

AC PANACEAM IURO DEOSQUE OMNES ITEMQUE
 DEAS TESTES FACIO ME HOC IUSIURANDUM ET HANC
 CONTESTATIONEM PRO VIRIBUS ET IUDICIO MEO
 INTEGRE SERVATURUM ESSE;
 PRAECEPTOREM, QUI ME HANC EDOCEAT ARTEM,
 PARENTUM LOCO HABITURUM VITAM
 COMMUNICATURUM EAQUE, QUIBUS OPUS HABUERIT,
 IMPERTITURUM; EOS ITEM QUI EX EO NATI SUNT,
 PRO FRATRIBUS MASCLIS IUDICATURUM ARTEMQUE
 HANC SI DISCERE VOLLERINT, ABSQUE MERCEDE
 ET PACTO EDOCTURUM PRAECEPTIONUM AC
 AUDITIONUM RELIQUAEQUE TOTIUS DISCIPLINAE
 PARTICIPES FACTURUM, TUM MEOS, TUM
 PRAECEPTORIS MEI FILIOS, IMMO ET DISCIPULOS,
 QUI MIHI SCRIPTO CAVERINT ET MEDICAM
 IUSIURANDO ADDETI FUERINT, ALIUM VERO
 PRAETER HOS NULLUM.
 CETERUM QUOD AD ALIROS ATTINET SANANDOS,
 DIAETAM IPSIS CONSTITUAM PRO FACULTATE
 ET IUDICIO MEO COMMENDAM, OMNEQUE
 DETRIMENTUM ET INIURIAM AB IIS PROHIBEBO,
 NEQUE VERO ULLIUS PRECES APUD ME ADEO
 VALIDAE ERUNT, UT CUSPIAM 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 CHIRURGICAE OPERANDI PRORSUS REI
 FACIENDAE LOCUM DABO.
 IN QUASCUMQUE ALIENI DOMUS INGEREDIAR, OB
 UTILITATEM AEGROTANTUM INTRABO, AB
 OMNIQUE INIURIA VOLUNTARIA INFERENDA ET
 CORRUPTIONE CUM AILA, TUM PRAESERTIM OPERUM
 VENENORUM ABSTINEBO.
 QUAE CUMQUE VERO INTERFURANDUM VIDERO
 AUT AVITI VERO, IMMO ETIAM AD MEDICANDUM NON
 ADHIBITUS IN COMMUNI ERGASTULO VETA
 COGNOVERO, EA SI QUIDEM PERICULUM NON
 CONTINEANT, TACEBO ET TAMQUAM ARCANIA APUD
 ME CONTINEBO.
 HOC Igitur IUSIURANDUM MIHI INTEGRE
 SERVANTI ET NON CONTINGENTI CONTINEAT
 ET VITA ET ARTE FELICITER FUIT ET APUD OMNES
 HOMINES IN PERPETUUM GLORIAM MEAM
 CELEBRARI, TRANSIRE DEBENT, AC TEM ET PIERANTI
 HIS CONTRARIA EVENIANT.

APOLLINEM MEDICUM

Časopis Podružnice Srpskog lekarskog društva u Leskovcu broj 7, 1988.

Uređivački odbor:

Prim. dr Milan Levi, prim. dr Miloš Manić, prim. dr Ljubiša Matić, dr Vlastimir Perić, prim. dr Vukadin Ristić, prim. dr. sci med. Milorad Sokolović, prim. dr Tomislav Stojičić, prim. dr Miodrag Tasić, dr Bisenija Staniković, prim. dr Trajko Miljković, prim. dr Veselin Petrović, prim. dr Siniša Stamenković, dr Svetozar Avramović, dr Jelica Dimitrijević, dr Tomislav Cveta-nović, prim. dr Vlastimir Cvetković.

Glavni i odgovorni urednik:

dr Miomir Milovanović

Radakcioni odbor:

Prof. dr Obrad Kostić, Institut za fiziologiju Medicinskog fakulteta u Nišu, prof. dr Svetislav Soldatović, Klinika za ortopediju i traumatologiju u Nišu, prof. dr Radosav Živić, Klinika za pedijatriju u Nišu, prof. dr Srboljub Đorđević, Klinika za stomatologiju u Nišu, prof. dr Vojislav Kostić, Klinika za hirurgiju u Nišu, prof. dr Aleksandar Parunović, Klinika za očne bolesti u Beogradu, prof. dr Vlastimir Mladenović, Zavod za reumatologiju u Beogradu, doc. dr Vladimir Popović, Institut za medicinu rada u Nišu, prof. dr Srećko Pandurović, Institut za sudsku medicinu u Beogradu, prof. dr Miroslav Antonijević, Institut za mentalno zdravlje Beograd, doc. dr Slobodan Apostolski, Neurološka klinika Beograd.

Izdavački savet:

Prim. dr Vukadin Ristić, predsednik, Slobodan Mladenović, profesor, Irena Colić, profesor, prim. dr Veselin Petrović, prim. dr Miodrag Tasić, dr Mili-voje Stanković, Julijana Konić, profesor, prim. dr Siniša Stamenković.

Lektor za engleski jezik

Aleksandra Novaković-Milovanović, psiholog

ET AESCULAPIUM

ORIGINALIA

POJAVA PROŠIRENIH VENA DONJIH EKSTREMITETA KOD TEKSTILNIH RADNIKA „CRVENA ZVEZDA“ U LESKOVCU

Lower extremity varicose veins in textile workers of „Crvena Zvezda“ factory in Leskovac

Ljiljana Marković, Bećir Mustafić, Slobodan Cvetanović

SIZ zdravstvene zaštite opštine Leskovac

Sažetak

Pokušali smo da prikažemo uzroke koji dovode do pojave proširenih vena na donjim ekstremitetima. U ispitivanju je korišćena eksperimentalna metoda — metoda paralelnih grupa. Uzeta je eksponirana grupa radnika u predionici češljanog prediva, koji posao obavlja isključivo stojeći i kontrolna grupa administrativni radnici, koji posao obavlja sedeći. Eksponirana grupa radnika broji 150, od toga 70 muškaraca i 80 žena. Kontrolna grupa broji 50, od toga 21 muškarac i 29 žena. Uzroci oboljevanja su utvrđivani prema: vrsti posla — stojeći, sedeći, prema dužini radnog staža, prema godinama starosti, prema nasleđu, deformitetima stopala i broju porođaja kod žena.

Zaključili smo da radnici koji posao obavljaju stojeći oboljevaju u većem broju od radnika koji posao obavljaju sedeći. Dužina eksponiranja na poslu ima uticaj na pojavu oboljenja kod žena, koje i ranije oboljevaju, dok je kod muškaraca taj uticaj zanemarujući. Godine života imaju uticaj na pojavu oboljenja. Nasledni faktor doprinosi pojavu oboljenja, naročito kod radnika čiji su roditelji oboleli od ove bolesti. Ravni tabani imaju dosta uticaja na pojavu oboljenja, kako kod muškaraca tako i kod žena, koji posao obavljaju stojeći. Žene sa većim brojem porođaja više oboljevaju od žena sa jednim porođajem.

Uvod

Naše ispitivanje se odnosi na tekstilne radnike u predionici češljanog prediva. Posao prelca je veoma dinamičan i obavlja se isključivo stojeći,

Rad čitan na VI kongresu medicine rada u Novom Sadu 23. 06. 1983.

Adresa autora:

Dr Ljiljana Marković, Ul. Ilije Strele 7/6
Leskovac

Abstract:

We have tried to identify causes of varicose veins of lower extremities. We used method of parallel groups. First group consisted of textile workers who worked in standing position only. Second group consisted of administration personnel who had sedentary jobs. In first group there were 150 workers, 70 men and 80 women, in second there were 50, 21 men and 29 women. Following variables were considered, body position during the work, number of working years, age, heredity, deformity of the feet, number of childbirths in women. We concluded that workers who work in standing position are more prone to varicose veins. Former illnesses and duration of standing position working are in correlation with this disease in women (and not in men). Heredity, age and flat feet as well as number of childbirths in women are also in correlation with varicose veins.

uz puno angažovanje u toku osmočasovnog radnog vremena. Stalna pokretljivosti u toku rada, brza manipulativnost ruku i spretnost prstiju, vid na blizinu i sposobnost vizuelnog koordiniranja su osnovne karakteristike rada na ovom poslu.

Imajući u vidu tehnologiju posla pri proizvodnji prediva kao i etiološke faktore koji dovode do oboljenja vena, može se očekivati da su ona posledica

specifičnosti položaja tela pri radu. Pri tome treba utvrditi i uticaj naslednog faktora na pojavu proširenih vena donjih ekstremiteta. U tom slučaju tehnologija posla doprineće bržem oboljevanju od proširenih vena kod radnika koji su dispoziciono predodređeni.

Cilj rada je da se utvrdi pojava uticaja relevantnih faktora na pojavu proširenih vena donjih ekstremiteta kod tekstilnih radnika, koji posao obavljaju isključivo stojeći.

Metod rada:

U cilju utvrđivanja pojave oboljenja proširenih vena kod prelaca, pošlo se od sledećih uticaja:

- priroda posla koja se obavlja,
- godine starosti radnika,
- pol,
- radni staž,
- ravni tabani,
- nasleđe,
- broj porođaja,

Za ispitivanje ove pojave korišćena je eksperimentalna metoda — metoda paralelnih grupa.

Uzeta je eksponirana grupa radnika koja radi za mašinom i stoji više od 4 h i kontrolna grupa, koja praktično obavlja rad u sedećem položaju.

Eksponirana grupa broji 150, od toga 80 žena i 70 muškaraca iz odeljenja predionice vlačnog prediva.

Kontrolna grupa broji 50, od toga 29 žena i 21 muškarac. To je uglavnom pogonska režija.

Radnici su ispitivani u okviru kontrolno-periodičnog pregleda.

Rezultati ispitivanja:

I. Prema vrsti poslova koje obavljaju radnici u predionici češljanog prediva i radnici na poslovima koji se obavljaju sedeći, rezultati obavljenih pregleda su sledeći:

U grupi muškaraca kod eksponirane grupe nađeno je od ukupno pregledanih 70 muškaraca, 27 obolelih (46,5%), dok je kod kontrolne grupe taj broj iznosio 4 (36,3%). U grupi žena kod eksponirane grupe nađeno je od ukupno pregledanih 80 žena 31 (53,5%) obolela, dok je kod kontrolne grupe taj broj iznosio 7 (63,7%).

II. Prema dužini radnog staža i prema vremenu eksponiranja na poslu, koji su od uticaja na pojavu oboljenja, dobiveni su sledeći rezultati:

U grupi muškaraca kod eksponirane grupe od ukupno pregledanih

ZASTUPLJENOST OBOLJENJA PO POLU

Tabela br. 1

POL	EKSPONIRANA GRUPA			KONTROLNA GRUPA		
	Pregledano	Obolelo	%	Pregledano	Obolelo	%
MUŠKARCI	70	27	46,4	21	4	36,3
ŽENE	80	31	53,5	29	7	63,7
UKUPNO	150	58	100,0	50	11	100,0

ZASTUPLJENOST OBOLJENJA PREMA DUŽINI RADNOG STAŽA

Tabela br. 2

GODINE RADNOG STAŽA	EKSPONIRANA GRUPA				KONTROLNA GRUPA			
	MUŠKARCI		ŽENE		MUŠKARCI		ŽENE	
	Broj pregled.	Broj obolel.	Broj pregl.	Broj obolel.	Broj pregl.	Broj obolel.	Broj pregl.	Broj obolel.
0—9	17	3	40	6	—	—	7	1
10—19	26	10	18	13	12	—	9	1
20—29	23	10	21	11	7	2	13	5
30—39	4	4	1	1	2	2	—	—
UKUPNO	70	27	80	31	21	4	29	7

70 radnika najveći broj oboljeva između 20—29 godina. I u kontrolnoj grupi muškaraca najveći broj oboljeva u tom periodu.

U grupi žena kod eksponirane grupe nađeno je da najveći broj oboljeva od 10—19 godina radnog staža, dok kod kontrolne grupe, najveći broj oboljenja je zastupljen između 20—29 godina.

Godine radnog staža — dužina eksponiranja kod radnika — muškaraca koji posao obavljaju u predionici, oboljevaju od proširenih vena u istom periodu kao i radnici na sedećim poslovima. Međutim ova pojava kod

žena u predionici je sa kraćim radnim stažom u odnosu na žene koje obavljaju posao sedeći, koje oboljevaju kasnije.

III. Prema godinama starosti, koje su od uticaja na pojavu varikoziteta, dobiveni su sledeći rezultati:

U grupi muškaraca kod eksponirane grupe nađeno je od ukupno pregledanih 70 radnika, da najveći broj oboljeva između 40—49 godine 11 (44%), dok kod kontrolne grupe muškaraca oboljenje se javlja posle 50-te godine starosti.

U grupi žena kod eksponirane grupe nađeno je od ukupno pregleda-

ZASTUPLJENOST OBOLJENJA PREMA GODINAMA STAROSTI

Tabela broj 3

GODINE STAROSTI	EKSPONIRANA GRUPA				KONTROLNA GRUPA			
	MUŠKARCI		ŽENE		MUŠKARCI		ŽENE	
	Broj preg.	Broj obol.	Broj preg.	Broj obol.	Broj preg.	Broj obol.	Broj preg.	Broj obol.
20—29	17	4	35	5	—	—	4	—
30—39	23	9	17	16	7	—	12	2
40—49	25	11	19	6	10	—	11	4
preko 50	3	3	9	4	4	4	2	1
UKUPNO	70	27	80	31	21	4	29	7

nih 80 da najveći broj oboljeva između 30—39 godina (84,2%), dok kod kontrolne grupe preko 50-te godine starosti.

IV. Prema deformitetu stopala, odnosno zastupljenosti ravnih tabana, koji su isto od uticaja na pojavu ovog oboljenja dobiveni su sledeći rezultati:

ZASTUPLJENOST RAVNIH TABANA

Tabela broj 4

EKSPONIRANA GRUPA								KONTROLNA GRUPA							
MUŠKARCI				ŽENE				MUŠKARCI				ŽENE			
Broj preg.	Broj obol.	Rav. tab.	Bez r. tab.	Broj preg.	Br. obol.	Rav. tab.	Bez r. tab.	Broj preg.	Br. obol.	Rav. tab.	Bez r. tab.	Br. preg.	Br. obol.	Rav. tab.	Bez r. tab.
70	27	8	19	80	31	14	17	21	4	—	4	29	7	2	5

U grupi muškaraca kod eksponirane grupe od 27 obolelih nađeno je da 8 ima ravne tabane (29,6%), dok kod kontrolne grupe muškaraca nije nađen nijedan slučaj sa ravnim tabanima.

U grupi žena kod eksponirane grupe od 31 obolele, nađeno je 14 radnica sa ravnim tabanima (45,1%),

dok kod kontrolne grupe žena na 7 obolelih nađeno je 2 slučaja sa ravnim tabanima.

V. Prema zastupljenosti oboljenja čiji su roditelji oboleli od proširenih vena na donjim ekstremitetima, dobiveni su sledeći rezultati:

ZASTUPLJENOST OBOLJENJA U ODNOSU NA OBOLELE RODITELJE

Tabela broj 5

EKSPONIRANA GRUPA								KONTROLNA GRUPA							
MUŠKARCI				ŽENE				MUŠKARCI				ŽENE			
Br. preg.	Br. obol.	Ob. rod.	Bez ob. r.	Br. preg.	Br. obol.	Ob. rod.	Bez ob. r.	Br. preg.	Br. obol.	Ob. rod.	Bez ob. r.	Br. preg.	Br. obol.	Ob. ro.	Bez obol.
70	27	10	17	80	31	18	13	21	4	—	4	29	7	2	5

U grupi muškaraca kod eksponirane grupe od 27 obolelih nađeno je da 10 roditelja ima proširene vene donjih ekstremiteta (37,3%) dok kod kontrolne grupe nema obolelih roditelja.

U grupi muškaraca kod eksponi-

rane grupe do 31 obolele nađeno je da 18 roditelja obolelo od varikoziteta (56,4%), dok kod kontrolne grupe od 7 obolelih nađeno je 2 roditelja sa proširenim venama.

ZASTUPLJENOST OBOLJENJA U ODNOSU NA BROJ POROĐAJA

Tabela broj 6.

Ž E N E									
EKSPONIRANA GRUPA					KONTROLNA GRUPA				
Broj obol.	Bez por.	Sa jed. porođ.	Sa dva porođ.	Preko dva porođaja	Broj obol.	Bez por.	Sa jed. porođ.	Sa dva porođ.	Preko dva porođaja
31	1	11	19	1	7	1	3	2	1

VI. Prema zastupljenosti oboljenja u odnosu na broj porođaja kod žena, dobiveni su sledeći rezultati:

U grupi žena kod eksponirane grupe od 31 obolele, najviše je obolelo 19 žena sa dva porođaja, dok kod kontrolne grupe 3 sa 1 porođajem. Ovo potvrđuje našu hipotezu i govori da je varikozno oboljenje češće kod višerotki i da je svaka naredna trudnoća novi rizik za nastajanje varikoziteta kod žena koje posao obavljaju stojeći.

Zaključak

Na osnovu dobivenih podataka sa obavljenih pregleda i praćenja pojave oboljevanja od proširenih vena donjih ekstremiteta, mogu se izvući sledeći zaključci:

1. Na poslovima koji se obavljaju stojeći, radnici oboljevaju u većem broju od radnika koji posao obavljaju sedeći.

2. Radni staž, odnosno dužina eksponiranja ima uticaja na pojavu oboljenja kod žena. One ranije oboljevaju, dok kod muškaraca taj uticaj je zanemarujući.

3. U srednjim godinama života oboljevaju radnici koji posao obavljaju stojeći u odnosu na radnike koji po-

sao obavljaju sedeći, i koji oboljevaju u kasnijim godinama.

4. Nasledni faktor doprinosi pojavi oboljenja, naročito kod radnika čiji su roditelji oboleli od proširenih vena donjih ekstremiteta i koji posao obavljaju stojeći dok taj faktor nije prisutan kod kontrolne grupe.

5. Ravni tabani imaju uticaja na pojavu oboljenja kod radnika koji posao obavljaju stojeći, kako kod žena tako i kod muškaraca, dok u grupi koja posao obavlja sedeći taj broj je zanemarujući naročito kod žena.

6. Žene sa većim brojem porođaja treba očekivati da će više oboljevati od žena sa jednim porođajem.

Ukazuje na potrebu izmenjene organizacije rada, uvođenje kratkih pauza u radu. Omogućiti da u toku procesa rada radnik sedne (moguće je dodati podesne stolice) i legalizovati taj odmor. U celini treba mašinu prilagoditi čoveku tj. humanizovati rad.

Izgraditi određen sistem u odnosu na prethodne lekarske preglede pri stupanju u radni odnos kao i određene dopune u izvođenju sistematskih kontrolnih pregleda radnika, posebno onih na eksponiranim radnim mestima.

Organizovati primarno osnovnu zdravstvenu zaštitu uz posebno akcentiranje zaštite zdravlja žena, odnosno zaštite radnika.

Način života i rada je osnovna preventivna mera u borbi protiv ovog

oboljenja. Izbegavati duže stajanje i na poslu i kod kuće, a već kod pojave oboljenja treba koristiti određena po-

magala: elastične čarape i elastične zavoje, a kod ravnih tabana nositi ortopedске uloške.

Literatura

1. VII Kongres lekara Srbije, — Beograd, 1976.
2. Flebologija — simpozijum o patološkim stanjima venske cirkulacije ekstremiteta, Ljubljana, 1976.
3. Baričević J: Uvod u flebologiju, Ljubljana 1976.
4. Medicinska enciklopedija: Zagreb, 1964. knjiga br. X.
5. Sodeman: Patološka fiziologija, 1964.

POVREDE U SAOBRAĆAJU I NASTANAK INVALIDITETA KOD VOZAČA RO „JUGEKSPRES“

Traffic traumatism and disability of drivers at the transport organization „Jugekspres“ — Leskovac

Mile Stanković, Vukadin Ristić, Milan Levi, Veselin Petrović

Dom zdravlja — Medicina rada Leskovac
Medicinski centar „Moša Pijade“

Sažetak:

Saobraćajni traumatizam je poslednjih godina u stalnom porastu i kao njegova posledica se javlja, pored velikog broja poginulih i nastradalih i veliki broj doživotnih invalida sa smanjenom radnom sposobnošću.

Za poslednjih 6 godina u RO „Jugekspres“ penzionisano je 82 upošljenika kao invalidi rada I, II ili III kategorija invalidnosti, dok je u radnom odnosu ostalo 19, ali sa radom sa skraćenim radnim vremenom ili sa punim radnim vremenom, ali na drugom radnom mestu koje odgovara njihovoj preostaloj radnoj sposobnosti.

Zbog povreda u saobraćaju u poslednjih 6 godina samo je jedan vozač penzionisan, dok je jedan ostao u radnom odnosu, ali na drugom radnom mestu. Ova brojka nam daje dovoljno podataka da zaključimo da, iako je traumatizam u saobraćaju u porastu, broj invalida rada još uvek je relativno mali u odnosu na invaliditet usled ostalih faktora i oboljenja.

Jugoslavija spada u red zemalja koje u odnosu na populaciju i broj aktivnih osiguranika ima procentualno najveći broj penzionera. Od ukupnog broja penzionera veliki procenat je invalidskih penzionera koji su zbog bolesti ili povreda morali ranije da napuste radno mesto i prekinu svoj radni vek.

Abstract:

During last years traffic traumatism is constantly increasing and as its consequence there are, besides a great number of killed persons, also large number of permanently disabled persons with reduced working ability.

In last 6 years at the Transport organization „Jugekspres“ 82 workers have retired as work invalids of I, II of III disability category, while 19 workers continued to work with shorter working time, or, some of them still work full time but they are transferred to other places which suit their remaining working ability.

During these six (6) years only one driver has retired due to injuries acquired in traffic accident, while another one remained in the job but has been transferred to another position. This figure gives us enough data according to which we can conclude that, inspite of traffic traumatism which is increasing the number of work invalids is still relatively low if we have in mind the percentage of disability due to other factors and diseases.

Cilj rada je analiza invaliditeta za poslednjih 6 godina (1980—1985) u RO „Jugekspres“ sa posebnim osvrtom na invaliditet nastao kao posledica saobraćajnog traumatizma.

Podatke o traumatizmu u saobraćaju i povredama na radu smo koristili iz Službe zaštite na radu RO „Jugekspres“, a podatke o broju pen-

zionisanih i o kategorijama invalidnosti iz Kadrovske službe iste organizacije.

Za poslednjih 6 godina (1980—1985) penzionisan je 101 radnik iz ove radne organizacije—od toga 80% je završilo radni vek kao invalidski penzioner a samo 20% je otišlo u zasluženu penziju kao radnici koji su ispunili starosnu granicu, ili navršili puni aktivni penzijski staž propisan zakonom. 1980. godine i 1982. svi koji su penzionisani nalaze se u grupi invalidskih penzionera, u ostalim godinama taj postotak je nešto niži, ali i dalje na račun invalidskih penzionera.

Najveći broj invalida rada koji su penzionisani u ovom periodu su okategorisani kao invalidi I kategorije i njihov broj je najveći u starosnoj grupi 50—60 god. ali nije zanemar-

ljiv broj istih i u starosnoj grupi 40—49 godina. Relativno mali broj invalida I kategorije se nalazi u dobnoj grupi 30—39 godina starosti. U strukturi invalidnosti u donosu na pol značajno je da je daleko manje žena invalida rada od osoba muškog pola, da je veći broj invalida rada I (prve) kategorije a znatno manje invalida sa preostalom radnom sposobnošću.

Od ukupnog broja invalida rada, koji su po tom osnovu penzionisani, jedan značajan deo je invalida profesionalnih vozača. Po godinama posmatranja ne uočava se porast ili pad broja invalidskih penzionera i on se kreće u procentima od 1,49% do 0,60% u odnosu na broj zaposlenih u radnoj organizaciji, odnosno kod vozača se kreće od 0,32% do 0,17%.

Tabela br. 1

STRUKTURA PENZIONISANIH RADNIKA ZA PERIOD 1980—1985. god.

God.	Uk. broj zapošlj.	Br. penz.	Br. inv. penz.	%
1980	1540	23	23	100
1981	1602	24	16	67
1982	1610	10	10	100
1983	1630	14	10	71
1984	1656	13	10	77
1985	1710	17	13	76

Tabela br. 2

KATEGORIJE INVALIDNOSTI PREMA GODINAMA STAROSTI

God.	Godine starosti i kategorije invalidnosti				
	30—39	40—49	50—60		
	I kateg.	I kateg.	I	II	III
1980		3	16	4	
1981	1	2	9	1	3
1982	1	4	4	1	
1983		2	7	1	
1984		1	8	1	
1985		2	8	3	

Tabela br. 3

POJAVA KATEGORIJE INVALIDNOSTI U ODNOSU NA POL

God.	Ž E N E				M U Š K A R C I			
	Kategorije invalidnosti							
	I	II	III	Ukupno	I	II	III	Ukupno
1980	2			2	17	4		21
1981	1		1	2	11	1	2	14
1982					9	1		10
1983	2	1		3	7			7
1984					9	1		10
1985		1		1	10	2		12

Tabela br. 4

DISTRIBUCIJA INVALIDA RADA VOZAČA I OSTALIH PROFESIJA PREMA GODINAMA POSMATRANJA

God.	Uk. broj zapošlj.	Uk. broj inv. rada	%	Broj inv. vozača	%
1980	1540	23	1,49	5	0,32
1981	1602	16	0,99	4	0,24
1982	1610	10	0,62	4	0,25
1983	1630	10	0,62	3	0,18
1984	1656	10	0,60		
1985	1710	13	0,76	3	0,17

Tabela br. 5

UPOREĐIVANJE RAZLIKE POJAVE KATEGORIJE INVALIDNOSTI IZMEĐU VOZAČA I DRUGIH PROFESIJA

God. starosti	V O Z A Č I			OSTALE PROFESIJE			
	Kategorije invalidnosti						
	I	II	III	I	II	III	Ukupno
Do 29							
30 — 39			1			5	6
40 — 49			4		2	4	10
50 — 55			3		1	4	8

U strukturi invaliditeta sa preostalom radnom sposobnošću kod radnika koji su još uvek u radnom odnosu u grupi profesionalnih vozača prevladava

treća kategorija invalidnosti, dok kod ostalih profesija zastupljena je pored treće i druga kategorija invalidnosti, ali u relativno manjem broju.

Tabela br. 6

DISTRIBUCIJA POVREĐIVANJA VOZAČA I OSTALIH PROFESIJA

God.	VOZAČI			OSTALE PROFESIJE		
	Uk. broj	Br. povr.	%	Uk. broj	Br. povr.	%
1980	459	47	10,23	1081	49	4,53
1981	455	33	7,25	1147	35	3,05
1982	459	32	6,97	1151	45	3,90
1983	468	26	5,55	1162	55	4,73
1984	483	46	9,52	1173	38	3,23
1985	511	31	6,06	1199	48	4,00

Vozači su u toku radnog procesa više izloženi povređivanju od ostalih profesija. Kao prilog tome govori i gornja tabela gde je najveći procenat povređivanja 10,23% 1980. odnosno

najmanji 5,5% 1983. god. a kod ostalih profesija najveći procenat povređivanja je zabeležen 1983. — 4,73%, odnosno najmanji 3,05% u 1981. godini.

Tabela br. 7

DISTRIBUCIJA POVREDA KOD VOZAČA PREMA MESTU NASTANKA

God.	Uk. broj povr.	Povrede u saobraćaju					Povrede van saobraćaja				
		Smrt.	Teš.	Lake	Uk.	%	Smrt.	Teš.	Lake	Uk.	%
1980	47	1	1	12	14	30	1	32	33	70	
1981	33			4	4	12	1	28	29	88	
1982	32		1	3	4	12,5	3	25	28	87,5	
1983	26			3	3	11,5		23	23	88,5	
1984	46		2	35	37	80		9	9	20	
1985	31			8	8	26	1	3	19	23	74

Tabelarno smo izdvojili povrede kod vozača koje su nastale u saobraćaju—saobraćajnim nezgodama od povreda koje su nastupile pri dolasku, odlasku sa posla ili u toku rada oko vozila, jer su prve daleko teže i imaju

tragičnije posledice. Procentualno su povrede van saobraćaja zastupljene tri do četiri puta i to pretežno lake povrede a smrtonosne i teške povrede približno imaju podjednak broj slučajeva za posmatrani period.

Tabela br. 8

PREGLED PENZIONISANIH ZBOG OBOLJENJA I POVREDA

God.	Penzionisani zbog obolj.		Penzionisani zbog povreda	
	Vozači	Ostale prof.	Vozači	Ostale prof.
1980	7	16	0	0
1981	7	9	0	0
1982	3	5	1	1
1983	2	8	0	0
1984	5	5	0	0
1985	6	7	0	0
Ukupno	30	50	1	1

U strukturi penzionisanih vozača u poređenju sa ostalim profesijama i kod jedne i kod druge grupe su pretežno kvalifikovana pri oceni radne sposobnosti oboljenja i stanja pojedinih organa i sistema, dok je zbog povreda na radu okategorisano invalidskim penzionerima samo po jedan radnik obe grupacije od 1980. do 1985. god.

Uslovi rada vozača su nepovoljniji u odnosu na ostale profesije i smatra se da je ta grupacija radnika izložena često stresnim situacijama. Kao rezultat tih stresnih situacija i načina života javljaju se i određena psihosomatska oboljenja koja kasnije ostavljaju invaliditet kod ovih radnika. Podaci koje smo dobili odlikavaju donekle ovakvu situaciju, te nam je u ovom periodu posmatranja veći broj invalidskih od starosnih penzionera.

Što se tiče traumatizma na radnom mestu i saobraćaju, dobijeni podaci potvrđuju da je on češći kod profe-

sionalnih vozača, ali što se tiče invaliditeta koji ostavljaju, nije ni češća ni ređa pojava no kod ostalih profesija.

Naša proučavanja invaliditeta kod profesionalnih vozača su potvrdila da retko koji vozač dočeka starosnu penziju, veliki broj vozača nastavi ostatak radnog veka sa preostalim radnom sposobnošću na drugom radnom mestu, a sve je to rezultat napornog posla koji obavljaju i pored relativno dobre zaštite na radu i brige o radnim ljudima koju poklanja ovo društvo. Saobraćajni traumatizam je prisutan, ali daje daleko manji invaliditet od ostalih oboljenja od kojih boluju naši ljudi.

Literatura

1. Savić M: Medicina rada u saobraćaju, Novi Sad.
2. Zakon o osnovnim pravilima iz penzijskog i invalidskog osiguranja

KERATOCONJUNCTIVITIS EPIDEMICA U LESKOVAČKOM KRAJU

Keratoconjunctivitis epidemica in Leskovac region

M. Manić, V. Rajković, J. Stanimirović

Oftalmološka služba Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu

Sažetak:

Prvi put smo detaljno proučili i pratili epidemiju keratokonjunktivitisa, koja se javila u našem kraju. Epidemija je počela avgusta i trajala sve do decembra 1986. Za ovo vreme ambulantno je registrovano 405 slučajeva. Najčešće je oboljevalo više članova porodice. Kod većine slučajeva, bolest je relativno kratko trajala i imala benigni tok. Lečenje je bilo skoro isključivo simptomatsko, a prognoza quo ad visus dobra. Apsentizam sa posla i iz škole je bio znatan.

Kauzalni uzročnik (Adenovirus tip 8) je identifikovan metodom neutralizacije iz materijala uzetih brisom iz oka i krvnog seruma.

Insistiramo na ranom otkrivanju prvih slučajeva, pravovremenim postavljanjem dijagnoze i pre svega preduzimanjem efikasnih preventivnih mera.

Istorija ove bolesti je prilično duga i interesantna. Opisivana je pod raznim imenima dok konačno nije dobila današnji naziv. U Evropi je prvi opisao Fucha još 1899. godine kao Keratitis punctata superficialis. Međutim, moramo napomenuti da je oboljenje kao zasebnu kliničku celinu izdvojila grupa autora sa Hoganom na čelu 1942. godine. Od onda pa do danas slede izveštaji o epidemijama i sa drugih kontinenata i iz raznih zemalja, sa opštom konstatacijom da se radi o akutnom i veoma kontagioznom oboljenju, koje se često munjevito širi u alarmantnim razmerama.

Adresa autora:
Prim. dr Miloš Manić, oftalmolog
16000 Leskovac, Ilije Strele 14.
Tel: 22-10.

Rad je čitan na XII Kongresu oftalmologa Jugoslavije u Sarajevu (24—27. IX 1987)

Abstract

For the first time we have examined and followed in detail epidemic of keratoconjunctivitis in this region. Epidemic started in august and lasted till december 1986. We registered 405 out patients. Usually several members of the family were infected. In most cases disease was of short duration and benigne in character. Treatment was in most cases symptomatic and prognosis quo ad visus good.

Adenovirus type 8 was identified by method of neutralisation in smears from the eye and serum.

Kod nas je oboljenje dobro poznato i publikovano je već nekoliko radova o epidemijama znatno manjih razmera od naše. Mi smo ranijih godina u nekoliko navrata imali sporadične slučajeve KCE, ali ne u tako velikom broju kao što ih je bilo u 1986. godini. U isto vreme, tačnije avgusta 1986. godine, na jednom od sastanaka Oftalmološke sekcije Srbije referišu kolege iz Niša o epidemiji i u njihovom kraju (150 slučajeva). Iz stručnih kontakata saznali smo da ga je bilo i u Vranjskom arealu, tako da možemo govoriti o epidemiji većih razmera, koja je zahvatila veliku oblast Južne Srbije.

O početku i toku kliničke slike KCE, kako smo je mi videli, ukratko. Posle inkubacije od oko 7 do 10 dana javlja se akutni konjunktivalni katar, koji za par dana prelazi u folikularni. Conjunctivitis je češći i nalazimo ga u dve trećine slučajeva i ukoliko je uni-

lateralan nakon nekoliko dana prelazi u bilateralan. Edem kapaka i plice seminularis je znatan. Katkad hemoza konj. bulbu. Sekret sluzavo-serozni-oskudan. Pseudomembrane su navlažene veoma retko. Ne često i ne kod svih, pojavljuju se lezije na rožnjači. Fotofobija je jače izražena i sledi pad vida. Osećaj stranog tela, žarenje i profuzno suženje najavljuje promene na rožnjači u vidu varijabilne punktuacije. U početku su to fine, jedva primetne kao sitnim peskom posute erozije i infiltrati epitela, najčešće centralne lokalizacije. Veoma retko smo imali pojavu subepitalnih infiltrata u vidu novčića. Kod ovih zadnjih

došlo je i do uvealne reakcije, u vidu finog orošenja na zadnjoj strani rožnjače. No, ni kod jednog slučaja nije došlo do formiranja zadnjih sinehija. Osetljivost rožnjače nije bila smanjena. Posle akutne faze, koja traje oko dve nedelje, inflamacija konjunktive iščezava, epitel se regeneriše, a subepitelni i stromalni infiltrati koje mnogi smatraju makulama, perzistiraju duže vreme. Neki su iščezli naročito ovi prvi, posle nekoliko meseci, a neki traju i do danas. Pratimo ih i oni su sve manji i transparentniji. Ni kod jednog slučaja, po izlečenju nismo imali smanjenje vida.

Tabela 1.

I-pidemični — keratokonjunktiviti registrovani u očnoj ambulanti 1986. godine

Mesec	Conjunctivitis		Keratoconjunctivitis		Ukupno	Ukupno pregledanih
	Monocul	Binocul	Monocul	Binocul		
Avгust	10	19	10	5	44	1284
Septembar	15	17	10	5	47	1799
Oktobar	52	36	13	18	119	1955
Novembar	48	47	21	15	131	1792
Decembar	22	29	12	1	64	1592
UKUPNO	147	148	66	44	405	8422

Pogoršanje opšteg stanja prethodilo je samo u manjem broju slučajeva, u vidu groznice ili blage infekcije gornjih disajnih puteva. Svi slučajevi kod prvog javljanja bili su afebrilni. Preaurikularne, vratne i submandibularne limfne žlezde su kod malog broja pacijenata bile uvećane. Nekoliko slučajeva se javilo posle hemijskih ili mehaničkih povreda oka (Triger faktor).

Takođe, kod izvesnog broja glaukomnih bolesnika dobili smo KCE nakon merenja IOP aplanacionim tonometrom. Interesantno je napomenuti da kod onih kod kojih smo merili pritisak Schiötz-em, nismo imali prenos infekcije. Razlog je verovatno u tome, što se radi o metalnom instrumentu, te i zbog mogućnosti rigo-

roznije sterilizacije. Stoga smatramo da ga u slučaju epidemije treba isključivo upotrebljavati, naročito kod već-dijagnosticiranih slučajeva glaukoma.

Na samom početku epidemije otkriveno je nekoliko porodica sa navedenim karakterističnim promenama za KCE, što nam je pored ostalog, pomoglo da na vreme otkrijemo i pratimo ovo oboljenje.

Uskoro zatim javlja se i manja intrahospitalna epidemija. Kako promene na očima, uglavnom operisanih, nisu bile ni malo dramatične i sa težim posledicama po vid, samo kratko vreme (deset dana) obustavili smo operacije i sproveli uobičajene higijenske mere i sterilizacije. Ona se sastojala od češćeg pranja i potapanja

ruku u dezinfekcionom rastvoru Asepsola, sterilizacije bočica i češće izmene kapi, pranje i potapanje instrumenata u tečni Formalin, te suva sterilizacija. Napominjemo da alkohol i etar ne inaktiviraju virus. Inače, ni jedan oboleli od KCE nije primljen na odeljenje radi lečenja.

Iz krvi i brisa iz oka, metodom neutralizacije, identifikovan je uzročnik: Adenovirus tip-8, kod 20 obolelih. Virusi se inače mogu izolovati na tkivnoj kulturi sa materijala uzetog i iz farinksa, pa čak i fekalija. Patogenezu možemo utvrditi i posle četiri do šest sedmica od početka bolesti. Virusi su veoma otporni i ne zahtevaju posebnu opreznost kod slanja materijala.

U prevenciji, smatramo najvažnijim da se oboljenje tačno i na vreme dijagnostičira, da se savetuje maksimalna izolacija bolesnika u domaćim uslovima, kako sa posteljom tako i sa

svim predmetima za intimnu negu i higijenu. Apstinencija sa posla i iz škole treba da traje najmanje dve nedelje, jer je to period najveće diseminacije virusa. Izdvojiti lekove za obolele, u prvom redu kapi i masti, i njihovo češće menjanje.

Što se tiče terapije, ona je isključivo simptomatska i ima za cilj da ublaži tegobe, (sol. Acidi borici ili čak rastvor kamilice i neka antiseptična ili antibiotska mast).

Virusostatici (Zovirax, Vurumertz) nemaju dejstva. Kortikosteroidi takođe. Interferon je bez ikakvog efekta.

U zaključku možemo reći da je oboljenje veoma kontagiozno, relativno benigno, da je prognoza quo ad visus dobra i da je lečenje simptomatsko. Najvažnije je da se na vreme, pre svega, oboljenje klinički prepozna, na vreme dijagnostičira i preduzmu navedene preventivne mere.

Literatura

1. Bourdieu J.P. — Apropos de l'épidémie de conjonctivite observée au MAROC en 1971. These, 1972., Toulouse.
2. Pramanik D.D. — An epidemic of conjunctivitis in India — The practitioner, 1971., 207, 805—806.
3. Roy, I.S., Roy S. V. et Ahmed E. — Epidemic acute conjunctivitis — Brit. J. Ophthalmol; 1972, 56, 501—503.
4. Encyclopedie Medico — keratitesviroles — chirurgicall (ophtalmologie³) (Paris — 1974) J. Denis.
5. Parrott W.F. et obst D. — An epidemic called Apolo. An outbreak of conjunctivitis in Nigeria — The practitioner, 1971, 206, 253—255.
6. Manić M. Herpetični keratiti u polikliničko-stacionarnoj ustanovi. Zbornik radova (XVII Oftalmološki dani). Beograd, 1984.
7. Dawson C.R., Hana M.A., Wood T.R. and R. Despiu, Adenovirus Type 8 keratoconjunctivitis in K.S.A., An Journal of ophtalm. vol. 69:473, 1970.
8. Robert P.B. and MARIE H.P., Epidemic keratoconjunctivitis due to adenovirus tip 19., Am Journal of ophtalm., 81:27, 1976.
9. Thomas H.P. and Gary N.H., Chronic keratoconjunctivitis associated with ocular adenovirus infection Am. jour. of ophtalm. 88:748-751, 1979.

UZROCI I POSLEDICE SAOBRAĆAJNIH NEZGODA NA JUŽNOMORAVSKOM REGIONU

Causes and effects of traffic accidents in Leskovac region

V. Ristić, M. Levi, S. Živković, M. Stanković

Medicinski centar „Moša Pijade“ Leskovac

Sažetak:

Želeli smo da u našem radu prikazemo uzroke i posledice saobraćajnih nezgoda, na Južnomoravskom regionu—Leskovac, a na osnovu nalaza SUP-a Leskovac—otseka za bezbednost u saobraćaju za period 1982-1984. godina, kada se dogodilo 1549 saobraćajnih nezgoda, pri čemu je poginulo 114 lica a povređeno 1513 od čega teže 564 lica.

Kao uzrok nastanka saobraćajnih nezgoda dominira nepropisna vožnja, pre svega nepropisna brzina vožnje, a takođe i povećana upotreba alkohola.

Na području Južnomoravskog regiona Leskovac, svake godine strada veliki broj lica u saobraćajnim nezgodama. Povrede se kreću od lakih do teških, a jedan broj se završava i letalno.

Rad saopšten na VI kongresu lekara Jugoslavije, Cetinje 27-30 maj 1986.

Prim. Dr. Vukadin Ristić, spec. ortoped, Medicinski centar „Moša Pijade“ Leskovac, Ul. Svetozara Markovića 116 16.000 Leskovac

Abstract

We demonstrated causes and effects of traffic accidents in Leskovac region on the basis of data obtained from police, Department for traffic security, for the period from 1982 to 1984. During this period 1549 traffic accidents occurred, 114 persons have been killed, 1513 persons were injured and from the total number of injured 564 persons were severely injured. Main cause was improper and inadequate driving, primarily due to high speed and greater use of alcohol.

Područje na kojem se dešavaju ove nezgode obuhvata površinu od 2781 km², a na kome živi preko 280.000 stanovnika u 334 naseljena mesta. Putna mreža je dosta razvijena, sa magistralnim putem Beograd-Skoplje i velikim brojem regionalnih i lokalnih puteva. Karakteristika magistralnog puta je veliki broj vozila u tranzitu, brza vožnja na relativno lošem putu i niska kultura učesnika u saobraćaju. Karakteristika regionalnih puteva je nedovoljna širina kolovoza, mali poluprečnik krivina, neizgrađene bankine, nepostojanje biciklističkih staza. Lokalni putevi, koji u strukturi putne mreže regiona učestvuju najvećom dužinom, nedovoljno su izgrađeni, sa lošom signalizacijom i velikim brojem stočnih zaprega, pešaka biciklista i motorciklista. Sve to upućuje na jedan logičan zaključak, a to je, da je na ovakvim putevima vožnja

vrlo rizična. Ako se tome doda i povećana frekvencija vozila za vreme letnje sezone, stanje vozila, alkoholisanost vozača i nedovoljna pripremljenost vozača za saobraćaj, onda uočavamo koji su to faktori, koji dovode do velikog broja saobraćajnih nezgoda na našem regionu.

Cilj rada je da prikaže koji su najčešći uzroci nastajanja saobraćajnih nezgoda na Južnomoravskom regionu Leskovca, gde je za nezgodu po našem mišljenju najvažniji, ako ne i isključivi faktor čovek, kako onaj za upravljačem, tako i onaj koji se nemarno kreće putem, ne vodeći računa o svojoj ličnoj bezbednosti, zatim vozilo i na kraju stanje puta.

Metod rada i materijal:

Ukupno je obrađeno 1549 saobraćajnih nezgoda, koje su se desile u periodu 1982-1984. godine na Južnomoravskom regionu Leskovac. U ovim saobraćajnim nezgodama, ukupno je nastradalo 1627 lica. Broj poginulih je 114, a povređenih 1513 i od toga sa lakim povredama 949, a sa teškim povredama 564 lica.

Iz tabele 2. uočavamo da su osnovni uzroci nastajanja saobraćajnih nezgoda u grupi nepropisne vožnje, gde na prvom mestu dolaze nezgode usled prebrze vožnje, na drugom mestu usled promenjenog psihičkog stanja vozača, gde su alkoholisanost i rasejanost — nepažnja podjednako zastupljeni. U vrlo malom broju imamo nezgode zbog tehnički neispravnog vozila, nepropisnog puta i ostalih nepredviđenih uzroka.

Na osnovu uvida u ove dve tabele možemo reći da skoro više od polovine ukupno nastalih nezgoda nastaje kod putničkih automobila na drugom mestu dolaze teretna vozila i bicikl, zatim bicikl sa motorom autobusi itd. Po pitanju lica koja stradaju u saobraćajnim nezgodama najviše stradaju vozači i njihovi putnici, zatim biciklisti, pešaci, dok su ostale kategorije neznatne.

Na osnovu uvida u ovu tabelu uočavamo da je najveći broj saobraćajnih nezgoda nastao usled sudara vozila koja su se kretala u suprotnim smerovima. Na taj način nastale saobraćajne nezgode, kao i bočni sudar i sudar pri vožnji u istom smeru čine polovinu ukupnog broja saobraćajnih nezgoda.

Obaranje ili gaženje pešaka su takođe zastupljene u velikom broju i za opisane tri godine iznose 221 slučajeva.

Tabela 1.

Saobraćajne nezgode i povređeni u periodu od 1982—1984. godine.

godina	broj nezgoda	poginuli	lako povređeni	teško povređeni	ukupno povređeni
1982. god.	672	48	402	274	724
1983. god.	467	28	280	180	488
1984. god.	410	38	267	110	415
svega	1549	114	949	564	1627

Tabela 2.

Uzroci saobraćajnih nezgoda i posledice u periodu 1982—1984. godine

uzroci nezgoda	broj nezgoda	poginuli	n a s t r a d a l i lako pov.	teško	svega nastradali
	1549	114	949	564	1627
nepropisna vožnja	1313	98	704	347	1149
1. velika brzina	745	76	443	173	692
2. preticanje	104	10	63	61	134
3. skretanje, okret.	73	8	38	19	65
4. prvenstv. prolaza	80	1	15	11	27
5. nepropisno kretanje pešaka	138	3	130	74	207
6. ostalo nepropisno kretanje	173	0	15	9	24
psihičko stanje vozača	168	11	201	162	374
1. uticaj alkohola	84	10	194	101	305
2. nepažnja, rasejanost	84	1	7	61	69
teh. neispravno vozilo	31	3	28	10	41
neispravno stanje puta	10	0	6	2	8
nepredviđeni uzroci	27	1	10	43	54

Tabela 3.

Vozila uzročnici saobraćajnih nezgoda za period 1982—1984. godina

vrsta vozila u nezgodi	1982	1983	1984	svega
bicikl sa motorom	46	37	27	110
običan bicikl	62	33	55	150
motocikl	37	16	13	66
putnički automobil	366	305	203	874
traktor	44	10	16	70
teretno vozilo	71	30	48	149
autobus	11	24	17	52
zaprežno vozilo	18	5	23	46
ostala vozila	17	7	8	32
svega	672	467	410	1549

Tabela 4.

Nastradala lica po kategoriji učesnika u saobraćaju za 1982—1984. god.

učesnici u saobraćaju	1982	1983	1984	svega
vozači	372	153	157	682
strani vozači-stranci	17	7	4	28
vozači bicikla	97	61	53	211
pešaci	70	118	76	264
putnici	138	139	121	398
putnici stranci	2	7	3	12
ostali učesnici	28	3	1	32
svega	724	488	415	1627

Tabela 5.

Vrsta saobraćajnih nezgoda po načinu nastanka u 1982—1984. godini

način nastanka nezgode	1982	1983	1984	svega
sudar iz suprotnog smera	168	85	82	335
bočni sudar	72	54	71	177
istosmerna vožnja-sudar	57	66	71	194
uporedna vožnja-sudar	31	13	18	62
udar u zaustavno vozilo	124	50	32	206
udar u objekat na putu	60	22	17	99
prevrtanje vozila	25	10	11	46
skretanje sa puta	35	40	27	102
obaranje i gaženje pešaka	67	85	69	221
ispadanje iz vozila pri kret.	20	25	4	49
ostale nezgode	13	17	8	38
svega	672	467	410	1549

Zaključak:

Saobraćajne nezgode u najvećem broju slučajeva događale su se sa putničkim automobilima, pri čemu su brojčano najviše stradali vozači zatim njihovi putnici, biciklisti i pešaci.

Nesreće su u polovini slučajeva nastajale kao posledice sudara.

Veliki broj poginulih i povređenih za ovaj period na Južnomoravskom regionu—Leskovac, nas opominje, te treba raditi na poboljšanju vozačke kulture, na što bezbednijoj vožnji, na boljim putevima, strogoj apstinenciji od alkohola i lekova opijata. Što rigoroznije vršiti kontrolu vozila i vozača.

Literatura:

III simpozijum preventiva u bezbednosti saobraćaja na putevima. Zbornik radova, Zlatibor 1976. god.

IV simpozijum preventiva u bezbednosti saobraćaja na putevima. Zbornik radova, Šabac 1979. god.

V simpozijum preventiva u bezbednosti saobraćaja na putevima. Zbornik radova Vrnjačka Banja 1984. godine.

Doder, A. Osnovne karakteristike i problemi saobraćajnog traumatizma na našim putevima. Zbornik radova V kongresa JOUT Beograd. 1970. god.

Filipović, B., Miločić O., Radulović. M., Etiologija saobraćajnih udesa. Zbornik radova V kongresa JOUT., Beograd 1970 god.

HIRURŠKO-ORTOPEDSKO LEČENJE POVREDA DONJIH EKSTREMITETA U SAOBRAĆAJNIM NEZGODAMA

Surgical and orthopedic treatment of injuries of lower extremities due to traffic accidents

V. Ristić, J. Kamnarov, M. Levi, S. Živković

Medicinski centar „Moša Pijade“ Leskovac
Ortopedsko-traumatološko odeljenje

Sažetak

Referat sadrži materijal ortopedsko-traumatološkog odeljenja Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu.

U materijalu smo analizirali povrede na donjim ekstremitetima koje su zadobijene u saobraćajnim nezgodama u vremenskom intervalu od 10 godina. U tom vremenskom periodu na odeljenju je bilo hospitalizovano ukupno 9142 bolesnika. Saobraćajnoj traumi koja se odnosi na povrede lokomotornog aparata pripadaju 1984 (21,70%) slučajeva. Kod 925 (46,62%) bolesnika imali smo prelome na donjim ekstremitetima.

Pri analiziranju nismo uzimali u obzir povrede u smislu kontuzija i laceracija već smo se isključivo ograničili na teške povrede, otvorene i zatvorene prelome kostiju donjih ekstremiteta.

U referatu smo izneli i način koji smo mi primenjivali.

Saobraćajni traumatizam još uvek zauzima značajno mesto u patologiji našeg odeljenja. Zbrinjavanje povređenih u saobraćaju predstavlja veliki deo rada kojim se mi bavimo na našem odeljenju.

Povrede donjih ekstremiteta koje su nastale u saobraćajnim nezgodama, a koje smo mi lečili na našem odeljenju predstavljaju 46% od ukupnog broja povreda u saobraćajnim nezgodama. Povrede koje smo mi analizirali se

Abstract

In this material we analysed injuries of lower extremities due to traffic accidents in the period of ten years. During that period on our department we had 9142 patients. In category of traffic trauma of locomotory system there were 1984 (21.70%) cases and from these 925 (46.62%) patients had fracture of lower extremity. We did not analyse concussion and laceration of the serious traumatic cases, but have limited our investigation on the serious traumatic cases open and closed fractures of lower extremities. In paper we have also described our method of treatment.

uglavnom odnose na otvorene i zatvorene frakture, i luksacije zglobova na donjim ekstremitetima.

Način i mehanizam povređivanja je različit. Povrede su nastajale u motornim vozilima kod vozača ili putnika, prilikom sudara ili prevrtanja vozila, kod ispadanja ili silaženja iz vozila, ili gaženja pešaka i drugo.

U posmatranom periodu na Ortopedsko-traumatološkom odeljenju u Leskovcu bilo je hospitalizovano 9142 bolesnika. Od toga broja 1984 bolesnika je sa povredama na lokomotornom aparatu u saobraćajnom

traumatizmu, a 925 ili 46,62% sa povredama na donjim ekstremitetima.

U strukturi povreda donjih ekstremiteta prema anatomske lokalizaciji povreda naročito su zastupljeni prelomi potkolenice sa 425 ili 45,94%, zatim po učestalosti dolaze prelomi femura sa 235 ili 25,40%, prelomi u predelu skočnog zgloba su zastupljeni u 102 ili 11,06% slučajeva, prelomi u predelu kolena 109 ili 11,78% luksacije skočnog zgloba 21 ili 2,27%, dok su frakture acetabuluma i centralna luksacija kuka u 17 ili 1,83%, a same luksacije koso-femoralnog zgloba na našem materijalu su zastupljene u 16 ili 1,72% slučajeva.

Diskusija:

Većina povređenih dopremljeno je unutar prvih šest časova u našu ustanovu od momenta povređivanja. Ukazana prva pomoć na mestu nastale nezgode u većini slučajeva nije bila adekvatna. Najčešće je ukazana od strane lica koja su se našla na mestu nezgode. I transport kojim je unesrećeni dopremljen je najčešće vozilo koje se našlo ili naišlo na mestu nezgode. Povređeni su dolazili sa lošom ili nikakvom imobilizacijom.

Kod zbrinjavanja povređenog koji je primljen na odeljenju, prihvatili smo već pravilo, da ove povrede u većini slučajeva neposredno ne ugrožavaju život, već da postoji vodeća trauma u sklopu politraume. U slučajevima klinički vidljivih fraktura na donjim ekstremitetima imobilizaciju postavljamo tako što izbegavamo manevre sa ciljem za definitivno zbrinjavanje, iz razloga da ne bismo bolesnika doveli u stanje produbljenog šoka. Lezije krvnih sudova, povrede mekih tkiva i luksacije smo zbrinjavali odmah, jer iste ne trpe odlaganje. Sa poboljšanjem opšteg stanja radili smo Rtg povređene regije. U planu daljeg lečenja, sa istovremenom reanimacijom povređenog postavljamo definitivnu klinički-radiološku dijagnozu

i prema redu hitnosti zbrinjavamo povređenog sa povredama na donjim ekstremitetima. Naš stav u tretmanu povreda na donjim ekstremitetima, pogotovu sa prelomima potkolenice, ranijih godina bio dosta konzervativan. Obično smo se zadovoljavali ortopedskom repozicijom i gipsnom imobilizacijom nalazeći za to opravdanje u našim tehničkim mogućnostima. Poboljšanjem tehničkih mogućnosti menjao se i naš stav. Konzervativni način lečenja je danas zamenio operativni, koji je pokazao znatne prednosti. Konzervativnim načinom lečenja usled duge imobilizacije, imali smo vrlo česte promene na zglobovima, kontrakture, atrofiju mišića, smetnje u cirkulaciji i drugih promena, što je sve to zahtevalo dugu rehabilitaciju. Isto tako kasno postavljena indikacija za operativni zahvat nije dala dobre rezultate. Danas smo promenili stav i radimo rani operativni zahvat tamo gde nam opšte zdravstveno stanje povređenog dozvoljava. Primeњivali smo u zavisnosti od tipa i lokalizacije fracture, osteosintezu, i na taj način skraćivali dužinu imobilizacije, smanjivali kontrakture, a samim tim i dužinu lečenja. Kod starijih osoba preduzimali smo što raniji operativni zahvat sa ciljem da sprečimo kardiovaskularne komplikacije kojima su oni izloženi. Kada se radilo o otvorenim prelomima kod istih smo radili minimalnu osteosintezu sa zadatkom da dobijemo bar delimičnu stabilnost i time bolju mogućnost za zaraščivanje.

Praveći anilizu našeg materijala u pogledu lečenja prelomljenih potkolenica primenjivali smo operativni i konzervativni način lečenja. Kod 252 bolesnika intervenisali smo operativno, a metoda koju smo primenjivali za postizanje stabilne osteosinteze zavisila je od stepena oštećenja i stanja povređenog. Od metoda operativne stabilizacije preloma dijafize podkolenice primenjivali smo fiksaciju metalnom pločom sa šrafovim, perkutanu fik-

saciju sa Stajmanovim klinovima inkorporiranim u gipsu, i upotreba kompresivnih šrafova. Konzervativnu stabilizaciju preloma uradili smo kod 173 naših bolesnika primenom: klasične ekstenzije, bilo kao trajnu ili privremenu, ali ne u znatnom broju zbog nekomfornosti bolesnika ovim načinom lečenja, kao i zbog dužine ležanja u postelji i postizanje loše stabilizacije. Metodu sa klasičnim gipsom uvek smo izbegavali kada smo to mogli zbog dugotrajne gipsane imobilizacije koja je dovođila do ireverzibilne konture zglobova i mišićne atrofije. Sermientovu dinamičku metodu sa gipsom, upotreбили smo kod nekoliko bolesnika, zbog mogućnosti ranog opterećenja preloma, omogućavanje ranog kretanja, poboljšane cirkulacije, ubrzanog srašćenja preloma, sprečavanja kontraktura i atrofije mišića.

Prelome dijafize femura smo lečili operativnim načinom kod 194 bolesnika, sa primenom u najvećem broju slučajeva intramedularnim Kičerovim klinovima. U neznatom broju slučajeva

upotreabili smo metalnu ploču sa šrafova. Izuzetno smo upotrebljavali klasičnu skeletnu ekstenziju. Konzervativnim načinom-ortopedskom repozicijom smo lečili uglavnom decu. Ukupno konzervativno lečenje smo sprovedi kod 41 našeg bolesnika.

Lečenje maleolarnih preloma smo sprovodili na taj način što smo kod stabilnih preloma iste ortopedski reponirali (kod 24 bolesnika), a tamo gde repozicija nije bila moguća i kod nestabilnih preloma (78) hitno smo radili operaciju koristeći šrafove, pločice ili Rašove klinove za fiksaciju preloma.

Od 109 bolesnika sa prelomima u predelu kolena (frakture kondila, patelle) smo operativno zbrinuli 73 bolesnika, dok smo kod 36 primenili konzervativni način lečenja.

Luksacije coxo-femoralnog i skočnog zgloba smo lečili ortopedskom repozicijom, i gipsanom imobilizacijom. Frakture acetabuluma i centralne lukсации kuka (ukupno 17) smo lečili isključivo ortopedskom repozicijom.

Zaključak

1. U periodu od 10 godina na ortopedsko-traumatološkom odeljenju u Leskovcu zbog povreda na donjim ekstremitetima zadobijenih u saobraćajnim nezgodama lečili smo ukupno 925 bolesnika.

2. Od ukupno 925 naših bolesnika zbog gore navedenih povreda kod 597 ili 64,54% smo intervenisali hirurškim metodama lečenja, dok smo kod 328 ili 35,46% sprovedi konzervativni način lečenja.

3. Izbor metode lečenja zavisio je od stepena oštećenja i stanja povređenog.

Literatura:

1. Bojčev B.: Operativna ortopedija i traumatologija, Sofija 1955.
2. Cvetković R. S.: Prelomi dijafize podkolenice, lečeni manipulativnom repozicijom i gipsnom fiksacijom uz rano opterećenje. Acta Orthopeda Jugoslavica broj 1—2 1974.
3. Dunjić S.: Povrede ekstremiteta u sklopu politrauma. Act. Chir. Jugoslavica VO XIX Suppl. 2 1972.
4. Kristophers: Hirurgija, Beograd 1973.
5. Müller. Allgewez, M. Scheider R., Willenegger H.: Udžbenika osteosinteze. Jugoslovenske medicinske naklade.
6. Watson—Jones: Fracture and Joint Injuries. Fourt edition. London 1962.

ANALIZA PRUŽANJA HITNE MEDICINSKE POMOĆI NA TERITORIJI LESKOVCA

Analysis of medical first aid in Leskovac region

Vukadin Ristić, Milan Levi.

Služba za ortopedsku hirurgiju i traumatologiju
Medicinski centar „Moša Pijade“ Leskovac

Sažetak:

U radu je učinjena retrospektivna analiza pružanja hitne medicinske pomoći nastradalim licima u saobraćajnim nezgodama na putevima u opštini Leskovac u toku zadnjih godina.

Saobraćajni traumatizam i na našem području predstavlja značajan medicinski problem.

Kroz posmatranje ukupnog broja saobraćajnih nezgoda, istovremeno sagledavamo i zdravstvene posledice saobraćajnog traumatizma. U tom posmatranju vidimo da u borbi za smanjenje mortaliteta u invaliditeta potrebna je akcija svih medicinskih radnika i društvenih faktora u kojoj prva pomoć i adekvatno pružena hitna medicinska pomoć zauzimaju važno mesto i prethode hirurškom lečenju.

Materijal za analizu dobili smo iz istorije bolesti bolesnika ortopedsko-traumatološkog odeljenja, ambulantnog protokola, iz prijava o nesrećama, kao i podataka dobijenih od SUP-a.

Rad saopšten na VI kongresu lekara Jugoslavije, Cetinje, 27—30. maja 1986. godine.

Prim. dr Vukadin Ristić, specijalista iz ortopedske hirurgije i traumatologije
Leskovac, Naselje „Dubočica“ S4/23.

Abstract

In this paper we retrospectively analysed first aid administered to victims of traffic accidents on the roads in Leskovac region during past few years.

Kao zaključak naše analize nameće se kao neophodnost poboljšati organizaciju službe za pružanje hitne medicinske pomoći, baziranu na što hitnijem približavanju medicinske ekipe na mestu nesreće i ukazivanje stručne medicinske pomoći, kao i stručnog transporta do zdravstvene ustanove radi pružanja definitivne pomoći.

U periodu od tri godine na teritoriji opštine Leskovac dogodile su se 1.549 saobraćajnih nezgoda. U tim nezgodama bilo je ukupno povređeno 1.513 lica od kojih 549 sa teškim i 964 sa lakim telesnim povredama. Poginulo je 114 lica. Izneti podaci vrlo slikovito ilustruju, ako izuzmemo i velike materijalne štete, kojom cenom plaćamo svoj napredak u saobraćaju. Saobraćajni traumatizam još uvek zauzima jedno od vodećih mesta u morbiditetu našeg vremena. Slobodno možemo reći da saobraćajni traumatizam u sadašnjem dobu poprima obim prave epidemije. U ovim saobraćajnim ne-

zgodama se nameće kao problem ukazivanje prve pomoći, transportovanje povređenih i pružanje hitne medicinske pomoći. Ovaj problem još uvek nije dobro rešen i to je razlog koji nas je naveo da napravimo ovu analizu.

Cilj našeg rada je da istaknemo neke probleme u ukazivanju hitne medicinske pomoći na mestima saobraćajnih nezgoda i da pokušamo da prikazemo ono što se dešava na našem terenu, sa ciljem da ublažimo posledice saobraćajnog traumatizma koji je prema našim podacima u stalnom porastu.

Želimo da ukažemo na što hitnijem pružanju medicinske pomoći na mestima saobraćajnih nezgoda, na ukazivanje stručne medicinske pomoći, kao i stručnog transporta do bolnice.

U radu smo analizirali probleme zbrinjavanja povređenih u saobraćajnim nezgodama zadnjih godina. U tom vremenskom periodu na osnovu pregledane dokumentacije i istorija bolesti ustanovili smo da je kroz ambulantu i odeljenje Ortopedsko-traumatološke službe prošlo 1.513 povređenih u saobraćajnim nezgodama. Ovde smo uračunali i one sa najlakšim povredama ali koji su se javili i bili pregledani od naših lekara. Ovakva serija proističe otuda što na našem subregionu Leskovca se nalaze magistralni, regionalni i lokalni putevi.

U analiziranom periodu kako smo napred izneli zbrinuto je ukupno 1.513 povređenih u saobraćaju. Sa teškim telesnim povredama bilo je ukupno 549 ili 39%, od toga 351 ili 67% bilo je dovezeno privatnim vozilima, a 198 ili 33% sanitetskim vozilima. U slučajevima kada je teško povređen bio transportovan sanitetskim vozilom medicinska pomoć je bila ukazana od strane lekara hitne medicinske pomoći. Povređeni su dobili adekvatnu terapiju i odgovarajuću imobilizaciju.

U slučajevima iz I grupe teško povređeni su bili transportovani u nepodesnim vozilima tipa fiće, škode i

drugih sličnih i to u nepovoljnom položaju. Medicinska pomoć je u većini slučajeva bila i suficijentna ili uopšte nije bila pružena, i to iz razloga što se je žurilo da se povređeni što pre smesti u bolnicu.

Kod povređenih sa lakim telesnim povredama 964 ili 61% našli smo da je 638 ili 66% transportovano od strane vozača privatnih vozila, jedan deo 187 ili 20% sa najlakšim povredama stigli su u bolnicu sami, a sasvim neznatan broj 139 ili 14% je transportovan sanitetskim vozilom. Od ukupnog broja povređenih kod 309 ili 20% ukazana je adekvatna prva i hitna medicinska pomoć, a kod ostalih pružena je prva pomoć improvizovanim sredstvima (maramicim, delovima odeće i drugo), ili ista nije uopšte bila pružena.

Ovako veliki broj saobraćajnih nezgoda, sa takođe velikim brojem teških povreda koje su se desile na našem terenu istovremeno govori između ostalog i o lošem ukazivanju pomoći, a i neadekvatnom transportu. Zato nam je i namera da na ovaj način ukažemo na problem pružanja medicinske pomoći na mestu nastale saobraćajne nezgode, pošto znamo da vreme i odgovarajuće medicinske mere neposredno posle saobraćajnih nezgoda su najznačajniji za život i težinu povređenih.

Veliki broj smrtnih slučajeva i invaliditeta povređenih lica u saobraćajnim nezgodama su rezultat neukazivanja prve pomoći neblagovremenog ukazivanja stručne medicinske pomoći, i neodgovarajućeg transporta. Naša analiza pokazuje da se povređeni transportuju prvim vozilom koje naiđe na mestu nezgode u najbližu zdravstvenu ustanovu bez ukazane prve pomoći i bez imobilizacije. Pružanje pomoći na mestu saobraćajne nezgode se uglavnom dobija od učesnika u saobraćaju ili samih izazivača. Zapazili smo da je intervencija svedoka u saobraćajnoj nezgodi dolazila od vozača

u prolazu a sastojala se samo u brznoj vožnji prema zdravstvenoj ustanovi bez obzira na to što je povređenom bio potreban prvi zavoj ili najprostija imobilizacija. Takva brza vožnja i neukazana pomoć doprinose još većem pogoršavanju već nastalog šoka. Kada se tome doda i transportovanje povređenog u nepovoljnom položaju onda je slika kompletna.

Danas naša služba za hitnu medicinsku pomoć raspolaže savremenim sanitetskim vozilima tipa „Sitroen“, radio stanicom od kojih je jedna fiksna u stanici za hitnu pomoć, a koja se sastoji od same radio stanice, telefonskog posrednika preko koga je stanica povezana sa telefonskom mrežom, i stanice koje su ugrađene u sanitetskim vozilima hitne pomoći. U sanitetskom vozilu se nalaze pored vozača, lekar hitne pomoći i medicinski tehničar. Na ovaj način modernim opremanjem i organizacijom hitne medicinske pomoći smo u mogućnosti da skratimo vreme i prostor između naše stanice za hitnu pomoć i mesta saobraćajne nezgode i na taj način da ukažemo stručnu, hitnu medicinsku pomoć na mestu nezgode, povređenog transportujemo na odgovarajući način u stalnu stručnu pomoć i nadzor. Ovim smo smanjili dodatne posledice saobraćajnog traumatizma.

Zaključak:

U ovom radu smo pokazali seriju od 1.513 slučajeva povređenih u saobraćajnim nezgodama koji su lečeni u Službi za ortopedsku hirurgiju i traumatologiju.

U analiziranoj seriji smo videli da je hitna medicinska pomoć i transport sanitetskim vozilom pružena na mestu nezgode samo u 20% slučajeva.

Da je služba hitne medicinske pomoći sada kadrovski i materijalno dobro opremljena u mogućnosti je da blagovremeno pruži pomoć na mestu saobraćajne nezgode kompletnu medicinsku pomoć i osposobi povređene za brz i bezbedan transport do stacionarne ustanove.

Da stacionarna ustanova bude kadrovski i opremom sposobna za ukazivanje optimalne pomoći.

Za postizanje još boljih rezultata u ukazivanju prve i hitne medicinske pomoći, transporta, i dobrog i još boljeg obaveštenja potrebna je korelacija i koordinacija svih društvenih faktora koji rade u preventivi bezbednosti saobraćaja na putevima.

TRAUMATIZAM U SAOBRAĆAJU NA PODRUČJU LESKOVCA U TOKU 1985. GOD.

Traffic traumatism in Leskovac region during 1985

Mile Stanković, Vukadin Ristić, Milan Levi, Veselin Petrović

Dom zdravlja — Medicina rada Leskovac
Medicinski centar „Moša Pijade“

Sažetak

Poslednje godine na području Leskovca u saobraćajnim nezgodama stradalo je 378 osoba, od kojih je 33 završilo tragično izgubivši život, dok je 235 povređeno, teže ili lakše. Učesnici saobraćajnih nezgoda su svi koji na bilo koji način uzimaju učešće u saobraćaju, počev od pešaka pa do vozača teretnih vozila i autobusa, vozači amateri i profesionalci. Najčešće događanje nezgoda je u letnjem i jesenjem periodu, a najviše nastradalih su deca i osobe od 18 do 40 godina, osobe u najboljem periodu života. Saobraćajni traumatizam uzima živote a na kompletnoj zajednici je da se uključi u rešavanje problematike koja je složena i urgentna, jer su posledice ponekad nesagledive.

Sa pojavom prvih prevoznih sredstava čovek je bio suočen i sa nezgodama u saobraćaju, a poslednjih go-

Abstract

During last year in Leskovac region 378 persons have been victims as a result of traffic accidents, of these even 33 ended tragically by losing their lives, and the remaining number of 345 were seriously or slightly injured. The participants in accidents are all these who in any way take part in traffic, that is pedestrians, truck and bus drivers, amateur and professional drivers etc.

The most frequent occurrence of the accidents is during summer and autumn, and what is worst it usually happens that the greatest part among injured make children and persons from 18 to 40 years of age. Traffic traumatism takes lives and entire community has to make every possible effort in order to solve this urgent and complex problem, or otherwise the consequences can be unforeseeable.

dina saobraćajni traumatizam uzima epidemijske razmere, tako da po broju žrtava koje odnese u toku godine nalazi se na prvom mestu u poređenju sa bolestima od kojih boluje savremeno čovečanstvo. Pored života koje odnosi saobraćajni traumatizam za sobom ostavlja veliki broj invalida i stvara velike materijalne štete koje su obavezni njihov pratilac.

Rad izlagan na Stručnom sastanku Sekcije za saobraćajnu medicinu Srpskog lekarskog društva — Beograd Podružnica SLD Leskovac 17. 11. 1986.

Cilj našeg posmatranja je traumatizam u saobraćaju u 1985. godini i analiza svih faktora koji utiču na pojavu saobraćajnih nezgoda: faktor čovek (uzrast, pol, navike), faktor vozilo (kategorija vozila), uslovi puta, klime (vreme u toku dana, atmosferske prilike, godišnja doba).

U radu smo se koristili materijalom i podacima koje smo dobili u Odeljenju za bezbednost i kontrolu saobraćaja SUP-a Leskovac — iz Registra o saobraćajnim nezgodama i materijalnim štetama, a dobijene podatke sredili prema metodologiji koja nam daje jasan uvid u pojedine faktore nastanka saobraćajnih nezgoda.

Tabela 1.

Distribucija nezgoda na putevima sa posledicama
Tabela br. 2

Posledice	Broj povr.	Broj nezg.	Broj sluč. po nezg.
Sa lakim povr.	213		
Sa teškim povr.	132	235	1,40
Sa smrt. ish.	33	29	1,13
Ukupno	378	264	

U posmatranom periodu za nas su bile od značaja saobraćajne nezgode sa povređenim licima, a zanemarili smo one samo sa materijalnom štetom. Ukupno je bilo 264 saobraćajnih nezgoda sa povređenim licima — od toga

Tabela 3.

Pregled povređenih učesnika u saobraćaju prema težini povrede

Vrsta učesn.	Broj povr. ukupno	Broj pogin.	%,	Broj povr. lakše i teže	%,
Vozači	378	17	4,4	130	34,3
Pešaci	378	10	2,6	60	15,8
Putn. u voz.	378	6	1,6	121	32
Ostali učesn.	378			33	8,7

29 nezgoda sa 33 poginula i 235 nezgoda sa 378 povređenih lica, od kojih 213 sa lakim i 132 sa teškim telesnim povredama. (kvalifikacija povreda uzeta iz Registra).

Pregled povređenih prema polu i godinama starosti

Pol	Dobna starost	%
Muški 272	Do 14 god.	42 11%
Ženski 106	14—18 god.	18 4,7%
	18—40 god.	172 45,5%
	40—60 god.	99 26%
	nepoz. star.	13 3,4%

U strukturi povređenih prema polu uočava se da je veći broj osoba muškog pola od osoba ženskog pola i to skoro dvostruko, dok je u starosnoj strukturi najzastupljenija grupacija od 18 do 40 godina, nešto manje starosna grupa od 40—60 godina, a nije zanemarljiva i grupacija male dece do 14 godina starosti koja se nalazi na trećem mestu po broju slučajeva.

Najveći broj povređenih i poginulih učesnika su vozači, zatim putnici u vozilima a zatim pešaci i najmanji broj ostalih učesnika u saobraćaju (goniči stoke, upravljači zaprežnih vozila i dr.).

Posmatrajući nezgode po mesecima u godini uočava se (tabela br. 4) da su nezgode distribuirane u svim mesecima, ali ih je najmanje u prva tri meseca, dok njihov broj raste u letnjim i jesenjim danima i kreće se u brojkama od 27 (Jun) do 32 (Decembar).

Tabela br. 4

Pregled saobraćajnih nezgoda po mesecima u godini

Mesec	Broj nezgoda
Januar	11
Februar	5
Mart	9
April	20
Maj	13
Jun	27
Jul	28
August	30
Septembar	30
Oktobar	30
Novembar	31
Decembar	32

Tabela br. 5

Pregled saobraćajnih nezgoda prema času nastanka u toku dana

Čas nast.	Broj nezgoda
Od 00—06	21
07—12	75
13—18	92
19—24	73

Ako posmatramo vreme nastanka saobraćajnih nezgoda u toku dana uočava se da je njihov najveći broj u vremenskom periodu od 13—18 h (92) a najmanji broj u razdoblju od prvog do šestog časa posle ponoći.

U Registru i dokumentaciji kojom smo raspolagali označeni su prekršio-ci i izazivači saobraćajnih nezgoda. Najčešći krivci za saobraćajne nezgode (Tabela br. 6) i prekršaje su vozači putničkih vozila-vozači amateri u 159 nezgoda ili 60% svih nezgoda, zatim vozači teretnih vozila-vozači profesionalci (10,5%), a na trećem mestu su pešaci i vozači bicikla sa motorom,

Tabela br. 6

Pregled okrivljenih za saobraćajne nezgode

Vrsta učesn.	Broj nezg.	%
Putn. voz.	159	60
Bic. sa mot.	19	7
Bicikl	5	2
Autobus	5	2
Teret. voz.	26	10,5
Traktor	9	3
Voz. motoc.	8	3
Pešaci	19	7
Motokult.	5	2
Zapr. voz.	5	2
Nepoz. voz.	4	1,5

Tabela br. 7

Pregled mesta nastanka saobraćajnih nezgoda

Saobraćajnica	Broj nezgoda	%
Magistralni put	52	20
U gradu	104	39
Na prilaznim put.	98	37
U naselj. van grada	10	4

a pri kraju lestvice izazivača su profesionalni vozači autobusa (2%).

Uslovi puta su takođe značajan faktor u nastanku saobraćajnih nezgoda i prema podacima najveći broj istih se dešava u gradu (104), zatim na prilaznim putevima ili po nomenklaturi putevima drugog reda (98), magistralnom putu (52) i najmanji broj nezgoda u manjim naseljima (10).

Najčešći uzroci saobraćajnih nezgoda, gde je isključivi faktor čovek kao subjekat upravljanja vozilom su neprikladna brzina i neprimkladna vožnja uslovima puta i saobraćaja (40%

Tabela br. 8

Pregled uzroka saobraćajnih nezgoda

Uzrok	Broj nezg.	%
Neprilagođena vožnja uslovima puta i saobr.	105	40
Nepravilno i nepropisno, preticanje i obilaž.	37	15
Neustupanje prvenstva prolaza	27	10
Vožnja pod uticajem alkohola	19	7
Vožnja bez položenog vozačkog ispita	2	0,75
Nepropisno okretanje i skretanje vozila	8	3
Upotreba tehnički neispravnih vozila	5	2
Nepravilno kretanje pešaka	19	7
Ostala nepravilna i nepropisna vožnja	42	15,25

ili 105 nezgoda), nepravilno i nepropisno preticanje i obilaženje (15% ili 37 nezgoda) a na visokom mestu u tabeli (Tabela br. 8) se nalazi kao uzrok saobraćajnih nezgoda vožnja u alkoholisanom stanju.

Zaključno sa 1985. godinom na području Leskovca je registrovano 18205 motornih vozila, 5388 traktora, 6291 bicikl sa motorom i 352 priključna vozila. Istovremeno je registrovano 21906 vozača svih kategorija, te pored brojnih zaprežnih vozila koja se ne nalaze u ovim brojkama jasno je da se našim putevima kreće armija vozila na jednom vrlo uskom prostoru, što uz faktor čovek sa svim njegovim manama i vrlinama uz loše saobraćajnice pogoduje uslovima za pojavu saobraćajnog traumatizma.

Prema dobijenim podacima saobraćajnom traumatizmu su izložene više osobe muškog pola, što je i normalno ako se uzme u obzir da je manji broj žena za volanom, ali je obeshrabrujuća činjenica da nam stradaju ljudi u najboljim godinama života, u periodu najvećeg napona za stvaranje, zatim deca koja su budućnost svake zemlje pa i naše.

Relativno najveći broj izazivača saobraćajnih nezgoda je iz grupe vozača motornih vozila i to, pretežno

vozača amatera, jer je njihov broj u saobraćaju i najveći, manji je broj profesionalnih vozača, posebno profesionalnih vozača autobusa.

Da vremenski uslovi i uslovi puta imaju dosta uticaja na pojavu saobraćajnog traumatizma govori i činjenica da je najveći broj nezgoda u danima najveće frekvencije saobraćajaleto i u periodu jesenjih kiša, izmaglica, magle, klizavih kolovoza. Objašnjenje za manji broj nezgoda zimi treba tražiti u činjenici da je manji broj vozila na putevima u tim danima zbog poledice, zavejanih saobraćajnica i drugih okolnosti koje onemogućavaju vožnju.

Podatak o najvećem broju nezgoda u popodnevnim časovima je vezan za najveću frekvenciju saobraćaja u tom periodu kada se sukobljavaju prva i druga smena—jedni se vraćaju sa posla dok drugi istovremeno žure na posao.

Prema najnovijem predlogu Organizacije koja se bavi bezbednošću i prevencijom u saobraćaju faktor put ne postoji kao uzrok saobraćajnih nezgoda što je i realno, jer je faktor čovek i vozilo dominantan faktor u saobraćaju. Čovek mora da se prilagođava uslovima puta i uslovima vremena i na taj način utiče na povećanu bezbednost u saobraćaju.

Traumatizam u saobraćaju je prisutna činjenica i stvarnost sa kojom mora da se suočimo. Stradaju svi koji na bilo koji način učestvuju u saobraćaju od male dece do staraca u dubokoj starosti, stradaju žene, odrasli ljudi u najvećem naponu snage,

mnogi ostaju večiti invalidi, materijalne štete su ogromne i zato se mora mnogo pokloniti pažnje ovom problemu sa svih aspekata kako bi zaustavili ovu savremenu epidemiologiju stradanja.

Literatura

1. **Savić M:** Medicina rada u saobraćaju,
2. **Šternić M:** Medicinski problemi saobraćajnih nesreća. Zadaci u prevenciji saobraćajnih nezgoda, — Zbornik radova VI Kongresa lekara Srbije, Vrnjačka Banja, 1971. god.
3. **Todorović P:** Značaj faktora sredine na bezbednost u saobraćaju. Zbornik radova VI Kongresa lekara Srbije, Vrnjačka Banja 1971.
4. **Paunović M, Paunović D:** Epidemiološka analiza saobraćajnog traumatizma u Beogradu. Zbornik radova II Internacionalnog Kongresa medicine prometa Jugoslavije, Dubrovnik 1984. god.

SPORTSKA AKTIVNOST I ARTERIJSKI KRVNI PRITISAK

Sport activity and blood pressure

O. Kostić, D. Jovanović, G. Ranković i D. Bošković

Medicinski fakultet u Nišu
Dom Zdravlja Niš

Sažetak:

Ispitivani su uticaji fizičkog stresa i testova fizičkog opterećenja na vrednosti arterijskog krvnog pritiska u ronilaca, aktivnih sportista, veterana — bivših sportista i kontrolne grupe sedenternih ispitanika koji se ne bave sportom. Razmatrane su uloge adenozijskih derivata koji endogeno nastaju tokom fizičkog opterećenja i uloge desne pretkomora u homeostatskim mehanizmima adaptacije kardiovaskularnog sistema i krvnog pritiska.

Uvod

Do danas je otkriven i proučen veliki broj regulacionih mehanizama homeostaze cirkulacije i krvnog pritiska. Iz Poiseuilleovog zakona ($Q = P/R$) proizilazi da je krvni pritisak proporcionalan proizvodu srčanog rada i perifernog otpora, koji zavisi od stanja krvnih sudova i količine i viskoznosti krvi u cirkulaciji. Otuda, faktori, koji utiču na vrednosti krvnog pritiska dele se na: 1. — centralne, to je srčani rad, i 2. — periferne u koje spadaju stanje arteriola, kapilara i drugih krvnih sudova, viskoznost krvi, volumen krvi u cirkulaciji i neki drugi faktori. Regulacioni mehanizmi koji održavaju i regulišu krvni pritisak na datom nivou mogu biti kratkoročni i dugoročni, a po uključivanju kontrolnih sistema i mehanizama mogu biti autoregulacioni, humoralni i nervni — refleksni mehanizmi.

Abstract:

We examined effects and correlations of physical stress and tests of fitness upon blood pressure in divers, active sportsmen, ex-sportsmen and in control group of people who are not engaged actively in sports and have sedentary jobs. The role of adenosine derivatives that are produced during physical activities and role of right atrium in homeostatic mechanisms of cardiovascular system and blood pressure adaptation are explored.

Uobičajenom metodom merenja arterijskog krvnog pritiska (auskultacija šumova Korotkova) dobijaju se podaci, fiziološki definisani kao krajnji pritisak koji predstavlja zbir: hidrostatičkog, hidrodinamičkog, pritiska tkiva i tkivne tečnosti i elastične sile tkiva i arterijskog zida. Pored brojnih faktora u regulaciji arterijskog krvnog pritiska u mladih osoba koje se bave sportskom aktivnosti, značajnu ulogu imaju adenozin (Bernes 1980, Su 1981) i desna pretkomora (Kostić 1986. u štampi, De Bold 1981) koja produkuje atrijalni antriuretski faktor (ANF), koji ispoljava značajne diuretske, natriuretske i hipotenzivne efekte (Flynn i Davies 1985, Shimizu i Nakamura 1986).

U ovom radu prikazujemo vrednosti arterijskog krvnog pritiska u sportista, bivših sportista — veterana, ronilaca i kontrolne grupe ispitanika — radnika, koji se ne bave sportskom

aktivnošću. Takođe, diskutovana je ulogu adenozina i desne pretkomore u homeostazi krvnog pritiska.

Materijal i metode rada

Ispitivanja su vršena u dve grupe ronilaca: 20 muškaraca i 6 žena; jedne grupe sportista koju čine aktivni takmičari sa višegodišnjim sportskim stažom (2 i više godina), koji se takmiče u saveznom rangu takmičenja i u kvalitetnoj republičkoj ligi (60 ispitanika) prosečne starosti od 30 godina (21—38 god.); grupe veterana (60), koji se najmanje dve godine ne bave aktivno sportom. Njihova prosečna starost je 41 godina (32—49 god.), i kontrolne grupe sedenternih osoba (90) koju čine radnici prosečne starosti 36. god. (27—49). Svi ispitanici su muškog pola.

Arterijski krvni pritisak meren je na uobičajen način u svih ispitanika: u ambulanti u sedećem položaju na desnoj nadlaktici sa aparatom „Tele-optik“ Zemun i prikazan je u kPa. Vrednosti krvnog pritiska: sistolnog i dijasistolnog i pulsa, prikazane su kao aritmetička sredina sa standardnom devijacijom, a statistička značajnost razlika testirana je primenom t-testa.

Rezultati i diskusija

Povećan centralni venski priliv u desnu komoru, što se dešava tokom fizičke i sportske aktivnosti (dejstvo pomoćnih srčanih snaga) i pri boravku u vodi (sužavanje dela venskog krvnog korita), dovodi do stimulacije oslobađanja ANF-a i njegovog diuretskog, natriuretskog i hipotenzivnog delovanja (Kostić i Marković 1986). Polazeći od pretpostavke da ovi mehanizmi obezbeđuju homeostazu krvnog pritiska, izdvojili smo i analizirali vrednosti arterijskog pritiska kod grupe ronilaca, aktivnih sportista, bivših sportista i kontrolne grupe ispitanika koji se ne bave sportom. Vrednosti pulsa i krvnog pritiska u ronilaca (20 m. i 6 ž.) prikazane su na Tabeli 1. Konstatuju se normalne vrednosti krvnog pritiska, koje pri testu opterećenja na bicikl ergometru tokom 3 min (150 Watti/min za muške i 100 Watti/min za žene) pokazuju statistički značajno povećavanje, ali i unutar dvominutnog perioda oporavka vraćanje na normalne vrednosti. S obzirom da se radi o mladim ispitanicima koji se bave sistematskim treninzima u ronjenju, pretpostavljamo da je njihov

Tabela 1.

Puls i arterijski krvni pritisak (kPa) u ronilaca pre, tokom i posle testa fizičkog opterećenja

		muški			žene		
		$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD
0		1			2		
pre testa opterećenja	puls	76,6	$\pm$	9,4	80,0	$\pm$	3,5
	sistolni	16,6	$\pm$	1,5	15,7	$\pm$	1,5
	dijastolni	9,8	$\pm$	1,3	9,3	$\pm$	0,9
tokom testa opterećenja	puls	149,3	$\pm$	14,5 ^b	154,2	$\pm$	17,9 ^b
	sistolni	23,3	$\pm$	3,1 ^b	19,7	$\pm$	1,5 ^a
	dijastolni	5,5	$\pm$	3,8 ^b	4,3	$\pm$	2,7 ^b
posle testa opterećenja	puls	97,4	$\pm$	13,2 ^a	93,6	$\pm$	15,5 ^a
	sistolni	17,8	$\pm$	1,8 ^a	17,0	$\pm$	1,3 ^a
	dijastolni	9,5	$\pm$	1,6	8,0	$\pm$	1,4

a — $P < 0,05$ b — $P < 0,01$ u odnosu na kontrolnu vrednost

trening značajan faktor u pokretanju desne pretkomore i ANF-a u homeostazi TA. Kod hipertenzivnih bolesnika sa labilnom hipertenzijom, hidroterapija pokazuje povoljne terapijske efekte (Kostić i Marković 1986) a tokom testova opterećenja varijacije su značajno veće i oporavak traje duže.

Arterijski krvni pritisak u sportista, veterana i kontrolne grupe ispitanika prikazan je na Tabeli 2. Konstatuje se da je u kontrolne grupe ispitanika, koji se ne bave sportskom aktivnosti vrednost i sistolnog i dijastolnog krvnog pritiska značajno veći nego u grupe sportista i veterana.

Tabela 2.

Arterijski krvni pritisak (kPa), $\bar{X} \pm SD$ u sportista, veterana i kontrolne grupe ispitanika

	sportisti	veterani	kontrol. grupa
0	1	2	3
sistolni	16,60 ± 0,85	16,50 ± 1,25 ^a	17,70 ± 2,45
dijastolni	8,80 ± 0,85 ^b	10,56 ± 1,27 ^a	11,34 ± 2,41

a — $P < 0,05$, b — $P < 0,01$ u odnosu na kontrolnu vrednost.

Zaključak

Prikazane su vrednosti arterijskog krvnog pritiska u ronilaca oba pola, pre, tokom i posle testa fizičkog opterećenja, kao i vrednosti krvnog pritiska u sportista, veterana i kontrolne grupe sedenternih osoba muškog pola.

Tokom fizičkog stres opterećenja konstatuje se statistički signifikantno povećavanje sistolnog i smanjivanje dijastolnog krvnog pritiska u ronilaca

oba pola, kao statistički značajno veće vrednosti sistolnog i dijastolnog krvnog pritiska u kontrolne grupe sedenternih osoba u odnosu na sportiste i veterane. U svih ispitanima krvni pritisak se nalazi u granicama fizioloških vrednosti.

Diskutovana je uloga desne pretkomore i atrialnog natriuretskog faktora (peptida) u kontroli arterijskog krvnog pritiska u ronilaca i sportista.

Literatura

- Berne M.R. (1980): The role of adenosine in the regulation of coronary blood flow. *Circul. Res.* 47/6:807—813.
- De Bold A.J., Borenstein H.B., Veress A.T. i Sonnenberg H. (1981): A rapid and potent natriuretic response to intravenous injections of atrial myocardial extract in rats. *Life Sci.* 28:89—94.
- Flynn T.G. i Davies P.L. (1985): The biochemistry and molecular biology of atrial natriuretic factor. *Biochem. J.* 232:313—321.
- Kostić O. (1986): Endokrine funkcije miokarda. *Arh. za celok. lekarstvo Podr. SLD T. Užice* (u štampi).
- Kostić Olga i Marković Zorica (1986): Hipotenzivni efekti hidroterapije. *Arh. za celok. lekarstvo Podr. SLD T. Užice* (u štampi).
- Shimizu T. i Nakamura M. (1986): Renal effect of atrial natriuretic polypeptide: Comparison with standard saluretics. *Eur. J. Pharmacol.* 127:249—259.
- Su C. (1981): Purinergic receptors in blood vessels. Iz: *Purinergic receptors*, Ser. B Vol. 12, Ed. G. Burnstock, Izd. Charman-Hill, London — New York, str. 93—117.

Finasirala RZN SR Srbije

NEKE ANTROPOMETRIJSKE KARAKTERISTIKE I FUNKCIONALNE SPOSOBNOSTI BIVŠIH SPORTISTA GRADA LESKOVCA

Some anthropometric characteristics and functional abilities of the former sportsmen of Leskovac

Slobodan Cvetanović, Ljiljana Marković, Jovica Pavlović

Dispanzer za sportsku medicinu
Dom zdravlja Leskovac

Sažetak

Ispitivanjem je obuhvaćeno 70 ispitanika koji su prestali sa aktivnim bavljenjem sportom. Od ove grupe 26 ispitanika je nastavilo sa aktivnom sportskom rekreacijom a 44 osobe se ne bave organizovanim oblikom fizičke aktivnosti.

Rezultati ovog ispitivanja pokazuju da osobe koje se aktivno bave organizovanom rekreacijom pokazuju značajno niže vrednosti mase tela, debljine kožnog nabora u predelu leđa i trbuha.

Takođe je utvrđeno da bivši sportisti, aktivni rekreativci imaju značajno veće vrednosti vitalnog kapaciteta, nižu vrednost frekvencija pulsa u miru, i arterijski krvni pritisak je u ovih niži u odnosu na drugi ispitivani subzborak. Pri submaksimalnom tekstu fizičkog opterećenja bivši sportisti aktivni rekreativci postižu značajno veće opterećenje na biciklergometru (Bodyguard — Ergometer 990) u odnosu na bivše sporiste sedanterne osobe.

Svedoci smo sve većeg uticaja tehnološke tehnologije na životni ritam pojedinaca. Uvođenje nove tehnologije koja u pojedinim oblicima fizičke aktivnosti zamenjuje čoveka kako na radnom mestu tako i u privatnom životu. Sve ovo vezuje čoveka da bude rob ovih povoljnosti koje mu nudi komfor koji ga okružuje, tako da svoje slobodno vreme provodi sedeći pored televizora ili ležeći u krevetu uz dnevnu štampu.

Abstract

70 former sportsmen who stopped active training were included in this examination. 26 sportsmen from this group have undergone active sport recreation and 44 persons did not participate in organized physical activities. The results of this examination show that the persons who have not participated in organized training show significantly lower values of body mass, thickness of skin fold in the part of back and stomach.

It is also proved that former sportsmen, active in recreation have more vital capacity values, lower values of pulse frequency when they are at rest and their artery blood pressure is lower in comparison with the other examined group.

At submaximal test of physical burdening former sportsmen, active recreatives, get significantly bigger burdening on bycycloergometer (Bodyguard — Ergometer 990) in comparison with former sportsmen, sedentary persons.

Rezultat ove fizičke inaktivnosti je da sve više ljudi pati od oboljenja kardiovaskularnog sistema ili neke neurotične manifestacije. Iz navedenih razloga sve više se u preventivne svrhe ili kao terapija ljudima preporučuje fizička aktivnost, koja mora biti medicinski dobro kontrolisana i pravilno dozirana, kako bi imala uticaja na psihičko raspoloženje i ublažavala neizbežne presije života. Jer dobra fizička sposobnost u starijem dobu ide

u prilog i dobroj prilagodljivosti i pozitivnoj vitalnosti.

Ohrabruje činjenica da je sve više ljudi koji se bave sportom i sportskom rekreacijom. Posebno se zapaža učesće, u ovim aktivnostima, ljudi svih dobnih uzrasta, tako da često vidimo na sportskim terenima roditelje sa decom a takođe i unuke sa dedama.

Posebno mesto u preventivnom delovanju, pri navedenim fizičkim aktivnostima ima sportska medicina kako u smislu praćenja, zdravstvenog stanja tako i u smislu usmeravanja, opredeljenja i pravilnog doziranja sportske i sportsko-rekreativne aktivnosti.

U Dispanzeru za sportsku medicinu u Leskovcu ustaljena je praksa redovnog praćenja zdravstvenog stanja i funkcionalnih sposobnosti aktivnih sportista, kao i svih osoba koje se aktivno bave različitim oblicima rekreativne fizičke aktivnosti. Posebno mesto u ovoj kontroli čini praćenje zdravstvenog stanja osoba koje su prekinule aktivno bavljenje sportom.

Cilj ovog rada je da ustanovi koliki je uticaj rekreativno-fizičke aktivnosti na masu tela i na neke od fiziološko-funkcionalnih pokazatelja kod bivših sportista. Takođe je cilj da se utvrde razlike u navedenim pokazateljima između bivših sportista koji po prekidu sportske aktivnosti nisu nastavili da se bave ni jednim oblikom fizičke rekreacije i bivših sportista koji su nastavili rekreativnu fizičku aktivnost.

Materijal i metode rada

Ispitivanjem smo obuhvatili 70 osoba starosti od 34-68 godina. Ovu grupu ispitanika smo podelili na dva subuzorka, od čega: 26 ispitanika se po prekidu aktivnog bavljenja sportom i dalje bave organizovanom sportskom rekreacijom. Prosečna starost ovih iznosi $\bar{X} = 46,77 \pm 7,56$ godina i 44 ispitanika koji po prekidu aktivnog bavljenja

ljenja sportom nisu nastavili fizičku rekreativnu aktivnost. Prosečna starost ove grupe ispitanika iznosi $\bar{X} = 51,27 \pm 10,63$ godine. Prosečni sportski staž prve grupe ispitanika iznosio je 13 godina a druge 16,5 godina.

Od antropometrijskih varijabli pratili smo kod ispitanika visinu tela, masu tela i debljinu kožnog nabora u predelu nadlaktice, leđa i trbuha. Registrovali smo frekvenciju pulsa i arterijski krvni pritisak u miru, u toku kontinuiranog trominutnog submaksimalnog testa fizičkog opterećenja na biciklergometru (Bodyguard — Ergometer 990) i u toku oporavka u prvoj, drugoj i trećoj minuti po prekidu testa.

Submaksimalno opterećenje je određivano na osnovu maksimalne frekvencije pulsa izračunate po formuli (godine starosti $\times 0,622 / -210 =$ maksimalna frekvencija pulsa. Test je prekidan kada je ispitanik dostigao 90% od maksimalne frekvencije pulsa.

Opterećenje je dozirano u Wat-ima. Frekvencija pulsa u toku opterećenja je registrovana u zadnjih 30 sekundi treće minute svakog nivoa opterećenja, a arterijski krvni pritisak u prvih 30 sekundi treće minute. Frekvencija pulsa u oporavku registrovana je u zadnjih 15 sekundi prve, druge i treće minute a krvni pritisak u prvih 15 sekundi druge, treće i četvrte minute.

Vitalni kapacitet je meren spirometrom na vodu domaće proizvodnje. Instrumenti za merenje antropometrijskih varijabli su standardni, a merenja su vršena po metodi koju preporučuje Internacionalni biološki program. Merenje i testiranja svih ispitanika vršeno je u jutarnjim časovima od 7-10 časova u uslovima koji se preporučuju za ovu vrstu ispitivanja.

Rezultati i diskusija

Analizirajući podatke prikazane na tabeli 1. zapažamo da su aktivni re-

kreativci nešto veće visine, no ne i statistički značajno u odnosu na sedanterne osobe. Masa tela bivših sportista aktivnih rekreativaca je statistički značajno manja u odnosu na istu u bivših sportista sedanternih osoba. Ovo smatramo da je rezultat dejstva rekreativne aktivnosti. Na ovaj način možemo tumačiti i značajno manju debljinu kožnog nabora u predelu leđa i trbuha, koja je statistički vrlo značajno deblja u predelu trbuha

kod bivših sportista sedanternih osoba a značajno u predelu leđa. Ova razlika u debljini kožnog nabora u predelu nadlaktice se ne zapaža.

Posebno ističemo rezultate mase tela koji su takođe prikazani na tabeli 1. iz razloga što je, kako se vidi sa tabele, masa tela obadva subuzorka u vreme aktivnog bavljenja sportom bila identična u obadva ispitivana subuzorka.

Tabela 1.

Osnovni statistički parametri antropometrijskih varijabli bivših sportista A) aktivnih rekreativaca (N = 26) i B) sedanternih osoba (N = 44)

V a r i j a b l e	B i v š i s p o r t i s t i					
	A) aktivni rekreativci		B) sedanterne osobe			
	X	SD	X	SD	t	p
Starost u god.	46,77	7,56	51,27	10,63	2,06	0,05
Sport. staž. u god.	13,00	5,57	16,50	5,84	2,50	0,05
Visina tela u cm	175,77	6,99	173,34	12,18	1,06	0,05
Masa tela u kg	78,85	10,17	85,92	11,19	2,70	0,005
Kožni nabor nadlaktice u mm	8,33	2,49	10,65	7,73	1,84	0,05
Kožni nabor leđa u mm	13,08	3,31	16,60	9,32	2,28	0,05
Kožni nabor trbuha	14,58	3,42	21,85	11,02	4,06	0,001
Telesna masa u toku aktivnog bavljenja sportom u kg	69,37	11,07	70,95	6,25	0,61	0,05

Tabela 2.

Osnovni statistički parametri fiziološko-funkcionalnih varijabli bivših sportista A) aktivnih rekreativaca i B) sedanternih osoba i značajnost razlika

V a r i j a b l e	B i v š i s p o r t i s t i					
	A) aktivni sportisti		B) sedanterne osobe			
	X	SD	X	SD	t	p
Vitalni kapacitet	4407,69	807,73	3936,36	868,79	2,92	0,05
Puls u miru i minuti	77,85	12,60	86,86	9,71	3,13	0,005
TA = sistolni u miru u kP	17,03	2,18	18,72	2,50	3,01	0,005
TA = dijastolni u miru u kP	11,44	1,48	11,69	2,13	1,04	0,05
Postignuto opterećenje u Wattima	125,00	25,00	107,14	27,54	2,78	0,01

Podaci koji su prikazani na tabeli 2. govore da je vitalni kapacitet, u bivših sportista koji su nastavili da se

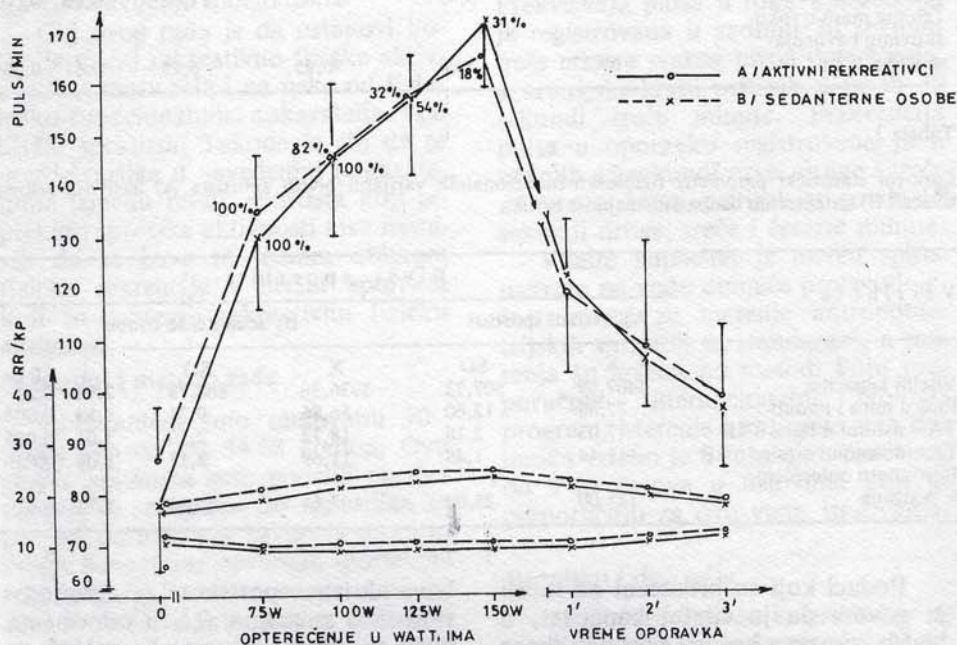
bave aktivno sportskom rekreacijom, statistički značajno veći u odnosu na bivše sportiste koji se ne bave aktivno

nekim od organizovanih oblika sportske rekreacije. Ovo je rezultat rekreativne aktivnosti koja je uticala na održavanje funkcije respiratornog sistema na većem nivou. Takođe i uticaja fizičke aktivnosti na elasticitet grudnog koša.

Frekvencija pulsa u miru, je takođe značajno vrlo niža, u odnosu na grupu sedanternih osoba bivših sportista. Ovo se tumači da nastaje kao rezultat dejstva fizičkih aktivnosti na stabilizaciju nervnog sistema odnosno prevage vagusa nad simpatikusom. Ovo tumačenje se odnosi i na visinu sistolnog krvnog pritiska, koji je u miru kod

rekreativne grupe statistički značajno niži u odnosu na grupu sedanternih osoba.

Kao potvrda dejstva sportske rekreativne aktivnosti na podizanju fizičkih sposobnosti, odnosno, vitalnosti starijih osoba, vidimo u rezultatu postignutog nivoa opterećenja na biciklergometru u toku submaksimalnog testa fizičkog opterećenja. Zapažamo da su bivši sportisti koji se i dalje aktivno bave sportskom rekreacijom postigli statistički značajno veći nivo opterećenja u odnosu na bivše sportiste koji se ne bave sportskom rekreacijom.



Posebno skrećemo pažnju da je procenat broja osoba koji su postizali određeni nivo opterećenja opadao, što je nivo opterećenja bio veći. Tako se vidi da je procenat učesnika pri opterećenju od 125 Watt-i kod ispitanika A) grupe iznosio 54% dok je kod grupe B) iznosio 32%. Pri opterećenju od 150 Watt-i ovaj procenat ispitanika aktivnih rekreativaca je iznosio 31% dok je kod grupe bivših sportista sedanternih osoba ovaj procenat iznosio 18%. Takođe se zapaža da je nivo arterijskog krvnog pritiska i sistolnog i dijasolnog, kako u miru, tako i u toku različitog nivoa opterećenja a takođe i u toku oporavka veći kod sedanternih osoba, u odnosu na osobe koje su nastavile da se aktivno bave sportskom rekreacijom.

Zaključak

Na osnovu sprovedenog ispitivanja mogu se doneti sledeći zaključci:

1. Bivši sportisti koji su nastavili da se aktivno bave sportskom rekreacijom, imaju značajno nižu masu tela

i debljinu kožnog nabora, u odnosu na bivše sportiste koji se aktivno ne bave sportskom rekreacijom.

2. Frekvencija pulsa u miru i sistolni arterijski krvni pritisak je značajno niži u bivših sportista aktivnih rekreativaca u odnosu na bivše sportiste sedanterne osobe.

3. Nivo postignutog opterećenja na biciklergometru u toku submaksimalnog testa, fizičkog opterećenja je značajno veći kod bivših sportista, aktivnih rekreativaca, u odnosu na grupu bivših sportista koji se ne bave organizovanom fizičkom aktivnošću.

Literatura

1. Đurašković R., Janković Ž., Jovanović D., Ranković G.: FIZIČKA AKTIVNOST I STARENJE, Zbornik radova „IV Dani sportske medicine“, Leskovac, 1985.
2. Narančić V.: OSVRT NA DVA SAOPŠTENJA, Športnomedicinske objave, 1—3, 1983.
3. Medved R., Pavšić-Medved V.: RIZIKO SA INTERNISTIČKOG ASPEKTA U TOKU REKREATIVNE AKTIVNOSTI STARIJIH OSOBA, Športnomedicinske objave, 10—12, 1983.
4. Smodlaka V.: TRENING STARIH OSOBA ZA ZIMSKE SPORTOVE, Športnomedicinske objave, 5—8, 1984.

KOREKCIJA AMETROPIJA KONTAKTNIM SOČIVIMA KOD SPORTISTA

Correction of ametropia in sportsmen by contact lenses

S. Disić, N. Damjanović, B. Stošić

Poliklinička služba Vojne bolnice Niš, Ambulanta za kontaktna sočiva

Sažetak:

Autori u radu analiziraju primenu kontaktnih sočiva u korekciji ametropija kod sportista. Prikazuju prednosti i nedostatke ove korekcije. Smatraju da je korekcija soft lens-om kod nekih sportskih grana korekcija izbora za sportistu.

Sportska medicina je grana medicine, koja izučava uticaj sporta i telesnog vežbanja na organizam i zdravlje čoveka. Cilj joj je da izučavanjem promena u organizmu za vreme telesnog vežbanja i sportske aktivnosti, maksimalno iskoristi mogućnosti sportiste, pozitivni efekat telesnog vežbanja i spreči razna oštećenja. Sportska medicina koristi dostignuća drugih medicinskih nauka i specijalnosti, u prvom redu fiziologije, traumatologije i dr. Moderna sportska medicina može se podeliti na sledeća područja: 1 — fiziologiju sporta; 2 — patologiju sporta; 3 — higijenu sporta i 4 — sportsko medicinsku kontrolu.

Za nas je od posebne važnosti područje koje obuhvata medicinsku kontrolu, tj. prvi pregled sportiste i kontrolni pregledi. Medicinska kontrola sportiste ima za cilj da utvrdi stanje zdravlja

Abstract:

The authors examine the application of contact lenses in correcting ametropia in sportsmen. They discuss the advantages and disadvantages of this kind of correction. They maintain that soft lens correction is a matter of choice for the sportsmen in some sports.

i funkcionalne sposobnosti sportiste, pravovremeno otkriva oboljenja, znake premorenosti i određuje stepen nesposobnosti za sportsku aktivnost.

Sistemska sportsko-medicinska kontrola sastoji se od opšte-medicinskog pregleda i specijalističkih pregleda. Mlada osoba koja se odluči za bavljenje sportom, nakon ustanovljenja zdravstvene sposobnosti podvrgava se određenim treninzima koji vode ka postizanju određenih rezultata. Dakle, za postizanje visokih sportskih rezultata sve psiho-fizičke sposobnosti sportiste su usmerene u tom pravcu. One se mogu kontrolisati i ujedno korigovati, da bi se stavile u službu uspeha.

Ogran vida, kao nedvojiva celina organizma, ima znatnog uticaja u pojedinim sportskim granama, posebno funkcije oka: oštrina vida, stereoskop-

ski vid i prostorna percepcija. Postavlja se pitanje šta uraditi sa sportistom na uzlaznom putu ka uspehu, ukoliko dođe do smanjene oštine vida? Odgovor bi bio izvršiti korekciju oštine vida. Kako? Sadašnja medicinska nauka poznaje sledeće metode korigovanja oštine vida, i to: naočare i kontaktna sočiva. Svaka od napred navedenih metoda imaju svoje prednosti i nedostatke, posebno kod sportista.

Naočare kao način korigovanja oštine vida kod sportista imaju prednost samo kod malog broja sportskih grana, dok kod većine skoro su neupotrebljive, tj. neprimenjive. Prednosti naočara se ogledaju u jednostavnom nošenju i održavanju, ali imaju više nedostataka: mogućnost da budu polomljene i sportista povređen, pojava sferne aberacije, te suženje binokularnog polja pogleda.

Drugi način kojim se koriguje oštrina vida su kontaktna sočiva. Prva zapažanja koja se mogu dovesti u vezi sa kontaktnim sočivima je zapažanje Leonarda de Vinčija, da vid postaje izmenjen kada se ispred oka stavi čaša sa vodom (XVI vek). Kasnije su povremeno opisivana zapažanja i predlozi za zamenu naočara, ali stvarna primena i izrada kontaktnog sočiva, koje je bilo primenjivano datira iz 1882. godine, kada je AUGUST MÜLER izradio sočivo za jedan slučaj laganog laganomusa. Postepeno je tehnologija sočiva napredovala, i prvo savremeno sočivo od plastike, malih dimenzija, kornealnog tipa, koje pokriva centar rožnjače napravio je Kevin Touhy 1948. godine. To su bili pionirski poduhvati na izradi rigidnih kontaktnih sočiva, koja su sada tehnološki usavršena.

Pored rigidnih kontaktnih sočiva postoje i mekana kontaktna sočiva (Soft lens). Materijal od koga se izrađuju ova sočiva otkriven je 1951. godine, od strane prof. Otta Wichterla i dr. Lima. Oni su sintetizovali hidrogel

putem kopolimerizacije 2-Hydroxyethylmethacrylat (HEMA) sa etylenedimet-hacrylat-om. Prvu primenu mekih sočiva susrećemo 1961. g. u Pragu (Čehoslovačka) pod kontrolom M. Dreifus-a.

U našoj zemlji proizvode se obe vrste sočiva, i to: rigidna sočiva proizvodi fabrika kontaktnih sočiva Krupanj pod nazivom „Zdravlje“ i „Gethaldus“ Zagreb po licenci „Oculus-a“, a mekana sočiva za sada proizvodi samo fabrika kontaktnih sočiva u Krupnju „Zdravlje 38“.

Korigovanje oštine vida kod većine sportova kontaktnim sočivima je prihvatljiva. Pored toga što je smanjena mogućnost povređivanja, oštrina vida je bolja, polje pogleda normalno, a izbegnuta je i sferna aberacija. Kao nedostatak kontaktnih sočiva naveli bismo komplikovanije održavanje, slaba podnošljivost u prostorijama sa dosta prašine.

Naš materijal:

Posmatrali smo četvoricu sportista iz četiri sportske grane, kod kojih se pojavila ametropija u toku intenzivnog bavljenja sportom.

M. M. star 13 god., nosi naočare od svoje 8 g. **Tenisom** se bavi od šeste godine, a u svojoj grupi postiže zapažene sportske rezultate (II mesto u Republici). Pokušana korekcija rigidnim kontaktnim sočivima, ali istu nije podneo te i dalje nosi naočare. Trener je primetio da pri vraćanju lopte zauzima poseban položaj glave za desnu, a poseban za levu stranu. Često podiže naočare, te ponekad zakasni „na loptu“. U ambulanti za kontaktna sočiva određena su mekana sočiva „soft lens zdravlje 38“. Sproveden je adaptacioni period od nedelju dana, te je počeo da trenira sa sočivima, a kasnije i igra. Na kontroli sočiva dobro leže oštrina vida na oba oka 1,25. U razgovoru sa trenerom zabe-

ležili smo njegova zapažanja: glavu drži pravilno i brži je „na loptu“. Sam pacijent izjavljuje da jasnije vidi loptu i ima bolju prostornu orijentaciju. Kod ovog sportiste pored postignute oštine vida, došlo je do poboljšanja prostorne percepcije.

N. N. star 19 godina, **fudbalom** se bavi od trinaeste godine. Anamnestički od pacijenta saznajemo da slabije vidi loptu kada mu dolazi sa leve strane. Obratio se lekaru za pregled kada je i ustanovljeno da slabije vidi levim okom. Svestan toga da fudbal ne može igrati uz nošenje naočara, obratio se za korekciju kontaktnim sočivom. Imajući u vidu karakteristike sporta kojim se bavi odlučili smo se da korekciju izvršimo sočivom „soft lens zdravlje 38“. Posle adaptacionog perioda i kontrole pacijent se uključio u rad kluba. Prema njegovoj izjavi u igri se snalazi kao ranije. Loptu udara glavom, a da mu sočivo ne ispada. Kod ovog pacijenta došlo je do povoljšanja oštine vida na jednom oku, popravljeno monokularno vidno polje i ujedno uspostavljena normalna retinalna korespondenca.

X. X. stara 17 godina, **rukomet** trenira od desete godine, a za ekipu igra dve sezone. Žali se da slabije vidi slova na tabli već duže vreme. Od pre dva meseca, posebno kada se igra pod

veštačkim svetlom, na drugoj polovini ne raspoznaje dobro igračiće, te često greši u dodavanju na „kontru“. Pregledom je ustanovljeno da se radi o miopiji, te su data rigidna kontaktna sočiva, imajući u vidu medicinske indikacije. Adaptacioni period odlično podnela, a nakon toga počela da trenira sa sočivima. U dva navrata joj ispada sočivo iz oka, ali ga nalazi.

Na prvenstvenom susretu, u sali sa dosta prašine i dima, posle prvog poluvremena morala je da prekine igru zbog podražaja desnog oka. U dogovoru su data mekana sočiva. Nakon nošenja istih u celoj prvenstvenoj sezoni, pacijentkinja je zadovoljna kako oština vida, tako i podnošljivošću.

Kod ove osobe pored postignute oštine vida, neophodno je bilo postići i zadovoljavajuću podnošljivost što smo i postigli „soft lensom Zdravlje 38“.

Y. Y. Takmičarka u **streljaštvu**, stara 14 godina, već duže vremena ima tegobe nakon treninga, a povremeno joj postaje nejasna slika mete pri gađanju. Ustanovljenu slabovidost korigovali smo naočarima. Na kontrolnom pregledu pacijentkinja izjavljuje da nema ranijih tegoba. U ovom slučaju slabovidost smo korigovali naočarima.

Zaključak:

- Ametropiju otkrivenu kod asportista treba korigovati, da bi se održala psiho-fizička sveukupnost sportiste.
- U zavisnosti od sportske grane, korekciju izvršiti na najpogodniji način.
- Mišljenja smo da kod sportova sa grubim pokretima tela oka; treba primeniti soft lens.

Literatura:

- Medicinska enciklopedija. Jug. Leks. Zavod Zagreb 1970. g.
- Pavišić Z. Oftalmologija Med. knjiga Beograd—Zagreb 1971. g.
- Orlić M. Manić S. Kornelana kontaktna sočiva 1982. god.

POVREDE LICA I VILICA KOD DECE I OMLADINE NA SUBREGIONU LESKOVAC

Face and jaw injuries in children and youth in Leskovac subregion

Levi Verica

Zavod za stomatološku zdravstvenu zaštitu—oralna hirurgija, Leskovac

Sažetak:

U radu su prikazane povrede usne duplje, lica i vilica kod dece i omladine koji su se javili na pregled Zavodu za stomatološku zdravstvenu zaštitu, Leskovac, tokom perioda od 1982. do 1984. god. Tokom ovog perioda bilo je pregledano 714 pacijenata, a od toga 276 su bila deca i omladina do 20 godina starosti. U radu je ovih 276 pacijenata klasifikovano u odnosu na mesto povrede, starost i uzroke povređivanja. Prikazan je i metod terapije koji je zavisno od same povrede, a sastojao se od hirurške obrade rane, repozicije i imobilizacije luksiranih zuba, ekstrakcije i terapije polomljenih zuba, replantacije i imobilizacije traumatski ekstrahovanih zuba i imobilizacije slomljenih alveolarnih delova i vilice.

U toku 1982—1984. godine pratili smo povrede usne duplje, lica i vilica kod dece i omladine, koja su se javljala Zavodu za stomatološku zdravstvenu zaštitu u Leskovcu. Broj povređenih koji se nama javljao pedantno je evi-

Autor: Levi dr Verica, oralni hirurg
Zavod za stomatološku zdravstvenu zaštitu
16.000 Leskovac

Rad je prikazan u vidu postera na 73. godišnjem svetskom kongresu međunarodne federacije stomatologa održanog u Beogradu od 21—27. septembra 1985. godine

Abstract:

The work comprises injuries of mouth cavity, face and jaw in children and youth that have reported for examination at Center for Stomatology Health Care in Leskovac during period of 1982—1984.

During this period 714 patients with these injuries were examined, out of this number 276 were children and youth ranging from 1 to 20 years of age.

Our work comprises this group of patients, that is these 276 children are classified according to place of injury, age and the most frequent causes of injuries. The results of the work are given in numbers and percentages.

Beside that there is given method of treatment, which depended on the injury itself and consisted of surgical treatment of wounds repositions and immobilisation of luxating teeth, extraction and treatment of fractured teeth, replantation and immobilisation of traumatic extracted teeth and immobilisation of fractured alveolar ridges and jaws.

dentiran, ali nemamo podatke o broju povređenih koji su obrađeni na hirurškom i ORL odeljenju leskovačke bolnice kao i oni koji su se odmah javljali niškoj stomatološkoj klinici. Stoga je broj evidentirane povređene dece i omladine koji obrađujemo u radu svakako najveći ali ne i stoprocentni.

Cilj rada je da prikaže učestalost ovih povreda kod dece i omladine subregiona Leskovac, a prema mestu povređivanja, godinama starosti i najčešćim uzrocima nastanka tih povreda.

Metod rada i materijal:

U periodu 1982—1984. godina u Zavodu za Stomatološku zdravstvenu zaštitu u Leskovcu, pregledano je 714 pacijenata sa povredama usne duplje, lica i vilica, od čega su 276 bila deca i omladina starosti od 1—20 godina. Svi povređeni su tretirani na našem odseku uz primenu dostignuća savremene medicine. Manji broj sa težim povredama glave slat je na lečenje hirurškom odeljenju. Povrede koje smo tretirali kretale su se od lakih rana i preloma zuba, do preloma vilica nosnih i zigomatičnih kostiju. Uz hirurški tretman pacijenti su se sa ovim povredama lečili od 7—45 dana. Većina ovih pacijenata nije zahtevala

stacionarno lečenje, već kućno lečenje uz stalni nadzor oralnog hirurga. Kada je bilo potrebno stacionarno lečenje sarađivali smo sa hirurškim i ORL odeljenjem, jer zavod za stomatološku zaštitu nema svoj stacionar.

Metod lečenja je zavisio od vrste povrede i kretao se od hirurških obrada rana, repozicije i imobilizacija luksiranih zuba, ekstrakcije i lečenje fracturiranih zuba, replantacije i imobilizacije traumatski ekstrahiranih zuba i imobilizacije fracturiranih alveolarnih grebena i vilica.

Izostavljajući povrede odraslih u našem radu, pažnju smo posvetili 276 pacijenata, uzrasta od 1—20 godina. Period od 3 godine koji zahvatamo

Tabela 1.

Povrede usne duplje, lica i vilica kod dece i omladine prema godinama starosti

godine starosti	6—10				
godine starosti	1—5	6—10	11—15	16—20	svega
broj povreda	101	60	55	60	276
%	36,6	21,75	19,9	21,75	100

Tabela 2.

Povrede usne duplje, lica i vilica kod dece i omladine prema mestu lokalizacije povrede

mesto povrede	broj povređenih	%
usna	96	34,7
zubi	75	26,7
lice	24	9,6
brada	16	5,6
gingiva	15	5,4
jezik	13	4,6
vilica	10	3,5
alveolarni greben	9	3,3
nepce	6	2,3
obraz	5	1,7
TM zglobov	3	1,2
nos	2	0,7
zigomatična kost	2	0,7
svega	276	100,0

u našem radu, smatramo da nije mali i da će dati pravilan uvid u problematiku ovih povreda.

Uzrok povrede je bio kod dece od 1—5 godina najčešće pad sa kreveta, povrede u sobi, dvorištu i na ulici. Od predmeta su najčešće povrede nastajale sa igračkama i drugim čvrstim predmetima i sa flašicom od mleka. U periodu od 6—10 godina povrede su zadobijane u igri i padovima, a najčešći uzrok povređivanja je bio pad sa bicikla, povrede olovkom i saobraćajni udesi. Od 11—15 godina povrede su imale iste uzročnike povređivanja, a od 16—20 godina povrede su nastale u školi, tuči i sportskim igrama.

Zaključak:

1. Povrede lica i vilica su vrlo česte kod dece i omladine a najčešće su kod dece uzrasta od 1—5 god. (36,6%)

2. Najčešće povređeni deo kod ove grupacije su gornja i donja usna (34,7%), na drugom mestu su povrede zuba (26,6%), a na začelju su povrede nosa i zigomatičnih kostiju (0,7%). Povrede nosa su sigurno evidentno veće, ali se pacijenti sa povredama ovog dela lica javljaju direktno ORL odeljenju. Dva slučaja koje smo zbrinuli na našem odseku, imali su povrede i iz našeg domena, pa su se stoga nama obratili.

3. Vrlo su česte mešovite povrede usna—zub ili jezik—usna ali smo u tim slučajevima težu povredu uzimali kao primarnu i nju statistički obrađivali.

4. Najčešći uzrok povrede je bio pad u igri, ređe povrede stranim telom i u tuči. Dosta je bilo povreda u saobraćajnim udesima.

5. Najveći deo povređenih je obrađen na našem odseku oralne hirurgije i lečen ambulantno uz stalni nadzor oralnog hirurga. Oporavak dece i omladine je bio brz i bez evidentnih komplikacija. Lečenje je trajalo najčešće 7—10 dana, a teži prelomi vilica od 40 do 45 dana.

Literatura:

1. **Đorđević R (1976).** Traumatski prelomi kostiju lica. Naučna knjiga. Beograd.
2. **Obradović V. Đorđević V. (1978).** Prva pomoć i lečenje maksilofacijalne regije nastalih pri saobraćajnim nesrećama. XIII Stomatološka nedelja SR Srbije. Zbornik radova strana 285-287

NEPREKIDNO USAVRŠAVANJE

ORTOPEDSKO-NEUROLOŠKI ASPEKT SPONDILOLISTEZA

Svetislav Soldatović i Momčilo Stojiljković

Ortopedska klinika Medicinskog fakulteta u Nišu

U svakodnevnoj lekarskoj praksi javlja se veliki broj bolesnika u čijoj kliničkoj slici bolesti dominiraju: bol u krstima, otežano kretanje i kod izvesnog procenta i manje ili jače prisutni neurološki ispadi. Većina bolesnika sa navedenim tegobama najčešće biva dijagnostikovana pod dijagnozom lumbago ili lumbalgijskog sindroma od strane lekara opšte prakse, a da se vrlo često i ne obave detaljniji klinički, radiološki, i laboratorijski pregledi.

Srećna je okolnost što se kod znatnog broja ovakvih bolesnika pod uticajem simptomatske terapije (analgetika, odmor i lokalno zagrevanje) stanje popravlja, a da u stvari nije ni postavljena korektna dijagnoza etiološkog faktora obolenja. Trebalo bi nam mnogo prostora da iznesemo sve moguće uzroke bola u krstima i dijagnostičke greške na koje svakodnevno nailazimo pri pregledima bolesnika koji duži vremenski period traže leka svojoj bolesti. Iz grupe bolesnika sa simptomatskom lumbalgijom i lumbalgijskim sindromom izdvojili smo bolesnike čije tegobe potiču od postojeće spondilolisteze u lumbalnoj regiji kičmenog stuba iz razloga što je u našoj domaćoj stručnoj literaturi vrlo malo pisano o ovome obolenju i što smo se osveđujući o prisutnosti dijagnostičkih grešaka u znatnom broju bolesnika u kojih smo primenom savremene dijagnostike utvrdili prisustvo spondilolisteze.

Spondilolisteza je oboljenje koje je davno poznato kliničarima, patoanatomima i rendgenolozima, još je 1741. godine Andry opisao slabinsku lordozu tipičnu za kliničku sliku ovoga oboljenja, Herbinieux je 1782. godine prvi obratio pažnju na ovo oboljenje, a u toku XVIII veka Rokitsky, Kiwich i Seyfert dali su patoanatomske opise promena na kičmenom stubu. U XIX veku o ovome oboljenju najviše su pisali Lambl i Neugebauer i čija se ispitivanja smatraju kao najveći doprinos. Primena rendgen dijagnostike pružila je mnogo veće dijagnostičke mogućnosti Codavilla je 1908. godine dao prvi rendgenološki opis spondilolisteze.

Prvih decenija XX veka o problemu spondilolisteze objavljeni su brojni radovi od strane poznatih autora: Turnera, Verdena, Čaklina i drugih. Interesantni su statistički podaci o brojnosti pojave ovoga oboljenja u u pojedinim državama. U SAD pojava je kod 6-7% stanovništva (znatno češća kod belaca no kod crnaca kod kojih je kod oko 2-4%). U Skandi-

Autor: Prof. dr sci Svetislav Soldatović, ortoped. Ortopedska klinika Medicinskog fakulteta u Nišu; kućna adresa: Niš Svetozara Markovića 32a.

navskim državama i Čehoslovačkoj pojava je kod 5-6% stanovnika, u Japanu kod 10%, a kod Eskima čak 27%-33%.

Iako je još 1893. godine Lane prvi primenio hirurško lečenje sve do tridesetih godina našeg veka vršene su sporadične hirurške intervencije (Golthwait 1911, Ryerson 1915) tek u narednim decenijama hirurško lečenje je prihvaćeno nakon obavljenih radova o uspešnim terapijskim rezultatima postignutim od strane: Gibsona 1931. i Mayerdinga 1932. godine i docnije Gloreux-a, Roederera, Friberga, Marque-a, Brocher-a i drugih. Navedeni autori vršili su spondilodezu zadnjim pristupom, a tek u petoj deceniji započelo se hirurško lečenje prednjim pristupom (Merle d Aubigne, Sicard, Hensell, Čaklin i drugi). U našim krajevima sve do šezdesetih godina koliko je nama poznato nije primenjivana operativna terapija. Prema nepotpunim podacima prva hirurška terapija spondilolisteze izvršena je u Nišu 1961 (Soldatović i saradnici) dok je prednjim pristupom hiruršku intervenciju izvršio u Novom Sadu dr Šećerov sa saradnicima.

Naziv spondylolistesis potiče još od Kiliana (1854) od grčkih reči: Spondylos (kičmeni pršljen) i olisthesis (pokliznuće). Etiologija oboljenja do danas još nije u potpunosti objašnjena. Utvrđeno je da spondylolistezi pretходи spondiloliza tako da je danas usvojeno da je spondilolisteza rezultat spondilolize a o spondilolizi postoji više teorija i to: Neugebauer (1888) smatra da je u pitanju urođeno obolenje. 2. Speranski (1925) smatra da je posledica ortogradnog položaja kičme gde uticaj zemljine teže igra presudnu ulogu. 3. Sorel (1931), Meyr-Burgdorff (1931) smatraju da postoje trofostatičke promene na arkusima pršljenova, 4. Exner (1965) smatra da je posledica prekomerne stabilnosti kičmenog stuba (česta pojava kod bolesnika u kojih

postoji sakralizacija), 5. Congdon (1932) smatra da je spondilolisteza posledica nestabilnosti kičmenog stuba 6. Nevotelenov (1928) i Brocher (1950) misle da je u pitanje displastična promena na intraartikularnim delovima arkusa pršljenova. 7. Sere (1956), Schrider (1957) i Böler (1970) smatraju da je posledica traume i 8. Turner (1929), Meyerding (1938) i Kötner (1961) pridaju najveći značaj preopterećenosti kičmenog stuba (česta pojava kod teških fizičkih radnika). 9. Bakke (1939) smatra da je u pitanju nasledno obolenje. 10. Bots i Hitchcock (1940) da je urođeno, 11. Rokitanski (1836) da je posledica promena na intervertebralnom disku. 12. De Seze (1947) smatra da patološke promene na kičmenim vezama dovode do nestabilnosti kičmenog stuba. 13. Chiari i Stone (1963) da je posledica artroze intervertebralnih zglobova i 14. Kleiner (1962) povezuje pojavu spondilolisteze sa hormonalnim promenama koje kod dece dovode do osteoporoze.

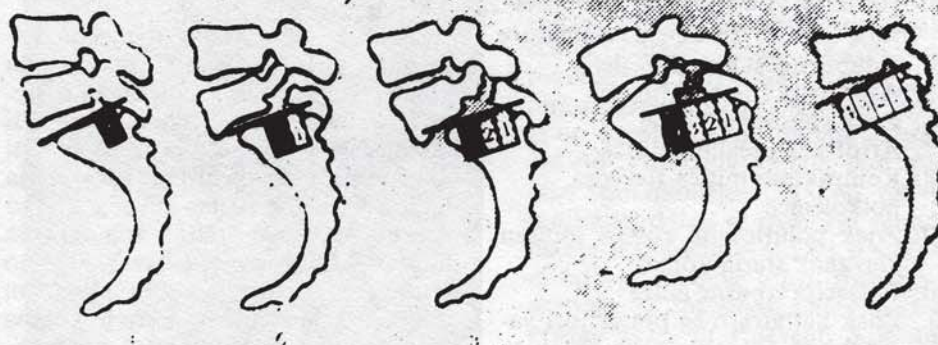
Klasifikacija stepena spondilolisteze

Postoji više klasifikacija koje baziraju na veličini dislokacije pomerenog pršljena ili na bazi veličine ugla koji zaklapaju sagitalna osovina i pomerenog pršljenja. U praksi se najčešće koriste klasifikacije po Meyerdingu (slika 1) i Belenkinu (slika 2).

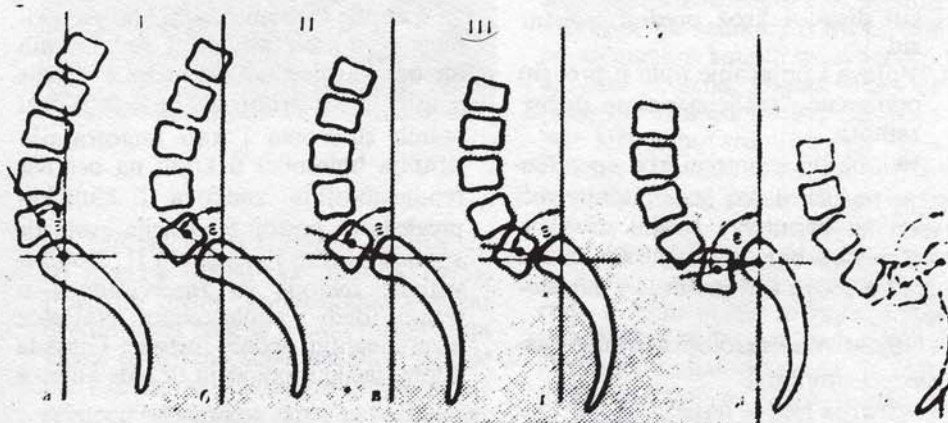
Klinička slika spondilolisteze

Simptomatologija u bolesnika u kojih postoji spondilolisteza je veoma bogata. U bolesnika sa lokalizacijom na nivou L₅ i L₄ (druge lokalizacije se veoma retko sreću) postoje subjektivni i objektivni klinički znaci.

Subjektivni znaci: Bol može biti sporadičan ili hroničan. Lokalizacija bola u krstima, bol u sakralnoj i koksigealnoj regiji, bol u predelu distalnog torakalnog dela kičme i bol u vratnom delu kičme i vratne regije:



Sl. 1



Sl. 2

Objektivni znaci mogu biti: ortopedski, neurološki i rendgenološki.

1. Znak udubljenja nad spinalnim nastavkom pomerenog pršljena
2. Lordoza lumbalne regije
3. Usiljena grudna kifoza
4. Naklonjenost karlice put napred
5. Okrenutost karlice put nazad
6. „Gordo čelo“ (podignuto čelo)

7. Znak vertikalno položenog sakruma
8. Uvećanje bicristalne distancije u poređenju sa bitrohanternom.
9. Znak teleskopa (skaračen grudni koš).
10. Znak poprečnog nabora trbušnog zida
11. Znak izduženja ruku u odnosu na noge

12. Znak linije Šumahera (pupak se nalazi niže od linije za 10 do 12 cm)
13. Tarnerov znak dizgina (Kontraktura paravertebralne muskulature)
14. Udubljenje sulcus dorsalis-a
15. Asimetrija romba Mihelisa
16. Znak spljoštene kičme
17. Atrofija glutealnih mišića
18. Kontraktura mišića fleksora potkolenice
19. Znak polufleksije kolena (opisan kao znak starih konja)
20. Pulzacija trbušne aorte
21. Znak „unutrašnjeg praga“ pri vaginalnom ili rektalnom pregledu bolesnika
22. Bolovi pri palpaciji spinalnog nastavka pomenog pršljena
23. Znak Školjnikova (bol pri palpaciji diskusa kroz prednji trbušni zid)
24. Pojava i pojačanje bola u predelu pomenog pršljena nakon dužeg zamora.

Neurološki simptomi kod spondilolisteze naročito ako je u pitanju veći stepen su prisutni i brojni. Subjektivno postoji bol, bol može da iridira u noge a mogu biti prisutne i parestezije.

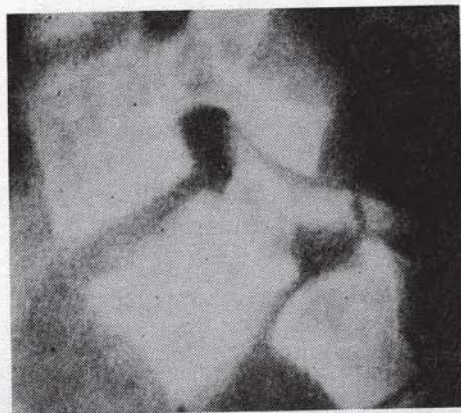
Objektivno neurološki se mogu naći sledeći simptomi

1. Atrofija mišića nogu
2. Hipestezija
3. Oslabljeni ili ugašeni refleksi (Ahilov, koleno-patelarni, trbušni).
4. Simptom Laseg-Lazarević-a
5. Simptom Bružinskog i Neria
6. Pareze i paralize mišića
7. Spastična pareza donjih ekstremiteta
8. Antalglična poza
9. Vegetativni poremećaji (promene na koži stopala i nogu naročito distalne trećine potkolenica: preosetljivost, hladne noge, bleđa koža, vlažna, suha).
10. Poremećaji mokrenja
11. Impotencija

12. Simptomi mlitavih pareza i paraliza na donjim ekstremitetima.
13. Šepanje pri hodu (disbasia intremittens)

Rendgen dijagnostika spondilolisteze je najpouzdanija i služi za potvrdu kliničke dijagnoze i određivanje stepena spondilolisteze. Snimanje se vrši u stojećem položaju a po potrebi vrši se i funkcionalna profilna radiografija lumbosakralnog dela kičme, a kao dopuna može se vršiti i tomografija lumbosakralne regije. (slike 3, 4). Kao dopunske metode u većim kliničkim centrima primenjuju se metode kojima se procenjuje stanje u kičmenom kanalu. Danas se koriste: Kontrastna mijelografija, Gamamielografija uz primenu ^{138}Xe , flebospondilografija, pneumoperidurografija i diskografija.

Lečenje bolesnika sprovodi se primenom konzervativnih i operativnih metoda. Konzervativne metode lečenja imaju široku primenu naročito u fazi bolnih sindroma i kao dugotrajnija terapija bolesnika u kojih na osnovu rendgenoloških znakova i kliničkih pregleda ne postoji tendencija evolucije spondilolisteze I stepena u II. Konzervativne metode su rezervisane i u terapiji dede i adolescenata. Najčešće se primenjuju sledeće metode: Gipsana imobilizacija u položaju fleksije kukova



Sl. 3



Sl. 4

od 150 stepeni u trajanju od dva do tri meseca, (Pfeil-ova metoda 1975), Posteljni režim, horizontalan položaj dve do četiri nedelje u cilju rasterećenja kičme (efektivno smanjuje bol), ležanje na leđima sa savijenim nogama uz primenu balkanskog rama sa istezanjem, podvodna ekstenzija (Volkov, Kaptelin, Kazmin), Masaža, medicinska gimnastika (Mitbreit), ortopedski mideri, novokainske blokade kod pojave radikularnog sindroma), Periduralna blokada po Katelenu, toplotne procedure i balneoterapija. Efekat terapije je prolazan. Efekat konzervativne terapije manifestuje se smanjenjem bolova i subjektivnih smetnji, zaustavlja se ili usporava evolucija daljnjeg pomeranja pršljena. Izlečenja primenom konzervativne terapije postižu se u veoma malom procentu obolelih, taj procenat se kreće od 5 do 15%. Operativne metode imaju danas široku

primenu. Indikacije su vrlo široke. Kao najvažnije indikacije su: spondilolisteze lumbalnih pršljenova se prisutnim znacima nestabilnosti kičmenog stuba, pareze donjih ekstremiteta i poremećaji mokrenja, češće pojava disko-radikularnog sindroma, nestabilne kičme nakon laminektomije, stenoze kičmenog kanala postraumatske spondilolisteze, a kod relativne indikacije danas se smatraju spondilolisteze kod srednjevečnih i starijih ljudi koji se ne bave težim fizičkim poslovima. Kontraindikacije su malobrojne i to prvenstveno loše opšte stanje bolesnika, infekcije na donjim ekstremitetima, tromboflebiti i slično.

Cilj operativnog lečenja sastoji se u tome da se stabilizuje nestabilan segmenat kičmenog stuba, smanji kompresija na radikse, odstrani suženje na kičmenom kanalu uslovljeno pokli-znućem pršljena. Danas se pri operativnim zahvatima koriste dve vrste prilaza kičmenom stubu: zadnji i prednji. Postoje brojne metode fiksacije (spondylodeze) pomeranih pršljenova. Većina danas primenjivanih metoda daje oko 75-80% dobrih rezultata.

U toku našeg dvadesetpetogodišnjeg rada u Nišu pored brojnih bolesnika u kojih je utvrđeno postojanje spondilolisteze lumbalnog petog ili četvrtog pršljena i koji su simptomatski lečeni konzervativnim metodama u deset slučajeva obolelih od spondilolisteze u koji su postojale uporne smetnje izvršili smo operativno lečenje primenom klasične Meyerdingove metode. Kod deset bolesnika u kojih je postojala spondilolisteza petog lumbalnog pršljena dok smo kod dva bolesnika primenili parspinalnu spondylodezu po metodi Polyo.

Od naših bolesnika dva su bila posebno interesantna i na njima ćemo se duže zadržati.

Bolesnica G. M. stara 54 godine, zdravstveni radnik, operisana je u je-

dnom većem neurohirurškom centru zbog diskus hernije u lumbalnoj regiji. Prilikom operacije diskus hernije kod nje je izvršena laminektomija. Nekoliko meseci nakon operacije javljaju joj se jaki bolovi koji joj onemogućuju, hod, duže stajanje i rad. Radiografski je utvrđeno da postoji spondilolisteza četvrtog lumbalnog pršljena, a klinički postojali su i znaci nestabilnosti kičmenog stuba. U opštoj anesteziji izvršena je zadnjim pristupom spondilodeza u nivou trećeg do petog lumbalnog pršljena. Nakon postoperativnog toka koji je protekao uredno vratila se na posao i do odlaska u penziju uspešno obavljala poslove u ambulanti u kojoj je imala radni odnos.

Bolesnik B. I. star 34 godine primljen je na kliniku sa znacima monopareze leve noge nakon prevrtanja sa traktorom. Klinički i rendgenološki utvrđeno je da postoji prelom četvrtog

lumbalnog pršljena i spondilolisteza istog. Operativnim putem izvršili smo repoziciju prelomljenog pršljena i spondilodezu na nivou trećeg do petog lumbalnog pršljena. Postoperativni tok bio je uredan. Pet meseci nakon operativnog zahvata kada mu se funkcija paretične noge u potpunosti popravila vrati se na posao traktoriste kojim se i danas, četiri godine nakon operacije, uspešno bavi.

Iznošenjem ortopedsko-neurološkog aspekta spondilolisteze lumbalnih pršljenova sa važnom napomenom da su svi naši operativno lečeni bolesnici dobro podneli operativne zahvate i nakon operacija otišli zadovoljni terapijskim efektom želeli smo da damo informaciju o jednom patološkom stanju na kičmenom stubu koje se dosta često javlja i u našem regionu, a o kome je u našoj literaturi malo rečeno.

Rezime

Autori iznose svoja zapažanja stečenih na osnovu praćenja svojih bolesnika obolelih od spondilolisteze lumbalnih pršljenova. Došli su do zaključka da bolesnika obolelih od spondilolisteze ima i u našem regionu i da se bolesnici sa ovakvim oboljenjem mogu uspešno izlečiti primenom savremenih metoda lečenja. Budući da u domaćoj literaturi nisu objavljeni stručni referati iz ove oblasti u cilju informisanja izneli su i najsazetije podatke o etiologiji, patogenezi, kliničkoj slici i lečenju.

Literatura

- Ass J.K. (1971). Pojasničnokrescovij radikulit. Medicina. Moskva
- Dzak A. (1981) Bole krzyza. Panstowowy zaklad Warszawa
- Mitbrajt I.M. (1978) Spondilolistez. Medicina. Moskva.
- Soldatović S. (1972) Ortopedija. Univerzitet u Nišu.
- Tager N. (1963) Boljšaja medicinskaja enciklopedija. Tom XXXI. Moskva.

SAVREMENO LEČENJE BRONHOOPSTRUKCIJE KOD DECE

N. Stojanović i saradnici

Bolnica — Dečje odeljenje, Leskovac
Medicinski centar „Moša Pijade“

Bronhoopstruktivni sindrom kod dece javlja se u visokom procentu i predstavlja najčešću patologiju u dečjem uzrastu. Oboljenja disajnih puteva, odnosno respiratornog sistema najčešće su sve češća kako kod odraslih tako i kod dece. Na učestalost utiču mnogobrojni faktori: egzogeni i endogeni. Egzogeni faktori su najčešće: infekcije, uticaj spoljašnje sredine, zagađenost vazduha, nepovoljni stambeni uslovi, prisustvo raznih alergena u okolini i prirodi, nepovoljni klimatski faktori, loše navike kao što je pušenje, pregrevanje i slabo provetranje prostorija. Na egzogene faktore možemo uticati na razne načine.

Endogeni faktori su: imunološki-alergijski, anatomske i fiziološke. Na ove faktore možemo uticati samo pravilnim lečenjem i tretmanom obolelog deteta.

Bolesti koje dovode do bronhoopstrukcije su raznovrsne, najčešće su to: bronhiti — opstruktivni i recidivantni, sinuziti, astma, razne anomalije plućnog parenhima i bronhalnog stabla, zapaljivi procesi kao što je bronhiolitis, pneumonije, razne polisistemske bolesti (CF, hemosideroza) aspiracioni sindrom (ne tako redak kod dece) i druga imunodeficijentna stanja i oboljenja.

Tabela 1

BRONHOOPSTRUKCIJU KARAKTERIŠU

1. WNEEZING
2. DISPNEA
3. PRODUŽENI EKSPIRIJUM

PATOGENSKI MEHANIZMI KOJI DOVODE DO BRONHOOPSTRUKCIJE SU:

1. EDEM SLUZNICE
2. BRONOSPAZAM
3. EKSUDACIJA — STVARANJE SEKRETA

Zajedničko za svaku bronhoopstrukciju bez obzira na etiologiju je pojava wheezing-a, dispnee i produženog ekspirijuma. A osnovna tri mehanizma koja se odigravaju u lumenu bronha su edem sluznice, spazam glatke muskulature i eksudacija odnosno stvaranje sekreta.

U svakodnevnom radu lekara i pedijatar najčešće se susrećemo sa recidivantnim opstruktivnim bronhitom i astmom. Recidivantni opstruktivni manjeg uzrasta do 3 god. i oni nastaju najčešće zbog čestih infekcija deteta, zbog loših uslova života, neznanja

roditelja i kao posledica često deficijencije imunoglobulina A. Visoka učestalost ovog sindroma objašnjava se anatomskim osobenostima disajnih puteva kod malog deteta. Naime, lumen bronhija je skoro tri puta manji nego kod odraslih, prema tome i minimalne promene u zidu bronha dovode do kliničke promene bronhoopstrukcije. Uloga alergije u razvoju recidivnog bronhita je takođe vrlo važna; u kasnijem životnom dobu ovaj oblik opstruktivnog alergijskog bronhita vrlo često prelazi u astmu. Kod dece starijeg uzrasta preko 4 god. osnovni dijagnostički problem predstavlja diferencijalna dijagnoza opstruktivnog bronhita i astme. U starijem uzrastu uzrok bronhoopstrukcije je najčešće alergijske prirode, pa je terapija usmerena u sprečavanju nastanka alergijske reakcije.

Da bismo bolje razumeli dejstvo lekova i primenili pravilno terapiju, neophodno je da se osvrnemo na osnovna patogenetska zbivanja koja dovode do spazma glatke muskulature bronha. Od mnogobrojnih teorija najpoznatija je „betaadrenergična teorija“ koja objašnjava alergijska zbivanja u zidu bronha. Poznato je da bronhalni sistem pod uticajem kateholamina: jedni deluju na alfa receptore i izazivaju bronhoopstrukciju, a drugi deluju na beta-receptore i dovode do relaksacije bronha. Kod zdravih osoba postoji ravnoteža između ovih receptora, dok kod asmatičnih osoba postoji disproporcija i veća aktivnost alfa receptora, pa astmu mnogi autori smatraju kao „bolest sa beta adrenergičnim deficitom“. Kod bronhoopstrukcije dolazi do reakcije antigen-antitelo posle koje se oslobađaju hemijski medijatori alergijske reakcije — histamin i prostaglandini koji dovode do spazma glatke muskulature. Aktivacijom enzima adenil-ciklaze iz ATP-a a u prisustvu Mg^{++} formira se C-3'5 AMP koji delovanjem enzima fosfo-

diesteraze prelazi u inaktivni 5-AMP. Oslobađanje medijatora alergijske reakcije zavisi od nivoa celularnog C-AMP. Njegova uloga je da inhibira oslobađanje hemijskih medijatora koji dovode do spazma bronha. Ako je snižen nivo C-AMP dolazi do bronhoopstrukcije. Smatra se da asmatični bolesnici imaju urođen ili stečen deficit enzima adenilciklaze pa prema tome manje formiraju C-AMP. To bi bila suština zbivanja koja dovode do pojave bronhoopstrukcije najjednostavnije objašnjena. U kasnijem izlaganju videćemo kako pojedini lekovi deluju na ovaj sistem sprečavajući oslobađanje medijatora alergijske reakcije.

Mogli bismo reći da osnovno poznavanje uzroka i zbivanja kod bronhoopstrukcije određuje pravilnu terapiju.

U akutnim napadima bronhoopstrukcije cilj terapije je da ukloni spazam glatke muskulature bronha, da smanji edem sluznice i olakša eliminaciju sekreta iz disajnih puteva što omogućava bolju prohodnost bronha. To se postiže sledećim merama terapije.

1. Primenom bronhodilatatora

2. Razvodnjavanjem sekreta, koje se postiže primenom mukolitika i mukoregulatora. Najčešće primenjivan je Bisolvon koji povećava nivo kiselih glikoproteina u mukusu čime se smanjuje viskozitet sekreta.

U cilju razvodnjavanja omogućava se dovoljan unos tečnosti oralno ili parenteralno kod težih opstrukcija.

3. Radi bolje drenaže bronha i ekspektoracije kod dece se primenjuju fizikalni postupci kao što je položajna perkusiona drenaža.

4. Primena antibiotika samo ako je dokazana bakterijska ili se pretpostavlja bakterijska infekcija. Najčešće su bronhiti kod dece virusne etiologije.

5. Kortikosteroidi su rezervisani samo kod težih oblika bronhoopstrukcije kada prethodne mere terapije ni-

su dale željeni efekat, mada se u praksi znatno češće koriste što nije opravdano.

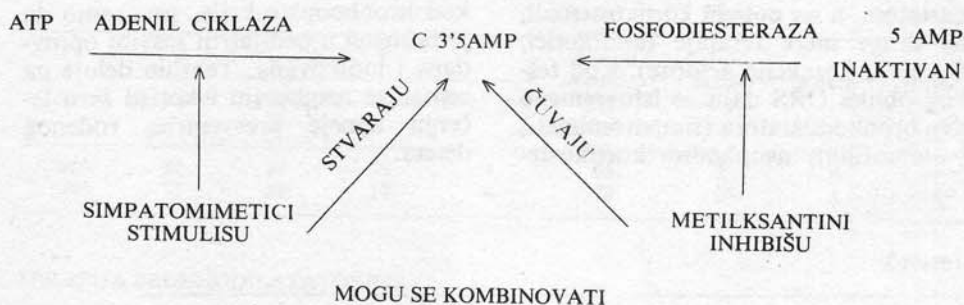
Bronhodilatatori imaju široku primenu kod bronhopneumonijskog sindroma.

Kod dece manjeg uzrasta i odojčadi opstrukciju izaziva kao što smo rekli nagomilan sekret koji zatvara bronhe pa je osnovna mera terapije

eliminacija sekreta. Zato vrlo često uspevamo i bez primene bronhodilatatora da uz položajnu drenažu i razvodnjavanje sekreta saniramo opstruktivni bronhit. Kod starije dece opstrukcija bronha je značajan i dominantan simptom zbog čega je primena bronhodilatatora neophodna. Postoje dve osnovne grupe ovih lekova: simpatomimetici i ksantini.

Tabela 2

DEJSTVO SIMPATOMIMETIKA I METILKSANTINA



Simpatomimetici stimulišu stvaranje C-AMP preko aktivacije adenilciklaze, dok ksantini sprečavaju razgradnju C-AMP inhibirajući dejstvo fosfodiesteraze. To je osnovna razlika u delovanju ove dve grupe bronhodilatatora.

Prvi i najčešće primenjivan iz grupe simpatomimetika je Epinefrin-Adrenalin. Deluje na alfa i beta adrenergične receptore, obično se daje 1—2 doze u razmaku od 30 minuta, ako ne dođe do željenog efekta daje se drugi lek. Spada u moćne bronhodilatatore ali u stanjima sa hipoksemijom, acidozom, opstrukcijom bronha mukusom nema dejstvo i nastaje „adrenalin-rezistencija“. U grupu simpatomimetika koji deluju na beta adrenergične receptore spadaju: Izoprenalini; Aleudrin (lingvaletę sprej), Norisodrin sirup, Orciprenalin-Alupent.

Nedaje se sa drugim simpatomimetima (vrlo važno). Salbutamol-Ventolin stimuliše beta₂ adrenergične receptore i često je korišćen u pedijatriji. Fenoterol-Berotek beta₂ stimulator, Terbutalin-Brikanil takođe stimuliše beta₂ receptore. Ipradol-Heksoprenalin deluje na beta₂ receptore.

Grupa simpatomimetika je znatno više korišćena u terapiji. Smatra se da kod lečenja bronhopneumonije dece prvo treba dati simpatomimetik koji utiče na stvaranje C-AMP, jer ukoliko je veća koncentracija C-AMP-a utoliko će biti izraženija inhibicija fosfodiesteraze odnosno bolje dejstvo druge velike grupe moćnih bronhodilatatora ksantina — aminofilina i teofilina. U svim stanjima gde simpatomimetici zataje daju se ksantini. Oni su naročito efikasni u stanjima teže opstrukcije koja duže traje sa pojavom hi-

poksemije i acidoze. Deluju tako što inhibišu fosfodiesterazu tj. oni čuvaju već stvoren C-AMP pod dejstvom simpatomimetika — znači mogu se kombinovati. Ranije je davanje samo jednog bronhodilatatora bilo pravilo u pedijatriji. U novije vreme kombinacija bronhodilatatora naročito kod veće dece je ne samo poželjno već u izvesnim stanjima i neophodno.

Kod lakšeg oblika ORS daje se jedan bronhodilatator — simpatomimetik ili oralni teofilinski preparat. Kod srednje teškog oblika ORS primenjuje se **postupno** dva ili više bronhodilatatora, a **po potrebi** kortikosteroidi, uz druge mere terapije (antibiotici, O₂, i.v.i, korekcija acidoze). Kod teškog oblika ORS daju se **istovremeno** dva bronhodilatatora (simpatomimetik i aminofilin), **neophodno** kortikoste-

roidi uz druge mere terapije. Pored aminofilina (koji je uglavnom bar u pedijatriji lek rezervisan za bolničku primenu) iz grupe ksantina značajan lek je teofilin koji kako je lepo rečeno doživljava svoju renesansu u terapiji bronhoopstrukcije. U nekim slučajevima teofilin postaje lek izbora.

Iako stari lek, sada je mnogo više proučen i možemo reći da spada u savremene lekove za terapiju bronhoopstrukcije. Posle radova dr Šićevića i saradnika koji su ispitivali vrednosti teofilina u krvi i salivi i dejstvo leka kod bronhoopstrukcije, smatramo da je primena u pedijatriji sasvim opravdana i indikovana. Teofilin deluje na centar za respiraciju i koristi se u lečenju apneje prevremeno rođenog deteta.

Tabela 3

EFEKTI TEOFILINA NA DISAJNE ORGANE

1. RELAKSACIJA GLATKIH MIŠIĆA BRONHIJA
2. OTKLANJANJE PLUĆNE HIPERTENZIJE
3. UBRZANJE MUKOCILIJARNOG KLIRENSA
4. INHIBICIJA OSLOBAĐANJA MEDIJATORA U ANAFILAKTIČNOJ REAKCIJI
5. SPREČAVANJE EDEMA PLUĆA POD DEJSTVOM MEDIJATORA
6. POBOLJŠANJE KONTRASNOSTI DIJAFRAGME

Najznačajnije je pozitivno dejstvo ovog leka na respiratorni sistem mada deluje i na druge sisteme. Kao i svi lekovi ima i neželjena dejstva kao što su: glavobolja, vrtoglavica, nauzeja, povraćanje, proliv, palpitacije. Može se javiti aritmija srca hipotenzija a nekad i konvulzije. Da se spreče neželjena dejstva neophodno je znati stanje jetre, srca i SNS-a. U pedijatriji je najvažnije pravilno doziranje odnosno da koncentracija leka u krvi ne pređe 20 mg/l. Zapažena je individualna razlika u efektivnim dozama leka. Ali prema iskustvu dr Šićevića, efikasna doza oralnog oblika teofilina sa sporim oslobađanjem iznosi

6 mg/kg na svakih 12 časova. Utvrđeno je da se sa polovinom pojedinačne doze lekova iz obe grupe mogu postići terapijski efekti kao da je data puna doza jednog od ovih lekova. Statičke konfekcijske kombinacije ovih lekova nisu poželjne za terapiju kod dece.

U bolničkim uslovima, a kod težih opstrukcija moguća je postupna kombinacija aminofilina i kasnije Durofilina. Treba naglasiti da oralni oblik teofilina se može davati u toku medikamentne profilakse astme u cilju suzbijanja napada otežanog disanja. Pored osnovnog leka ketotifena (Dihalara) ili natrijumhromoglikata-Intala, može se davati i Durofilin.

Naša iskustva na Dečjem odeljenju u toku dvogodišnje primene Durofilina su skromna jer je lek relativno

Cilj ovog izlaganja je bio, da pored dobro poznatih i često primenjivanih simpatomimetika upoznemo bolje,

novog datuma. Durofilin smo davali u izvesnim slučajevima kombinovane terapije ili samo oralno.

dobri stari teofilin u novom obliku kao Durofilin i da znamo da još jedan dobar preparat imamo za lečenje bronhoopstrukcije.

Tabela 4 i 5

DECA LEČENA OD BRONHOOPSTRUKCIJE

Godina	U Z R A S T				Akutni opstruk- tivni bronhit	Recidi- vantni	Astma	Ukupan broj
	do 2 god.	2—5 god.	6—10 god.	11—15 god.				
1984	57	27	9	4	66	27	4	97
1985	75	18	13	4	74	36	5	110

TERAPIJA BRONHODILATATORIMA

TERAPIJA BRONHODILATATORIMA

Godina	Parente- ralna	Kombino- vana		Oralna	Durofilin	Bez bronhodi- latatora	Ukupan broj
1984	45	31	8	10	8	11	97
1985	32	43	15	20	15	15	110

Literatura:

1. Žugić M., Varagić V.: Teofilin-novi pogledi na stari lek Srpski arhiv, Organ Srpskog lekarskog društva—Beograd, 1982. god.
2. Problemi u pedijatriji 85- Savremena terapija: Šićević S.: Teofilin u lečenju bronhoopstrukcije. Naučna knjiga, Beograd 1986. god.
3. Šićević S.: Plućne bolesti u dece, Savremena administracija, Beograd 1976. god.

KORTIKOSTEROIDI U OFTALMOLOGIJI

Jelena Stanimirović

Oftalmološka služba Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu

Adrenalna žlezda sastoji se od srži koja luči adrenalin i noradrenalin i kore iz koje je izolovano 28 steroida. Od prirodnih hormona kore nadbubrežne žlezde u terapijske svrhe koristi se hidrokortison, prvi put sintetizovan 1946. godine i kortison sintetizovan 1950. godine.

Hidrokortison predstavlja aktivni oblik prirodnog hormona. Kortison je manje aktivan derivat koji nastaje u organizmu oksidacijom hidrokortisona u ćelijama kore nadbubrežne žlezde. Substitucijom C atoma u molekuli hidrokortisona nastaju sintetski kortikosteroidi koji imaju veću kliničku dostupnost, kao što su:

1. prednison
2. metil-prednisolon
3. triamcinolon
4. dexametason

No, i dalje se traga za idealnim steroidom.

Prednisolon ima 4 puta, a dexametason 8 puta jače antiinflamatorno dejstvo.

Glavnu ulogu u regulisanju sekretorne funkcije kore nadbubrežne žlezde ima kortiko-tropni hormon adenohipofize — ACTH. Lučenjem ACTH upravlja, hipotalamus kortiko-rilising faktorom delujući na ćelije hipofize. S druge strane na lučenje ACTH utiče nivo kortisola u krvi delujući po principu povratne veze na ćelije adenohipofize.

Kortikosteroidi deluju na metabolizam ugljenih hidrata, masti i belančevina.

U metabolizmu ugljenih hidrata osnovna karakteristika glikokortikoida je njihov antagonizam prema insulinu, tj. podstičući sintezu glukoze — glikoneogenezu u ćelijama jetre od amino-kiselina nastalih razaranjem perifernih belančevina, a naročito izraženim u farmakološkim dozama, tj. više od 25 mg. /m/ 24 h.

U jetri podstiču sintezu aminokiselina, a u tkivima na periferiji je inhibiraju.

Glikokortikosteroidi imaju različito dejstvo u raznim tkivima na metabolizam masti. Vršu inhibiciju lipogeneze u ćelijama ruku i nogu a podstiče je u ćelijama trbuha, leđa i lica stvarajući mesečevo lice — facies lunata.

Poremećaj u distribuciji elektrolita i vode dovodi do povećanog lučenja kalijuma, zadržavanju natrijuma i vode stvarajući edem.

Kortikosteroidi imaju:

ANTIINFLAMATORNO, IMUNO-SUPRESIVNO I ANTIALERGIJSKO DELOVANJE.

Mehanizam delovanja kortikosteroida je nepoznat, ali se sledeće sigurno zna:

1. Antiinflamatorno delovanje je nespecifično na vrstu štetnog stimulusa.
2. Da bi ispoljili svoje dejstvo moraju biti na mestu delovanja u neizmenjenom stanju.
3. Step supresije inflamatornog delovanja srazmeran je koncentraciji glikokortikosteroida u inflamatornom tkivu.
4. Kortikosteroidi podražavaju integritet kapilara i sposobnost vazokonstrikcije u mikrocirkulaciji inflamatornog tkiva, sprečavajući izlazak tečnosti i proteina kao i nastanak lokalnog edema.
5. Antipiretičko delovanje se izgleda zasniva na sprečavanju ili oslobađanju pirogena kao i termoregulatornih odgovora hipotalamusa.
6. Glikokortikoidi ne sprečavaju reakciju antigen-antitelo, ali ne sprečavaju ni oslobađanje hemijskih medijatora koji tom prilikom nastaju, mada je reakcija, ipak, suprimirana.
7. Urokuje usporeno stvaranje granulacionog tkiva, odnosno stvaranje ožiljka.
8. Usporava epitelnu i endotelnu regeneraciju.
9. Smanjuje količinu lizozima u suzama.
10. Deluju na reakcije kasne preosetljivosti. Značaj za reakciju kasne preosetljivosti pojačan je transplantacijom organa gde su se kortikosteroidi pokazali veoma efikasnim. Centralni događaj pri transplantaciji je reakcija antigenantitelo koja izaziva veoma snažnu inflamatornu reakciju pri čemu kortikosteroidi deluju na reakciju kasne preosetljivosti.

U ukupnom inflamatornom delovanju kortikosteroida treba pomenuti inhibični uticaj na fibroplaste i stva-

ranje kolagena koji je u toku inflamacije deo reparatornog procesa i nastojanja da se lokalizuje infekcija, uzrokujući usporeno stvaranje granulacionog tkiva i ožiljka.

Način primene:

Adrenokortikosteroidi se u oftalmologiji primenjuju u vidu opšte i lokalne terapije. Opšta terapija se vrši u vidu oralnog i intramuskularnog davanja, dok se lokalna vrši putem kapi, masti, subkonjunktivnih injekcija, katodnim prenosom, intrakameralnim ubacivanjem i retrobulbarnim načinom. Kad god je moguće treba primenjivati lokalnu terapiju, jer se dobija znatno veća koncentracija kortikosteroida na mestu delovanja a smanjuje se i izbegavaju periferni, neželjeni efekti kortikosteroida. Da bi kapi bile efikasne moraju se davati svaka 2—3 sata, jer im je resorpcija velika, ali se i veoma brzo metabolišu. Masti su naročito pogodne za noćnu terapiju s obzirom na sporiju resorpciju, a i sporiji metabolizam te i nije dejstvo produženo. Subkonjunktivne injekcije deluju 2—3 dana i ubrizgavaju se nakon anestezije iza limba. Dejstvo metil-prednisona je protahirano i na 2—4 nedelje kad se daje u vidu slabo rastvorljivog acetata zbog slabe resorpcije i usporenog metabolizma. Retrobulbarno davanje se pokazalo nedovoljno efikasno. Intrakameralna primena se vrši samo u beznačajnim slučajevima. Lokalna terapija u principu treba se koristiti uvek kod obolenja prednjeg segmenta oka, dok kod obolenja zadnjeg segmenta oka će biti neophodna i opšta primena.

Primena kortikosteroida može biti kontinuirana i diskontinuirana.

Kontinuirana terapija može biti kratkotrajna, 2—3 dana, najduže do 7 dana, ili dugotrajna, 2—4 nedelje. Što je kraće davanje to je mogućnost od neželjenih efekata manja. Pri pre-

kidu kratkotrajne terapije ne treba postepeno smanjivati dozu, već primenu naglo prekinuti kao što je i započeta.

Pri dužem davanju treba dobro razmisлити da li je bolest koja se pokušava lečiti ozbiljnija po život, ili neželjeni efekti izazvani glikokortikoidima, s obzirom da se javlja supresija hipotalamo-hipofizno-adrenalne osovine.

Kada se kod bolesnika sa kontinuiranom terapijom postigne željeni efekat, a da bi se i dalje održavao, prelazi se na diskontinuiranu terapiju. Još je Hoerter 1963. godine dokazao da se diskontinuiranom terapijom postignu željeni efekti uz znatno manju supresiju hipofizo-hipotalamo-adrenalne osovine. Ona se sprovodi u toku 3 dana sa uzastopnom pauzom od 4 dana, tzv. intermitentna, ili svaki drugi dan tzv. alternirajuća terapija, a koja je veoma pogodna pri dugotrajnom davanju.

Za postupno smanjivanje kortikosteroida neki autori predlažu da se dnevna doza smanjuje nedeljno za 1/4 sve do fizioloških vrednosti, a koja se na principima alternativne terapije održava još 1—2 meseca. Drugi savetuju da se u slučaju dužeg trajanja doza smanji već u toku 1—2 nedelje do fiziološkog nivoa.

Doziranje:

Obično se daje 1 mg. kortikosteroida na 1 kg. telesne težine i to podeljene u 2—3 dnevne doze. Doziranje je u zavisnosti od preparata i njegove rastvorljivosti i težine obolenja. Dnevnice količine se kreću od 1 mg dexametasona kod lakših slučajeva, pa do 600 mg eventualno i više kod teških slučajeva.

Primena:

1. Kod svih oblika prednjeg i zadnjeg uveita u kombinaciji sa antibioticima, razne etiologije.
2. Alergičnih obolenja.
3. Pemfigusa.
4. Stivens-Džonsa.

5. Posner-Schlosmana.

6. Kod transplantacija pojedinih tkiva.

7. U cilju smanjivanja ožiljnih procesa.

8. Auto-imunih bolesti:

Neželjena dejstva:

Smanjuje količinu lisosima u suzama pospešujući infekcije oka.

Pri dužem lokalnom davanju dovodi do hidrokortizonskog efekta.

Sprečava epitelnu i endotelnu regeneraciju, mada u manjim dozama usporenje nije naročito izraženo.

Dovodi do otoka kolagenih vlakana trabekularne mreže i sledstveno tome do povećanog IOP.

Nakon dugotrajne primene u velikim dozama dovodi do stvaranja zadnje subkapsularne katarakte.

Može kod visokih doza usloviti edem papile a sledstveno tome i kompresiju odnosno atrofiju papile n. Opticusa.

Ima teratogeno dejstvo.

Visoke koncentracije dovode do Kušingovog sindroma.

Kontraindikacije:

1. Virusna oboljenja oka
2. Dijabet
3. Generalizovane infekcije slabo kontrolisane antibioticima.
4. Ulcerozno digestivno obolenje
5. Psihički poremećaji

Zaključak

Kortikosteroidi ne utiču na etiologiju inflamatornih procesa, tj. uticaj im je ograničen na blokiranje patoloških promena sve dok traje primena hormona, odnosno dok se daje. Ovakva inhibicija zapaljive reakcije na organu vida je najvažnija jer inflamacija može biti fatalna po vid. I kako se u Djuk-Elderu navodi: „Kortison je zaštitnik od vatre, ali na gasi vatru, niti popravlja štete od vatre“.

AMBULANTNO LEČENI PACIJENTI KAO MOGUĆI PROUZROKOVAČI SAOBRAĆAJNOG TRAUMATIZMA

Miodrag Jekić, Uroš Komad, Ivan Jekić

Hirurška služba KBC Zemun

Među uzrocima saobraćajnih nezgoda čovečje zatajivanje je na prvom mestu (96%), 3% uticaj okoline i 1% tehnički nedostaci. Slično je stanje i u drugim zemljama (Haffoer, Zink, Švajcarska, 1985, Schneider, SR Nemačka, 1984). Pod pojmom zatajivanja čoveka podrazumevamo ne samo ograničenja podobnosti za vožnju zbog bolesti i lekova nego i nedostatke u vožnji i ponašanju bez obzira na njihov uzrok.

Lekar ima veliki zadatak da utiče na smanjenje traumatizma u saobraćaju tako što će ambulantno kontrolisati pacijente i nesposobne za vožnju ukloniti do izlečenja ili stalno.

Akutna oboljenja u upoređenju sa hroničnim bolestima su, u odnosu na saobraćaj, manje problematična. U mnogim slučajevima sposobnost za vožnju pacijenata ambulantno tretiranih zbog akutnog oboljenja nije ili je neznatno oštećena. Ovo važi pre svega onda ako postojeći kompleks bolesti ne utiče direktno ili indirektno na psihičke i fizičke sposobnosti koje su posebno važne za voženje automobila, kao što su sposobnost procene, svest, vid, sluh, ravnoteža itd. Ipak treba paziti da simptomi koji se povremeno javljaju, napr. jake glavobolje mogu da odvuku pažnju od saobraćaja. Postoji i generalizovana simptomatologija kao visoka tempera-

tura, gadnjenje, povraćanje koje pacijenta jako ometaju. Svoje smanjene sposobnosti za vožnju pacijent sa aktivnim oboljenjem je više svestan od onog sa hroničnim oboljenjem.

Sa akutnim oboljenjem ređe sedaju za volan. Ako se to i dogodi onda su vožnje kratke.

Opasnost po sebe i druge je relativno prisutna i zavisi od sposobnosti održavanja pažnje pojedinca.

Lekar i u ovim slučajevima mora da nagovesti pacijentu njegovu ličnu odgovornost za vožnju sa relativno ograničenim sposobnostima za vožnju. Iz našeg iskustva (sa traumatološkim i ostalim slučajevima) upozoreni vozač vozi svoj auto do naše ambulante, i pored upozorenja i čak se vraća kući tim svojim autom sam vozeći. Teže su odluke o sposobnosti za vožnju kod hroničnih bolesti.

Napr. epilepsija se danas bolje leči i postoji tendencija da se dozvola za vožnju produžuje. Tako u SR Nemačkoj sa tri godine na dve je smanjeno vreme ograničenja za vožnju (Lewrenz, Fiedel, 1985). Koriste se mogućnosti kontrole EEG-om tokom 24 ili 48 sati i određivanja nivoa antiepileptika u krvi. U Švajcarskoj se takođe prihvata interval bez napada od 2 godine (Hartmann, 1980). Naravno da je preduslov svega ovoga da ne postoje negativni saobraćajno-medi-

cinski efekti antiepileptične terapije. Prihvatanje kraćeg intervala bez epileptičnog napada je u izvesnim slučajevima moguće, napr. kod ranih postoperativnih ili posttraumatskih grčeva koji imaju dobru prognozu. S druge strane, pacijenti sa teškim kranio-cerebralnim povredama odnosno intrakranijalnim operacijama, prvih 3 meseca ne smeju uopšte da voze (Zink). Što se tiče psihijatrijskih bolesti osobito su akutne psihoze predmet stalnih diskusija. U akutnom „šubu“ endogene psihoze osoba nije sposobna za vožnju.

Interesantne su diskusije o odnosu između neuroza, inteligencije, droga, alkohola i pušenja i sposobnosti za vožnju, kao i zloupotrebe lekova.

Veoma je važan visus za vožnju, zatim osećaj zaslepljenja. Lekar mora da ukaže pacijentu na slabiji vid i na potrebnu korekciju naočarima.

Sluh u saobraćaju igra manju ulogu. Ograničenja postoje ako isti pacijent ima gluvoću i teške smetnje vida.

Važno mesto zauzimaju bolesti i povrede organa grudnog koša, kičmenog stuba i organa disanja. Vožnja auta je delatnost, osobito kod rutinera, koja ne povećava potrošnju kiseonika u većem obimu (Ehrenstein, Müller-Limmroth, 1984). Prosečna potreba za kiseonikom povećava se relativno malo u stresnoj situaciji koja je povezana sa saobraćajem. Respiratorna insuficijencija koju vidamo posle preloma rebra, kičme i sternuma je relativna za saobraćaj.

Veći značaj ima ograničenje pokreta vratnog dela kičmenog stuba koji može da sprečava vozača da obavlja potreban pregled situacije. Ovaj problem može da se reši montiranjem još jednog ogledala-retrovizora. Osobiti slučaj čini tzv. „migraine cervicalee“ koja može da dovede do znatnih neuroloških ispada i simptoma.

U svim slučajevima oboljenja kardiovaskularnog sistema lekar ima veliku

ulogu u određivanju sposobnosti za vožnju. Ova oboljenja su odgovorna napr. za retke iznenadne smrti za volanom (Krauland, 1978). Saobraćajno-medicinski važne kardio-vaskularne bolesti su ishemične i zapaljive promene na miokardu, smetnje ritma, hipertonija, a manje hipotonija, periferne smetnje cirkulacije, karotis sindroma, Subclavian-Steel-sindrom i drugi.

Strogu ocenu zahtevaju dvotočkaši zbog mogućnosti pada kao i vozači autobusa zbog opasnosti za kolektive osoba.

Diabetes mellitus je važan zbog opasnosti u lečenju (oralno ili Insulin) i konsekutivne hipoglikemije. Međutim hiperglikemije mogu katkada biti opasne. Druga oboljenja prometa materija kao što su tireotoksične krize, Addison krize ili hipofizarne krize su praćenje simptomima koje dotičnom ne dozvoljavaju voženje auta.

Udovi se nalaze u prednjem planu i važni su za sigurno rukovanje vozilom. U nekim težim slučajevima dolazi u obzir podešavanje vozila bolesniku.

Potrebno je da se obrati pažnja na eventualne uticaje lekova na vozača i to njihovim poželjnim i neželjenim efektima.

Zaključak

Snižene sposobnosti za vožnju zbog bolesti, povreda i lekova su češći uzroci trauma, po našim iskustvima, nego što to zvanične statistike pokazuju. Lekar u vezi sa ovim ima veliku odgovornost u profilaksi povreda. U našem radu mi iznosimo minimalne uslove koje vozač, mora da zadovolji u svetlu novih iskustava kod nas i u svetu.

Diskutuje se i o pravno medicinskim aspektima pacijenta koji je nepodoban odnosno nesposoban za vožnju, kao i veštačenju ovih.

PRILOZI ISTORIJI NAŠEG ZDRAVSTVA

AKTIVNOSTI U PODRUŽNICI

IZVEŠTAJ O RADU PODRUŽNICE SRPSKOG LEKARSKOG DRUŠTVA
U LESKOVCU ZA PERIOD 1984—1987. GODINE

Protekle su četiri godine od poslednje izborne skupštine Podružnice Srpskog lekarskog društva u Leskovcu. Ovo vreme ispunjeno je krupnim i veoma značajnim rezultatima u našem radu i stvaranju novih društvenih vrednosti. Naša Podružnica dosegla je nove uspehe i nove prostore sveukupnog delovanja. Time možemo biti, ponosni, time se mogu dičiti svi naši članovi. Postignuti rezultati predstavljaju kolektivni čin, znače zajedničke napore u rešavanju zadataka koji su proisticali iz našeg programa i naše društvene uloge.

U godinama za koje sumiramo pređeni put bilo je krupnih istorijskih, društvenih tokova i promene koje znače nove i bogatije sadržaje sveukupnog razvoja naše zajednice, naše samoupravne domovine. Pomenućemo samo neke najbitnije i najvažnije. Održan je Kongres Saveza komunista Jugoslavije, Kongres Saveza komunista Srbije, kongresi Saveza sindikata i drugi skupovi u jugoslovenskim razmerama i republičkim prostorima. Usledile su regionalne i opštinske partijske konferencije. Sprovedeni su delegatski izbori. Isto tako, bilo je i drugih velikih skupova na kojima su ocenjene dosadašnje etape u pogledu društveno-ekonomskog razvoja i izgradnje političkog sistema socijalističkog samoupravljanja na kojima su trasirani pravci budućeg razvoja, rada i stvaranja, na kojima su otvoreni širi prostori i novi vidici.

Minulo vreme je i period sprovođenja kongresnih i drugih dokumenata, decentralizacije i obogaćivanje socijalističkog samoupravljanja novim sadržajima, razvoja delegatskog sistema na svim nivoima. To je vreme sveukupne bitke naše zajednice za stabi-

lizaciju i sprovođenje zadataka koji iz toga proističu. Naše društvo definisalo je osnovne slabosti koje su se manifestovale u proteklom vremenu. Takođe je utvrdilo i osnovne pravce bitke protiv slabosti i svega što vuče nazad, bitke protiv samovolje, birokratsko-tehnokratskih i sličnih ponašanja, protiv nacionalizma koji je za sve podjednako tragičan.

Osma sednica CK SK Srbije prelomna je po značaju, sadržaju, zadacima i porukama. Ona znači poraz za sve vlastoljubive i njima slične koji su se svojim ponašanjem i delovanjem udaljili od linije Saveza komunista Jugoslavije. Ona takođe znači raščišćavanje sa slabostima energično i konkretno u svakoj pojedinačnoj sredini. Ona otvara šire prostore i perspektivu, ona znači vraćanje vere u ulogu Saveza komunista i svih naprednih socijalističkih snaga. Osma sednica nas obavezuje ne na deklarativno izjašnjavanje već na konkretno sprovođenje usvojenih stavova i zaključaka. Ona je stavila zadatak pred sve komuniste, pred sve radne ljude i građane idejno-političku i radnu diferencijaciju. Ona znači svakodnevan i dugoročan zadatak, i za nas, našu Podružnicu i sve naše članove.

U ovoj, 1987. godini, Podružnica Srpskog lekarskog društva obeležila je redak i veoma značajan jubilej — četiri decenije svog posleratnog rada, rasta i razvoja. Bila je to prilika da se sumira pređeni put i ukaže na nova stremljenja, zadatke i sadržaje. U jubilarnoj godini pokrenuto je mnogo konkretnih akcija i poslova. Završna svečanost, posvećena tom jubileju okupila je, pored naših članova i veliki broj gostiju. Godišnjicu smo obeležili u vreme kada smo obeležavali pet decenija od dolaska druga Tita na čelo

KPJ, odnosno SKJ. To je našoj proslavi dalo poseban značaj i obeležje. Jer, grandiozno Titovo delo je neprolazno i ono je obeležilo epohu. Naša godišnjica pala je i u godini u kojoj smo obeležili dva veka Vuka Stefanovića Karadžića, rodonačelnika i oca naše pismenosti. To je takođe našoj proslavi dalo širi značaj.

U protekle četiri godine, u vremenu od januara 1984. do decembra 1987. godine dogodile su se veoma značajne promene u radu naše Podružnice.

Pre svega, osnažen je rad u pogledu stručnog uzdizanja i usavršavanja članstva. Organizovani su brojni stručni sastanci, simpozijumi i slični skupovi na kojima je raspravljano o savremenim dostignućima u oblasti medicinske nauke i prakse. To je jedan od vrlo značajnih oblika stalne, permanentne edukacije kadrova. To je zadatak pred kojim se nalazimo i u narednom periodu.

Na stručnim sastancima i simpozijumima među autorima bili su najistaknutiji stručnjaci, autoriteti iz oblasti medicine, profesori iz Beograda, Niša, Novog Sada, Skoplja i drugih medicinskih centara u zemlji. Od posebnog je značaja sve brojnije i sve značajnije učešće naših lekara, članova Podružnice Srpskog lekarskog društva u Leskovcu. Oni su, isto tako, autori brojnih stručnih referata, saopštenja i sličnih radova iz oblasti medicine. Na ovaj način, jača autoritet i afirmacija Podružnice Srpskog lekarskog društva u celini i medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu.

Godišnjak stručnih radova naših lekara „Zbornik“, pokrenut 1979. godine, nastavio je sa izlaženjem i objavljivanjem stručnih referata. Kao što je poznato, Zbornik je 1984. godine promenio koncepciju, tehnički izgled i sadržajno je obogaćen novim tematskim oblastima i celinama. Stekao je renome među lekarima. Na svojim stranicama, u proteklom vremenu, objavljen je veliki broj stručnih radova

podnetih na sastancima naše Podružnice, odnosno na sastancima i simpozijumima u drugim mestima. Uz to, na stranicama Zbornika, koji je preimenovan i sada nosi naziv Apollinem medicum et Aesculapium, zastupljeni su i tekstovi iz rada Podružnice, savremena dostignuća iz medicine i druga slična tematika.

Članovi Podružnice Sprskog lekarskog društva u Leskovcu zapaženo deluju i u svojim stručnim sekcijama Srpskog lekarskog društva u Beogradu. Predsednici su ili članovi najužeg rukovodstva pojedinih stručnih sekcija. Aktivni su u komisijama Srpskog lekarskog društva u Beogradu, u delegacijama i delegatskim skupštinama, Savezu komunista, Socijalističkom savezu, Savezu sindikata, društvima i udruženjima građana, u mesnim zajednicama, organizacijama opštenarodne odbrane i društvene samozaštite, u samoupravnim i drugim organima. Treba naglasiti plodonosnu saradnju naše Podružnice sa Socijalističkim savezom i drugim društveno-političkim organizacijama i društveno-političkom zajednicom Leskovca u celini, Savezom boraca. Vrlo dobra poslovna saradnja neguje se i sa Hemijskom industrijom „Zdravlje“ u Leskovcu i sa

drugim organizacijama udruženog rada farmaceutske industrije u zemlji. Pored ovoga, naša Podružnica je ostvarila saradnju sa sredstvima javnog informisanja u ovom kraju, sa stručnim listovima i časopisima van ovog podneblja, a u oktobarskom broju informativnog lista „Lekar“, čiji je izdavač Srpsko lekarsko društvo u Beogradu objavljen je poseban prilog o našoj Podružnici. Reč je o tekstovima povodom 40 godina naše Podružnice, o kadrovskoj i materijalnoj osnovi Medicinskog centra, razvoju zdravstvene zaštite, kućnom lečenju i medicinskoj nezi i lekarima — doajenima leskovačkog zdravstva, što je doprinelo daljoj afirmaciji naše zdravstvene službe,

afirmaciji naših rezultata, a i ukazano je na naše zadatke pred kojima se nalazimo.

Danas, Podružnica Srpskog lekarskog društva u Leskovcu ima oko 550 članova. Ona objedinjuje rad lekara sa područja Leskovca, Lebana, Grdelice, Vučja, Medveđe i Bojnika. U našim redovima je 176 lekara specijalista, 101 na specijalizaciji, 107 lekara opšte medicine, 29 stomatologa —specijalista, 15 na specijalizaciji, 7 diplomirana farmaceuta, 8 psihologa i 12 drugih radnika sa visokom školskom naobrazbom. Od ovog broja, 32 je steklo zvanje primarijusa, 2 imaju naučni stepen magistra, a 2 su doktori medicinskih nauka. Lekari opšte medicine i lekari stomatolozi organizovani su u Aktiv stomatologa i Aktiv lekara opšte medicine. Oba aktiva u celini postižu zapažene rezultate ostvarujući svoje ciljeve i zadatke.

Sa zadovoljstvom ističemo sve veće, bolje i organizovanije korišćenje stručne biblioteke Podružnice Srpskog lekarskog društva u Leskovcu. Naša biblioteka raspolaže sa preko 3000 odabranih knjiga iz raznih medicinskih grana i disciplina. U njoj se stiču i najnovija izdanja iz oblasti medicine. Naša čitaonica, koja je u sastavu stručne biblioteke, pretplaćena je na određeni broj medicinskih časopisa. Takođe dobija periodična i druga izdanja, stiče i jedan broj dnevnih i nedeljnih listova. Sve ovo upotpunjuje sadržaje rada stručne biblioteke i čitaonice. Značajno je reći, da biblioteka i čitaonica stoje na raspolaganju svim našim lekarima koji pripremaju specijalističke i druge ispite, ili stručne radove i saopštenja za učešće na simpozijumima i drugim sličnim skupovima.

Bez preterivanja ističemo da je Podružnica Srpskog lekarskog društva u Leskovcu u proteklom periodu bila uspešan organizator i dobar domaćin više naučnih skupova i sastanaka u oblasti savremene medicinske nauke i

prakse. Pomenućemo samo neke; kao što su: obeležen je četvrt veka Oftalmološke službe u Leskovcu 1984. godine, Četvrti dani sportske medicine 1985. godine, XI republičko i I južnomoravsko savetovanje o reumatskoj groznici u SR Srbiji 1985. godine, savetovanje pod nazivom Značajni pedijatrijski problemi, takođe 1985. godine, Kancerološka nedelja 1986. godine, povodom obeležavanja 40 godina postojanja i rada Podružnice Srpskog lekarskog društva u Leskovcu, u radnom delu, raspravljano je o Aktuelnostima u medicini, maja 1987. godine, a oktobra bili smo domaćini stručnog sastanka na kome je raspravljano o dijagnozi i terapiji Juvenilnog hroničnog artritisa kao i drugih brojnih skupova.

Kada već pominjemo rad i aktivnosti naše Podružnice u pogledu stručnog rada i edukacije kadrova, treba reći da smo u 1984. godini, na primer, imali 13 stručnih sastanaka. U 1985. godini, u skladu sa programskim ciljevima i zadacima održano je 12 stručnih sastanaka Podružnice Srpskog lekarskog društva, godine 1986. deset, a 1987. godine 12 sastanaka.

U proteklom periodu odvijale su se i druge aktivnosti Podružnice SLD u Leskovcu, što je u skladu sa našim programskim načelima i opredeljenjima.

Predsedništvo Podružnice Srpskog lekarskog društva u Leskovcu, u periodu za koji podnosimo izveštaj, često se sastajalo i raspravljalo o aktuelnoj problematici iz domena rada Podružnice. Tako je, između ostalo, bilo reči o programu rada, usvajani su završni računi, analizirani izveštaji o radu Podružnice, izmene i dopune raznih pravilnika, kao i niz tekućih pitanja od životne važnosti za kontinuirani rad podružnice Srpskog lekarskog društva.

Komisija za davanje mišljenja za dodelu stručnog zvanja primarijus, sastajala se prema ukazanoj potrebi, razmatrajući prispele zahteve članova

Podružnice za dodelu ovog stručnog akademskog zvanja.

Komisija za pregled kandidata za polaganje vozačkog ispita, sastajala se, takođe, prema ukazanoj potrebi razmatrajući novine iz delokruga rada Komisije, kao i niz tekućih pitanja.

Izveštajem, ma koliko se trudili, verovatno nismo obuhvatili sva pitanja, sve oblasti i sve celine iz četvorogodišnjeg rada podružnice Srpskog lekarskog društva u Leskovcu. Uvereni smo zato da ima niz pitanja o kojima ćete uzeti reč u diskusiji.

Predsedništvo Podružnice Srpskog lekarskog društva, Komisija za davanje mišljenja za dodelu stručnog zvanja primarijus i Komisija za pregled kandidata za polaganje vozačkog ispita, sastajali su se, u 1987. godini na osnovu ukazane potrebe, rešavajući aktuelnu problematiku iz delokruga svoga rada.

● Na sastanku Predsedništva Podružnice održanom 11. februara usvojen je završni račun za 1986. godinu i razmatrana je aktuelna problematika iz domena rada Podružnice.

● Sastanak Redakcionog odbora i Izdavačkog saveta časopisa Podružnice SLD APOLLINEM MEDICUM ET AESCULAPIUM održan je 19. marta. Na sastanku je bilo reči o pripremanju za izlaženje novog broja časopisa.

● Komisija za pregled kandidata za polaganje vozačkog ispita održala je sastanak 20. marta. Članovi Komisije su upoznati sa novim propisima za rad ove Komisije.

● Na sastanku Predsedništva održanom 2. aprila bilo je reči o održavanju simpozijuma povodom obeležavanja jubileja Podružnice SLD kao i o drugim detaljima vezanim za proslavu.

● 5. maja članovi Predsedništva Podružnice, obavili su konkretne dogovore oko organizacije jubilarnog sastanka posvećenog 40-oj godišnjici Podružnice SLD u Leskovcu. O tome je raspravljano i 25. maja.

● 5. juna, članovi Predsedništva Podružnice SLD analizirali su stručni sastanak održan povodom proslave jubileja Podružnice, kao i niz tekućih pitanja od značaja za rad Podružnice.

● 4. avgusta na sastanku Predsedništva, usvojen je Izveštaj o poslovanju Podružnice SLD u Leskovcu za period januar-juni tekuće godine. Razmatrana su i neka aktuelna pitanja i donete odgovarajuće odluke.

● 25. septembra na sastanku Predsedništva dati su predlozi za delegate Podružnice SLD za Skupštinu Srpskog lekarskog društva u Beogradu. Postignuti su, u skladu sa Planom i programom rada i konkretni dogovori oko dinamike održavanja stručnih sastanaka do kraja godine.

● 16. novembra na sastanku Predsedništva razmatran je i usvojen Izveštaj o radu Podružnice SLD za period januar-15. novembar tekuće godine, kao i finansijski izveštaj za period januar-oktobar 1987. godine. Bilo je reči i o uređivačkoj koncepciji časopisa Podružnice SLD u Leskovcu Apollinem medicum et Aesculapium. Povećana je cena lekarskih uverenja, vrednost bona za topli obrok, kao i niz pitanja iz delokruga rada Podružnice.

● Na sastanku Predsedništva održanom 18. decembra doneta je odluka o održavanju godišnje skupštine Podružnice SLD u Leskovcu, razmatran je plan i program rada Podružnice za 1988. godinu i rešavana aktuelna pitanja od važnosti za rad Podružnice. Dati su i predlozi za članove Uredivačkog odbora, Izdavačkog saveta i Redakcionog odbora.

Komisija za davanje mišljenja za dodelu stručnog zvanja primarijus održala je sastanke 9. januara, 9. aprila, 4. juna i 18. decembra. Na sastancima su razmatrani zahtevi članova Podružnice za dodelu ovog zvanja.

Danas Podružnica Srpskog lekarskog društva u Leskovcu ima oko 550 lekara — članova. Ona objedinjuje rad lekara sa područja Leskovca, Lebana, Grdelice, Vučja, Medveđe i Bojnika. U našim redovima je 176 lekara specijalista, 101 na specijalizaciji, 107 lekara opšte medicine, 29 stomatologa specijalista, 15 na specijalizaciji, 7 diplomirana farmaceuta, 8 psihologa i 12 drugih radnika sa visokom školskom naobrazbom. Od ovog broja 32 je steklo zvanje primarijusa, 2 imaju naučni stepen magistra, a 2 su doktori medicinskih nauka. Lekari opšte medicine i lekari stomatolozi organizovani su u Aktiv lekara opšte medicine i Aktiv stomatologa. Oba aktiva u celini postižu zapažene rezultate ostvarujući svoje ciljeve i zadatke.

U 1986. godini akademsko zvanje primarijus stekli su:

1. Dr Đorđe Marković, lekar specijalista pedijatar Centra za zdravstvenu zaštitu dece i omladine u Leskovcu.
2. Dr Branislava Savić, lekar specijalista pedijatar Centra za zdravstvenu zaštitu dece i omladine u Leskovcu.
3. Dr Tomislav Sibinović, lekar specijalista pedijatar Centra za zdravstvenu zaštitu dece i omladine u Leskovcu,
4. Dr Tomislav Cvetković, lekar specijalista neuropsihijatar Medicinskog centra „Moša Pijade“ U Leskovcu.
5. Dr Veselin Petrović, lekar specijalista epidemiolog Doma zdravlja u Leskovcu,

U 1987. godini zvanje primarijus stekli su sledeći naši članovi:

1. Dr Ljiljana Tričković-Mitrović, lekar specijalista iz stomatološke protetike Zavoda za stomatološku zdravstvenu zaštitu u Leskovcu,

2. Dr Nadežda Stojanović, lekar specijalista pedijatar Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu,

3. Dr Danilo Drašković, lekar specijalista pedijatar Centra za zdravstvenu zaštitu dece i omladine u Leskovcu.

4. Dr Verica Levi, lekar specijalista oralni hirurg Zavoda za stomatološku zdravstvenu zaštitu u Leskovcu,

5. Dr Aleksandar Stošić, lekar specijalista medicine rada Doma zdravlja u Leskovcu,

6. Dr Trajko Miljković, lekar specijalista pedijatar Doma zdravlja u Vučju,

7. Dr Petar Vukićević, lekar specijalista medicine rada Doma zdravlja u Lebanu,

8. Dr Dragoljub Stamenković, lekar specijalista hirurg Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu.

9. Dr Miroslav Kocić, lekar specijalista oftalmolog Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu,

10. Dr Ljubiša Matić, lekar specijalista iz fizikalne medicine i rehabilitacije Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu,

11. Dr Živojin Petrović, lekar specijalista transfuziolog Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu,

12. Dr Velibor Stanković, lekar specijalista ortoped Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu,

Predsedništvo Podružnice Srpskog lekarskog društva u Leskovcu i Komisija za davanje mišljenja za dodelu stručnog zvanja primarijus u 1986. godini sastajali su se na osnovu ukazanih potreba. Razmatrali su pitanja i probleme iz oblasti rada Podružnice. Održani su sledeći sastanci:

● 9. januara, na sastanku Predsedništva vođena je rasprava o predlogu uređivačke koncepcije lista „Naša reč“ i programu radio Leskovca za te-

kuću godinu. Sastanku su, pored članova Predsedništva prisustvovali i načelnici službi Medicinskog centra „Moša Pijade“ u Leskovcu, novinari „Naše reči“ i predstavnici konferencije SSRN.

● 27. februara na sastanku Predsedništva usvojen je završni račun za 1985. godinu. Po odluci Predsedništva, višak prihoda knjižen je u Poslovni fond i Fond zajedničke potrošnje.

● Na sastanku Predsedništva Podružnice održanom 28. aprila razmatrana su pitanja od važnosti za rad Podružnice. Između ostalog, povećana je cena lekarskih uverenja koja se izdaju građanima za polaganje vozačkog ispita. Povećane su i nadoknade honorarnim radnicima Podružnice, kao i visina dnevnica za službena putovanja.

● Na sastanku Predsedništva Podružnice SLD u Leskovcu održanom 12. septembra razmatrana su neka aktuelna pitanja iz delokruga rada Podružnice SLD.

● 25. oktobra, na sastanku Predsedništva bilo je, između ostalog, reči i o organizaciji XVII stomatološke nedelje, rešavane su prispele molbe i zahtevi, kao i realizacija odluke o zabrani pušenja.

Članovi Komisije za davanje mišljenja za dodelu stručnog zvanja primarijus održali su sastanke 6. i 26. februara 13. i 20. juna. Na sastancima su razmatrani prispeli zahtevi članova Podružnice SLD za dobijanje ovog akademskog zvanja.

Neki od članova Podružnice SLD su i članovi užih, strukovnih komisija i sekcija. Članovi su i upravnih odbora i predsedništava tih sekcija.

Podružnica SLD objedinjuje rad 549 lekara. Od tog broja, Medicinski centar Leskovac i Dom zdravlja imaju oko 450 lekara. Dom zdravlja Vučje ima 31 lekara, Dom zdravlja Lebane 24 lekara, Dom zdravlja Bojnik 23 lekara i Dom zdravlja Medveđa 17 lekara.

U redovima našeg članstva je 146 lekara specijalista, 107 na specijalizaciji, 110 lekara opšte medicine, 25 specijalista zubnih lekara, 16 na specijalizaciji, 25 zubnih lekara, 4 diplomirana farmaceuta, 8 psihologa i 8 ostalih radnika sa visokom spremom.

Od toga broja je primarijusa, 2 magistra i 1 doktor medicinskih nauka. Lekari stomatolozi organizovani su u poseban Aktiv stomatologa koji je deo Podružnice SLD u Leskovcu.

Stručni sastanci održani u u 1986. godini:

1. 31. januar: „Kalcijum antagenisti“ — prof. dr V. Varagić i M. Žugić; „Farmakološke osnove primene Teofilin-a u lečenju bronhopneumonije“ — prof. dr M. Stevanović; „Naša iskustva u praćenju koncentracije Teofilin-a u krvi i efekta na plućnu funkciju“ — doc. dr V. Bošnjak; „Savremeno lečenje bronhopneumonije kod dece“ — dr N. Stojanović i saradnici.

2. 12. mart: „Savremena shvatanja anatomo-fiziologije i psihologije bola“ — prof. dr D. Davidović i doc. dr S. Miljković — Niš; „Trodon sa kliničko-farmakološkog aspekta“ — dr Klajn Grünenthal — SR Nemačka; „Naša iskustva u primeni Trodon-a u uslovima kućne hospitalizacije“ — dr S. Sinadinović i dr V. Petrović.

3. 4. april: Svečani i radni sastanak posvećen prof. dr Dragomiru Mladenoviću i prof. dr Milanu Tomiću. „Abdominalne histerektomije“ — prof. dr D. Mladenović — Beograd; „Vaginalne histerektomije“ — prof. dr M. Tomić — Beograd; „Postoperativne i postiradiacione komplikacije kod žena lečenih od malignih tumora genitalnih organa“ — prim. dr T. Stojičić, dr S. Krstić i dr S. Makrarić — Leskovac; „Operativno dovršena, donesena vanmaterična trudnoća“ — prim. dr P. Manasijević, dr G. Popović i dr B. Civkariski — Vranje; „Operacija carski rez na na-

šem materijalu za zadnjih deset godina" — dr S. Cvetković i dr M. Stanojević — Surdulica.

4. 16. april: formiran Aktiv lekara opšte medicine u okviru međuopštinske Podružnice SLD Leskovac. Uvodno izlaganje imala je prim. dr Danica Kozarević. „Naučno-istraživački rad u opštoj medicini“ — prim. dr Dane Žigić i prim. dr Dragoljub Urošević.

5. 25. april: U organizaciji Opštinske organizacije nepušača „Dr Jovan Cekić“, Koordinacionog odbora za zaštitu čovekove sredine OK SSRN, Podružnice SLD u Leskovcu i Saveza zdravstvenih radnika Leskovac, održan je tematski sastanak. „Uloga zdravstvenih radnika i zdravstvenih organizacija u suzbijanju pušenja“ — prim. dr sci. med. Milorad Sokolović.

6. 29. april: „genetski i razvojni činioci u delovanju lekova i metode i analize propisivanja lekova i prikaz nekih rezultata“ — prof. dr Milan Stanulić — klinički farmaceut i specijalista pedijatar — Novi Sad.

7. 9. maj: „Oboljenja perifernih arterijskih krvnih sudova“ — prof. dr Veljko Đukić — Beograd.

8. 20. maj: Zajednički sastanak Kancerološke sekcije SLD i Podružnice SLD Leskovac. „Primarni i sekundarni tumori skeleta, incidenca i karakteristike pojave“ — M. Mitrović; „Savremena radiološka dijagnostika malignih tumora kosti“ — V. Svičarić; „Mesto i uloga patologa u dijagnostici i lečenju malignih procesa u kosti“ — M. Ištvaneski i M. Atanasković; „Hirurški zahvati u bolesnika sa primarnim malignim tumorima ekstremiteta“ — B. Sbutoga; „Mogućnosti hirurškog lečenja metastatskih tumora skeleta“ — D. Đukić; „Hirurška prevencija neuroloških komplikacija tumora lokalizovanih na kičmenom stubu“ — S. Slavković; „Iskustva u primeni adjuvantne hemioterapije bolesnika sa primarnim tumorima koštanog sistema“ — B. Popo-

vić; „Hemioterapija malignih tumora koštanog sistema u metastatskoj fazi“ — J. Josifovski i „indikacije za primenu radioterapije primarnih i sekundarnih tumora skeleta“ — Dimitrijević-Golubičić.

9. 6. jun: Obeležen jubilej Centra za zdravstvenu zaštitu dece i omladine u Leskovcu. „Natalitet, mortalitet i mortalitet odojčadi južnomoravskog regiona za period 1961 — 1984. godine“ — prim. dr sci. med. Milorad Sokolović; „Razvojni problemi mladih kroz petogodišnji period našeg timskeg rada u Savetovalištu za razvojne probleme mladih“ — prim. dr Tomislav Šibinović; „Desetogodišnje iskustvo sa kontinuiranom vakcinacijom dece u Službi za zdravstvenu zaštitu dece i omladine Leskovac“ — dr Trajko Miljković.

10. 30. oktobar: „Savremena gledanja na dijagnostiku i terapiju tumora bubrega“ — prof. dr A. Kovačević. Bilo je reči i o zadatku Podružnice SLD u realizaciji Rezolucije o sprečavanju i suzbijanju pušenja.

11. 20. novembar: Zajednički stručni sastanak Sekcije za saobraćajnu medicinu SLD Beograd i Podružnice SLD Leskovac. „Zamori vozača“ — prof. dr Adum; „Sudsko-medicinsko veštačenje povreda kod pešaka“ — prof. dr Pandurović i Veljković; „Ograničenja za vožnju kod ambulantno tretiranih povređenika“ — prim. dr M. Jekić; „Saobraćajni traumatizam na području Leskovca u toku 1985. godine“ — dr M. Stanković, prim. dr V. Ristić, prim. dr Milan Levi i dr V. Petrović.

— Stručni sastanci održani u 1987. godini:

1. 20. mart: Lebane. Aktiv lekara opšte medicine i Podružnica SLD Leskovac. „Savremeni pristup lečenju

hipertenzije" — dr S. Pejić; „Naučno-istraživački rad u opštoj medicini i organizovanje XII stručne konferencije lekara opšte medicine" — dr Dane Žigić — Beograd.

2. 3. april: Lebane. Stručni sastanak u saradnji Podružnice SLD Leskovac i Doma zdravlja u Lebanu. „Najčešće greške pri ukazivanju prve pomoći povredjenima sa povredama lokomotornog sistema" — prof. dr sci. med. Svetislav Soldatović — Medicinski fakultet Niš; „Uloga plastičnog hirurga u zbrinjavanju povreda na lokomotornom sistemu" — dr sci. med. Slobodan Trenkić — Hirurška klinika Niš i „Neke novosti u traumatologiji lokomotornog sistema" — dr sci. med. Milorad Mitković — Ortopedska klinika Niš.

3. 16. april: Sekcija sportske medicine Podružnice SLD u Nišu i Podružnica SLD u Leskovcu organizovali su zajednički stručni sastanak: „Sportska aktivnost i arterijski krvni pritisak" — prof. dr O. Kostić, dr D. Jovanović, dr G. Ranković; „Oporavak sportista i zahtevi koji se preduzimaju radi postizanja boljih rezultata" — prof. dr Jovanović, dr G. Ranković, prof. dr O. Kostić, dr S. Cvetanović, dr Lj. Jovanović; „Menarha u žena aktivnih sportista" — prim. dr R. Đurašković, dr S. Cvetanović; „Korekcija ametropija kontaktnim sočivima kod sportista" — dr S. Disić, dr Stošić, dr Damjanović; „Neke antropometrijske karakteristike i fiziološko-funkcionalne sposobnosti bivših sportista grada Leskovca" — dr S. Cvetanović, dr Lj. Marković, dr J. Pavlović.

4. 21. april: „Angina pectoris" — prof. dr I. Lambić — Beograd i „Savremeni pristup lečenju ishemijskih bolesti srca" — dr sci. med. V. Obradović — Beograd.

5. 15. maj: „Savremena antimikrobna terapija u pedijatriji" — dr Božidar Vlajić; „Apnea u odojčadi i dece" —

dr Jovan Savić; „Uzroci niskog rasta u dece" — dr Miloš Banićević; „Syndrom reye" — dr Borivoje Marjanović i „Mogućnosti i rezultati hirurškog lečenja urođenih srčanih mana u dece" — dr Vladimir Hrnjak.

6. Povodom 40 godina postojanja i rada Podružnice SLD u Leskovcu je održan sastanak posvećen temi „Aktuelnosti u medicini". Svečanost je održana 29. maja. Podneta su sledeća stručna saopštenja: „Savremena shvatanja o dijabetu" — Prof. dr sci. med. Miloje Devečerski; „Dijabetske angipatije" — prof. dr sci. med. Veljko Đukić; „Promene na oku kod najčešćih sistemskih oboljenja" — prof. dr sci. med. Aleksandar Parunović; „Savremena shvatanja terapije dijabeta" — prof. dr sci. med. Desa Mijalković; „Lumbalni sindrom" — prof. dr sci. med. Vlastimir Mladenović; „Neka enzimska istraživanja u nekim afekcijama centralnog nervnog sistema u dečjem uzrastu" — Prof. dr sci. med. Radoslav Živić i grupa autora iz Niša i „Uloga endoskopske retrogradne holangiopankreatografije (ERCP) u oboljenjima biliopankreatičnog stabla" — doc. dr sci. med. Mirko Bulajić.

7. 22. oktobar: „Dijagnoza juvenilnog hroničnog artritisa" — prim. dr Milica Budimir i „Terapija juvenilnog hroničnog artritisa" — dr Dragica Gacić.

8. 11. novembar: „Nesteroidni antireumatici u lečenju reumatskih oboljenja" — prof. dr Vlastimir Mladenović i „Vanzglobni reumatizam" — prim. dr Miroslava Roganović.

9. 19. novembar: „Plazmafereza kao terapijski metod" — dr Ratko Mladenović — Zavod za transfuziju krvi Niš i „Posttransfuzione reakcije" — dr Ostoja Trninić — Zavod za transfuziju krvi Niš.

10. 20. novembar: Sprovođenje izmena i dopuna Zakona o zdravstvenoj zaštiti SR Srbije — reorganizacija zdravstvene službe na južnomoravskom regionu — Prim. dr Miodrag Tasić; Sprovođenje Zakona SR Srbije o zabrani

pušenja u zdravstvenim ustanovama — dr Ilija Konić; Značaj i primena nove recepture i Nacrt odluke o vidovima i iznosima ličnog učešća korisnika u troškovima zdravstvene zaštite — prim. dr Miodrag Tasić.

11. 24. novembar: „Ispitivanje nutritivnih anemija u dece; „Kandidijaza u dece i obstruktivni bronhitis u dece“ — prof. dr Radosav Živić — Niš.

12. 11. decembar: „Povrede mišića u sportista — dijagnostika i lečenje“ — prim. dr Branislav Nešović — Beograd; „Doping i koncepcija savremene terapije“ (interakcija ligand-receptor) — prof. dr Obrad Kostić — Niš; „Savremeni pristup ishrani sportista“ — prof. dr Jovanović D., dr Ranković G., dr Cvetanović S., dr Jovanović Lj. Niš; „Mogućnosti primene holter-monitoring sistema u sportskoj medicini“ — prim. dr Đurašković R., dr Đorđević Ž., dr Cvetanović S. — Niš i „Somatometrijske karakteristike sportista grada Leskovca i njihova selekciona baza“ — dr Cvetanović S., prim. dr Đurašković R., prof. dr Kostić O., dr Jovanović D. i dr Marković Lj. — Niš.

13. 15. decembar: „Ortostatska hipotenzija i terapija“ — prof. dr Maksimilijan Kocijančić — Beograd.

Na redovnoj **Godišnjoj skupštini Podružnice Srpskog lekarskog društva u Leskovcu** održanoj 25. decembra 1987. godine izabrano je novo Predsedništvo i novi predsedavajući. Za predsednika Predsedništva izabran je prim. dr Milan Levi. Članovi Predsedništva su: dr Tomislav Cvetanović (blagajnik), dr Branislava Savić, dr Ljubiša Đorđević, prim. dr Tomislav Stojičić, dr Bisenija Stanković (potpredsednik), prim. dr Miloš Manić, dr Rada Dimitrijević, dr Miomir Ljubić, dr Ivica Ilić i dr Verica Cvetković.

Članovi Samoupravne radničke kontrole su: prim. dr sci. med. Milorad Sokolović (predsednik) i članovi: dr Jagoda Filipović, prim. dr Ljubiša Matić, prim. dr Trajko Miljković i prim. dr Veselin Petrović.

Članovi Suda časti su: prim. dr Miodrag Tasić, prim. dr Siniša Stamenković i prim. dr Miodrag Pavlović.

Članovi komisije za davanje mišljenja za dodelu stručnog zvanja primarijus su: prim. dr Siniša Stamenković, prim. dr Miodrag Tasić, prim. dr Miloš Manić, prim. dr Dragomir Marković, prim. dr Vukadin Ristić (predsednik Komisije) i prim. dr sci. med. Milorad Sokolović (za slučajeve iz oblasti pedijatrije).

— Stručni sastanci održani u 1982. godini

1. 5. februar: „Narkomanija u savremenom društvu i prikaz knjige „Droga — mit ili bolest“ — prof. dr sci. med. Jovan Bukelić — Beograd.

2. 4. mart: „Retinalne hemoragije kod nevrodođenčadi i njihov uticaj na pojavu ambliopije“ — dr Miroslav Kocić — Medicinski centar „Moša Pijade“ Leskovac.

3. 12. mart: „Etika u samoupravnom društvu“ — prof. dr Dimitrije Milovanović — Beograd.

4. 27. april: „Tumačenje analize mokraće od strane praktičnog lekara“ — prof. dr Sava Petković — Beograd.

5. 20. maj: „Lečenje angine pectoris Transikor-om i Dimidril-om“ — prof. dr Kovačević — „Anksiolitici u praksi opšte medicine“ — prof. dr Milovanović i „Naši novi antibiotici i njihovo mesto u antibiotskoj terapiji“ — Mr. ph. Komnenović.

6. 12. jun: Specijalistička sekcija za oralnu hirurgiju SLD i Stomatološki aktiv Podružnice SLD Leskovac, održali su zajednički stručni sastanak: „Prikaz oralno-hirurške kazuistike Stomatološkog zavoda u Leskovcu“ — dr Vlastimir Cvetković — Leskovac; „Analiza uzroka vađenja zuba — desetogodišnja iskustva“ — prof. dr sci. med. Joza Perović i „Neki od etioloških faktora facijalnog bola“ — dr Dragoljub Đurić — Novi Sad.

7. 24. jun: „Uloga prostaglandina u kardiovaskularnom sistemu i zapaljivim procesima — terapijski pristup“ — prof. dr Vujadin Mujović — Beograd.

Na Godišnjoj skupštini Podružnice Srpskog lekarskog društva u Leskovcu, održanoj 9. decembra 1981. godine, izabrano je Predsedništvo u sastavu: prim. dr Vukadin Ristić (predsedavajući) i članovi: prim. dr Dragomir Marković, prim. dr Milorad Sokolović, dr Milutin Pejić, dr Vladimir Pavlović, dr Miodrag Kostić, dr Istra-el Beraha, dr Olga Drekalović, pokojni dr Zvonimir Savić i dr Petar Vukićević.

U Samoupravnu radničku kontrolu izabrani su: dr Miodrag Popović, dr Vitomir Rangelov i dr Đorđe Cekić, a u Sud časti: prim. dr Miodrag Tasić i dr Dušan Stošić.

Članovi Komisije za davanje mišljenja za dodelu akademskog zvanja primarijus su: prim. dr Velibor Teokarević, prim. dr Miodrag Tasić, prim. dr Miloš Manić, prim. dr Dragomir Marković, dr Vukadin Ristić i prim. dr Miodrag Sokolović (za slučajeve iz oblasti pedijatrije.).

CONTENTS

ORIGINALIA

Marković Ij, Mustafić B, Cvetanović S: Lower extremity varicose veins in textile workers of „Crvena zvezda“ factory in Leskovac	7
Stanković M, Ristić V, Levi M, Petrović V: Traffic traumatism and disability of drivers at the transport organisation „Jugexpres“ — Leskovac	13
Manić M, Rajković V, Stanimirović J: Keratoconjunctivitis epidemica in Leskovac region	18
Ristić V, Levi M, Živković S, Stanković M: Causes and effects of traffic accidents in Leskovac region	21
Ristić V, Kamnarov J, Levi M, Živković S: Surgical and orthopedic treatment of injuries of lower extremities due to traffic accidents	25
Ristić V, Levi M: Analysis of medical aid in Leskovac region	28
Stanković M, Ristić V, Levi M, Petrović V: Traffic traumatism in Leskovac region during 1985	31
Kostić O, Jovanović D, Ranković G, Bošković D: Sport activity and blood pressure	36
Cvetanović S, Marković Ij, Pavlović J: Some anthropometric characteristics and functional abilities of the former sportsmen of Leskovac	39
Disić S, Damjanović N, Stošić B: Correction of ametropia in sportsmen by contact lenses	44
Levi V: Face and jaw injuries in children and youth in Leskovac subregion	47

PERMANENT EDUCATION

Soldatović S, Stoiljković M: Orthopedic and neurological aspects of spondylolisthesis	53
Stojanović N: Current treatment of bronchoobstruction in children	59
Stanimirović J: Corticosteroids in ophthalmology	64
Jekić M, Komad U, Jekić I: Outpatients as possible causes of traffic traumatism	67

CONTRIBUTIONS TO THE HISTORY OF OUR WELFARE SYSTEM

Ristić V: Report on the activities in Leskovac branch of Serbian medical association from 1984 to 1987	74
---	----