije, novinama i izradi slajdova i drugog fotomaterijala za članove Podružnice SLD, razmatrane su izmene i dopune Statuta SLD i druge.

— 18. oktobra Komisija za davanje mišljenja za dodelu stručnog zvanja primarijus razmatrala je prispele zahteve članova Podružnice za dodelu ovog stručnog zvanja.

— 2. decembra članovi Predsedništva imali su na dnevnom redu organizaciju XVII stomatoloških dana Srbije 1987. godine, kao i donošenje nekih konkretnih rešenja.

— Komisija za davanje mišljenja za dodelu stručnog zvanja primarijus održala je sastanak 20. decembra na kome je razmatrala prispele zahteve za dodelu ovog zvanja.

— Mnogi od članova naše Podružnice su i članovi užih, strukovnih sekcija, kao i članovi upravnih odbora i predsedništava tih sekcija.

Podružnica SLD objedinjuje rad blizu 440 lekara sa područja Leskovca, Grdelice, Vučja, Medveđe, Bojnika i Lebana.

U redovima našeg članstva je 121 lekar specijalista, 106 na specijalizaciji, 19 primarijusa, 2 magistra i 1 doktor nauka. Lekari stomatolozi organizovani su u poseban aktiv stomatologa koji je deo naše Podružnice.

IZ ISTORIJE NAŠEG ZDRAVSTVA

ČETVRT VEKA OFTALMOLOŠKE
SLUŽBE U LESKOVCU

Miloš Manić,

Maja 1959. godine Leskovac dobija stalnog lekara — oftalmologa, prvog specijalistu za očne bolesti. Te godine, 1. avgusta, otvorena je specijalistička ambulanta. Početak je bio više nego skroman. Ambulanta je smeštena u zgradi ondašnjeg Doma narodnog zdravlja, u centru grada. Na raspolaganju je bila jedna prostorija površine 10 kvadratnih metara. Čekaonica nije postojala, već je korišćen uzani hodnik, bez klupe za sedenje, te su pacijenti stojeći čekali red za pregled kod lekara.

Oprema je isto tako bila skromna. Sastojala se iz kasete sa staklima, optotipa koji su nacrtali firmopisci prema nacrtu lekara-specijaliste, oftalmoskopa i obične igle za vađenje stranih tela iz oka. Sonda za ispiranje suznih puteva je napravljena od klipa „rekordovog“ šprica-igle za davanje lekova. Biljurno ogledalo za indirektno ispitivanje vida nađeno je u jednoj staroj građanskoj kući u Leskovcu.

Specijalističkoj oftalmološkoj ambulanti u Leskovcu gravitiralo je veliko područje šireg leskovačkog i vranjskog

kraja sa preko 500.000 stanovnika (bivši srezovi Leskovac i Vranje). U to vreme mnogi gradovi u Srbiji nisu imali ocnog lekara, na primer, čitava istočna Srbija. U Nišu, nama najbližem gradu, tada su radila samo dva lekara-specijalista za bolesti oka: jedan vojni i jedan civilni (Niš je imao lekare ove specijalnosti i pre II svetskog rata).

U ovim veoma teškim uslovima za rad, lekar je radio sa izuzetnim entuzijazmom. Malobrojno osoblje s njim takođe. Uprkos mnogim nedaćama koje su se javljale svakodnevno, pacijenata je bivalo sve više, iz dana u dan. Stoga je uvedena knjiga sa redosledom za pregled. Građanima je zakazivan dan za pregled oka i za kratko vreme rokovi su bili popunjeni za više meseci unapred. Pored redovnog radnog vremena, lekar-oftalmolog je pozivan u popodnevne časovima, ili u toku noći za hitne slućajeve, ili konsultacije u bolnici, bez ikakve materijalne naknade.

Ubrzo, u krugu bolnice, pristupilo se gradnji „provizorijuma“ za Očno, ORL i Neuropsihijatrijsko odeljenje, jer su gotovo u isto vreme došli sa školovanja i lekari-specijalisti iz ovih medicinskih disciplina. Pošto je nabavljena spalt-lampa i najneophodniji instrumenti, otvoreno je specijalističko Očno odeljenje sa 15 kreveta. Operaciona sala je bila zajednička za ovo Odeljenje i ORL. Umesto operacionog stola, za ove svrhe korišćena su iz rata ostala ruska kolica poduprta drvenim klinovima. Tako je na dan 22. novembra 1960. godine počelo da radi Očno odeljenje u Leskovcu.

Prim. dr Miloš Manić,
Oftalmološka služba
Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu

Iako je bilo u skućenim prostorijama i opremljeno veoma skromnim inventarom, ipak je te godine stvoren kakav-takav oftalmološki nukleus i to je omogućilo da se ova služba vremenom razvija i unapređuje. Pružena je mogućnost za klinički i operativni rad i ta šansa je iskorišćena na najbolji način. Rad na Odeljenju bivao je sve sadržajnije, obuhvatniji i kvalitetniji. Osvajani su sve opsežniji i složeniji, odnosno komplikovaniji operativni zahvati na organu vida. Za samo nekoliko godina postignut je takav stručni nivo da smo bolesniku ovde mogli pružiti svu medicinsku pomoć i tretman koji je dotle dobijao na Očnom odeljenju u Nišu. Tako je oftalmološka služba izborila svoje mesto i stekla pravo koje joj je pripadalo.

Novembra 1973. godine, preseljenjem u novoizgrađenu bolnicu, uslovi rada su postali neuporedivo bolji. Dobili smo odeljenje sa 32 kreveta, dve operacione sale (septičku i aseptičku), prostranu ambulantu sa mračnom komorom i prateće prostorije. Nabavljena je nova oprema i danas operacioni blok raspolaže sa dva operaciona mikroskopa marke „Zeiss“, Keeler-ov krioelektrotraktor, aparat za dijametriju, elektromagnet (ručni) i sav potreban hirurški instrumentarijum. U ambulantom, pored odeljenske, u kojima je pet radnih mesta, postoji kartoteka, četiri špalt-lampe sa aplacionim tonometrom i sočivima za gonioskopiju, dva Javala, perimetar, oftalmodinamometar, Hertelov exoftalmometar i druga oprema.

Sa radošću i osećanjem ponosa možemo se pohvaliti rezultatima i uspesima koje smo postigli u proteklih 25 godina rada, u vremenu od osnivanja Oftalmološke službe do sada. U kadrovskom pogledu služba je otiskolovala sledeće lekare-specijaliste:

1. Dr. Miodrag Zdravković (duže vreme na radu u Saveznoj republici Nemačkoj),

2. Dr. sci. Miodrag Mitrović, asistent na Defektološkom fakultetu Univerziteta u Beogradu,

3. Dr. sci. Anka Stanojević-Paović, asistent na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu.

4. Dr. Miodrag Kulić, Oftalmološka služba — Leskovac

5. Dr. Miroslav Kocić, Oftalmološka služba, Leskovac,

6. Dr. Mirko Zdravković (rukovodilac Oftalmološke službe u Kopru),

7. Dr. Ljubinka Gavrilović-Pešić, Oftalmološka služba — Leskovac,

8. Dr. Jelica Stanimirović, Oftalmološka služba — Leskovac,

9. Dr. Stamenko Ljubenov, Dom Zdravlja — Leskovac.

Osim toga, na specijalizaciji su lekari:

Dr. Vladimir Rajković, Dr. Vera Tasić, Dr. Sreten Stojiljković, Dr. Milić Stanojević, Dr. Nevena Ilić — Jelić i Dr. Ljubica Filipović.

Prvu titulu lekara-primarijusa za bolesti oka dobio je u Srbiji, van Beograda, naš lekar—specijalista. Uz to, dve medicinske sestre na ovom odeljenju imaju višu stručnu spremu, a tri ortoptičara, dve vrsne instrumentarke i dve sestre za uzimanje vidnog polja.

U stručnom radu, pored ostalog, takođe su postignuti zapaženi rezultati. Do sada smo podneli više od 40 stručnih referata na raznim lekarskim sastancima i sličnim skupovima, simpozijumima, oftalmološkim danima, kao i stručnim kongresima u zemlji i inostranstvu. Najveći deo ovih radova štampan je u našim i stranim stručnim časopisima i sličnim publikacijama.

Uz to, prisustvovali smo I evropskom kongresu oftalmologa u Briselu

1958. godine, III evropskom kongresu u Amsterdamu 1968. godine i Balkanskom kongresu u Istanbulu 1968. godine. Radi stručnog usavršavanja naši lekari su duže vreme boravili u Vervieu (Belgija), Odesi (SSSR), Ahenu (SR Nemačka), uglavnom u vlastitoj režiji. Isto tako smo posetili i upoznali se sa radom očnih klinika u Atini, Sofiji, Budimpešti, Minhenu, Majncu i Rotterdamu.

Sa stručnim referatima nastupali smo na sledećim skupovima:

1. Treće jugoslovensko savetovanje o alkoholizmu, Sarajevo, 1967.
2. Savetovanje o alkoholizmu jugoistočne Srbije, Leskovac 1971.
3. III jugoslovenski reumatološki kongres, Niška Banja,
4. Stručni sastanak Pedijatrijske sekcije SLD, Leskovac,
5. II dijabetološki dani Endokrinološke sekcije SLD,
6. Osnivački kongres neonatologa Srbije,
7. IV evropski kongres oftalmologa, Budimpešta, 1972. g.
8. Panhelenistički kongres, Solun, 1972. god.
9. Sastanci Balkanske unije lekara (Solun, Sofija dva puta, Istanbul),
10. IX kongres oftalmologa Jugoslavije, Ljubljana, 1975.
11. X jugoslovenski kongres oftalmologa, Ohrid 1979. g.
12. XI jugoslovenski kongres oftalmologa, Budva, 1983. g.
13. Sastanak Oftalmološke sekcije SLD, Beograd, 1984. g.
14. Oftalmološka nedelja, Beograd, 1984. godine,
15. Održali smo četiri sastanka Oftalmološke sekcije SLD u Leskovcu sa referatima naših lekara.
16. Naši lekari su imali pet referata na sastancima Aktiva očnih lekara u Nišu. Takođe su bili predavači u Medicinskoj školi „Bratstvo-jedinstvo“

u Leskovcu. Na odeljenju skoro redovno održavamo sastanke na kojima o određenoj tematici referišu lekari. Stručni radovi štampani su nam u časopisu *Acta ophthalmologica Jugoslavica*, *Acta medica Mediana*, kao i u zbornicima radova povodom sastanaka neonatologa, pedijataru, endokrinologa i neuropsihijataru, kao i Zborniku radova Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu.

Osim toga, pojedini stručni radovi štampani su u časopisima u inostranstvu i to: dva rada u Solunu, 1 u Švajcarskoj, 2 u Sofiji i 1 u Istanbulu. Takođe smo učestvovali u radu na izradi elaborata o zaštitnim naočarima za potrebe Instituta zaštite na radu „Edvard Kardelj“ u Nišu. Održali smo više stručnih predavanja na sastancima podružnice SLD u Leskovcu, popularna predavanja u organizaciji Saveza slepih u Leskovcu i na tribini Radničkog univerziteta, dok su na stranicama lokalnog lista „Naša reč“ u Leskovcu i u emisijama Radio Leskovca objavljeni odgovarajući tekstovi iz domena naše službe.

Pregledali smo besplatno sva slepa lica, sve dijabetičare i sve stanovnike Strojkovca i Barja, o čemu smo i referisali. Osnovali smo očne ambulante u Vranju, Surdulici, Vlasotincu, Medveđi, Vučju i Bojniku, a 1978. godine u Leskovcu smo osnovali kabinet za lečenje slabovidne i razroke dece. Sada nam predstoji osnivanje kabineta za kontaktna sočiva.

U Leskovcu je 16. maja 1975. godine održana Osnivačka skupština Sekcije oftalmoloških tehničara SR Srbije, čime nam je ukazana posebna čast i pažnja. Naše medicinske sestre su do sada imale tri nastupa sa stručnim temama na sastancima pomenutog udruženja, odnosno sekcije.

Na našem odeljenju, pored ostalog, radi se mikrohirurgija, kriohirurgija, dekriorinostmija, brusna tehnika, više

metoda antiglaukomotnih operacija; a prvi smo u Srbiji, posle Beograda, ugradili kod pacijenata veštačko sočivo.

Posedujemo veoma bogatu stručnu literaturu, skoro sve udžbenike iz oblasti oftalmologije. Od stručne literature ističemo: Sauter Martschesanijev i Thielov atlas, Arrug-in i američki operativni atlas, kompletnog Djuke-Elder-a, Francusku oftalmološku enciklopediju, oftalmologije od Bonnet-a, Bonnamur-a, Leideker-a, Busaka-e, Zajceve i mnoge druge. Jedno vreme smo dobijali Annales d' oculistique i Vestnik oftalmologii. Naš Acta ophthalmologica Jugoslavica redovno dobijaju svi lekari.

Za 25 godina postojanja i rada Oftalmološka služba u Leskovcu obavila je izuzetno veliki posao i obiman zadatak. Pomenućemo samo neke osnovne podatke koji rečito govore o tome i najbolje ilustruju ovu ocenu. Izvršili smo oko 600.000 pregleda, 25.000 konsultacija u drugim odeljenjima u okviru Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu, obavili oko 25.000 manjih intervencija na organu vida, hospitalizovano je blizu 13.000 bolesnika i urađeno blizu 7.000 hirurških zahvata.

U kabinetu za lečenje slabovidne i razroke dece od 1978. godine do sada lečeno je 557 malih pacijenata. Od toga su 164 operisana sa 190 operativnih zahvata. Isto tako je obavljeno oko 30.000 ortoptičko-pleoptičkih vežbi.

Na kraju, izražavam veliku zahvalnost kolektivu Oftalmološke službe Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu koji je svojim primernim i samopregornim radom doprineo da se postignu pomenuti rezultati u ovoj Službi u proteklom periodu. Takođe smo zahvalni na pomoći i razumevanju od strane lekara, profesora i naših kolega sa beogradskih klinika. Oni su nam u svakoj prilici, kako priliči, pomagali u stručnom radu, podržavali i podsticali. Isto tako zahvalnost dugujemo razumevanju i pomoći koju smo u svakom momentu imali od strane Medicinskog centra i društveno-političke zajednice Leskovca.

(Ovaj rukopis je podnet 3. novembra 1984. godine na sastanku oftalmološke sekcije SLD Srbije koja je održana u Leskovcu povodom obeležavanja 25-godišnjice osnivanja i rada Oftalmološke službe leskovačkog Medicinskog centra „Moša Pijade“).

CONTENTS

ORIGINALIA

Krainčanić-Kostić S, Kostić Đ: Development of the mycotic diseases on the territory of Dermatovenerological center from 1980 till 1982	7
Mustafić B, Milošević S, Marković Lj, Popović M, Stanković B: Dermal infections caused by flour among workers of „UMI-PEK“ in Leskovac	12
Stošić A, Tasić M, Stanković M, Argirović D: Influence of the state of health of the workers employed in the security service on the effectual security of the working organization	15
Živković S, Živković M, Levi M, Ristić V: Air contamination of living and working environment as causes of non-specific respiratory diseases in Leskovac region in 1983.	21
Veličković M: Alcohol and construction workers.	24
Kocić M: Surgical indications and contraindications in the treatment of angular glaucoma	27
Kocić M, Manić M, Jović B: A contribution to the study of newborn retinal hemorrhages	31
Mitov D, Srećić Ž, Stojanović D: Frequency of the carcinoma of the lung and bronchi in last ten years on the territory of Pneumophthisical center in Leskovac	35
Nikolić M, Ilić I, Simonović M, Diskić Lj: Pleural exudates in patients treated at Pneumophthisical department of Medical center in Leskovac in period from 1971 to 1980	41
Jekić M: Results of treatment of traffic accident victims brought to hospital by non ambulance transportation	46
Ristić V, Stojanović S, Levi M, Živković S: Injuries of pelvis with injuries of lower urinary tract in traffic accidents	50
Levi V, Cvetković V, Argirović D, Simić K: Frequency of dental infections in our patients	53
Simić K, Tričković-Mitrović Lj, Andrejević V, Simić B: Importance of timely surgical curettage of periodontal pocket for adequate prosthetic therapy	57
Turović M, Turović R: Significance of the cooperation of child dentist and pediatrician in everyday practice	61
Kulić M, Kocić M, Rajković V: Leptospirous iridocyclitis	64
Nikolić M, Simonović M: Iatrogenic tuberculosis in patients treated at Pneumophthisical department of Medical center in Leskovac	67

PERMANENT EDUCATION

Mladenović D: Evaluation of importance of citological diagnostics in clinical practice	75
Pavlović S: Citology in contemporary diagnostics of human pathology	78
Pavlović V: Gene mutations as invisible changes of chromosomes and inherited diseases	84
Tričković-Mitrović Lj, Todorović M: Approximate aesthetic hook	89
Stošić A, Tasić M: Elements for the evaluation of working abilities of workers employed in the security service	92
Jekić M, Ateljević M, Bogunović P: CT in traffic traumatology	97
Kostić O: Ultrasound-application and side effects	99

CONTRIBUTIONS TO THE HISTORY OF OUR WELFARE SYSTEM

Ristić V: Report on the activities in Serbian Medical Association Branch Leskovac in 1984 and 1985	107
Manić M: Twenty five years of Ophthalmological service in Leskovac	112

UPUTSTVO SARADNICIMA

Časopis *APOLLINEM MEDICUM ET AESCULAPIUM*, pored katalog 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 белој hartiji uz slobodan prostor na leve strane od oko 5 cm. Redakciji treba dostaviti original i dve kopije, od kojih su original i prva kopija sušđeveni svim potrebnim priložima.

PRVA STRANA treba da sadrži: a) puni naziv rada na srpskohrvatskom i engleskom jeziku, b) puna imena autora, c) instituciju, odeljenje ili ošdek i mesto u kojem je rad urađen. **SAŽETAK**, koji ne treba da bude duži od 150 reči treba da ukretko 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 zagradama, 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 Medicus*.

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, Maniam AA, Davis JM, Stripkus A (1974): Studies in 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 natpiscima, a u tekstu označiti mesto za njih.

GRAFIKONE raditi tušom u dvostrukoj veličini na puni-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 detaljan 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 staze vrši stitnje ispravke, a u spornim slučajevima u sporazumu sa autorom. Redakcija ne uzima u razmatranje rukopise koji nisu pripremljeni prema ovom uputstvu.

U vezi tekstova sa druge rubrike obratiti se glavnom uredniku radi dogovora.

Rukopise slati ili lično dostaviti: Biblioteci Podružnice Srpskog lekarskog društva, Sovinarska Markovića 116, 16000 Leskovac.

UREDIVAČKI ODBOR

SADRŽAJ

ORIGINALIA

Dermatovenerologija

- Krajinčević-Kostić S, Kostić D: Kretanje mikotičnih oboljenja na teritoriji Dermatovenerološkog dispanzera od 1980. do 1982. 7

medicina rada

- Mustafić B, Milošević S, Marković IJ, Popović M, Stanković B: Dermatoze izazvane prašinom brašna radnika Mlinsko-peharske industrije „UMI-PEK“ u Leskovcu. 12
- Stošić A, Tasić M, Stanković M, Argirović D: Uticaj zdravstvenog stanja radnika službe obezbeđenja na efikasno obezbeđivanje radne organizacije. 15
- Živković S, Živković M, Levi M, Ristić V: Aeroragadenja životne i radne sredine kao uzrok pojave nespecifičnih respiratornih oboljenja na regionu Leskovca u 1983. godini. 21

neuropsihijatrija

- Veličković M: Alkohol i radnici u građevinarstvu. 24

oftalmologija

- Kocić M: Hirurške intervencije i kontraindikacije u lečenju angularnog glaukoma. 27
- Kocić M, Munić M, Jović B: Retinalne hemoragije kod novorođenčadi i na prilog njihovom proučavanju. 31

pneumofiziologija

- Milor D, Srećić Z, Stojanović D: Učestalost karcinoma bronha i pluća za poslednjih deset godina na području Pneumofiziološkog dispanzera Leskovca. 35
- Nikolić M, Ilčić I, Simunović M, Diskić LJ: Pleuralni izlivi u bolesnika lečenih na Grudnom odeljenju Medicinskog centra u Leskovcu u periodu od 1971. do 1980. 41

saobraćajna medicina

- Jekić M: Rezultati lečenja povredjenih u saobraćaju drvenihjenih slučajnim transportom. 46
- Ristić V, Stojanović S, Levi M, Živković S: Posrede karlice sa povredama donjih uzimarnih puteva u saobraćajnim nezgodama. 50

stomatologija

- Levi V, Cvetković V, Argirović D, Simić K: Učestalost dentogenih infekcija kod naših pacijenata. 53
- Simić K, Trifković-Mitrović LJ, Andrejević V, Simić B: Značaj pravovremene hirurške kretake protodentalnih džepova za adekvatnu protetsku terapiju. 57
- Turović M, Turović B: Značaj kirurški dečica stomatologa i pedijatra u svakodnevnoj praksi. 61

iz prakse

- Kulić M, Kucić M, Rajković V: Lepospirozni tridocikliti. 64
- Nikolić M, Simunović M: Jarogena tuberkuloza u bolesnika lečenih na Grudnom odeljenju Medicinskog centra „Moka Pljake“ u Leskovcu. 67

NEPREKIDNO USAVRSAVANJE

- Mladenović D: Procena vrednosti citološke dijagnostike kroz kliničku praksu. 75
- Pavlović S: Citologija u savremenoj dijagnostici patoloških stanja čoveka. 78
- Pavlović V: Mutacije gena kao promene koje se ne vide na hromozomima i nasledne bolesti. 84
- Trifković-Mitrović LJ, Todorović M: Aproximalna estetska kukica. 89
- Stošić A, Tasić M: Osnovi za ocenjivanje radne sposobnosti radnika službe obezbeđenja u radnim organizacijama. 92
- Jekić M, Ateljević M, Bogunović P: Kompiuterizovana tomografija u saobraćajnoj traumatologiji. 97
- Kostić O: Ultrazvuk — primena i neželjeni efekti. 99

PRILOZI ISTORIJI NAŠEG ZDRAVSTVA

- Ristić V: Izveštaj o radu Podružnice SLD za period januar-decembar 1984. 107
- Ristić V: Izveštaj o radu Podružnice SLD za period januar-decembar 1985. 110
- Munić M: Četvrti veka Oftalmološke službe u Leskovcu. 112