

**APOLLINEM
MEDICUM ET
AESCULAPIUM**

BROJ 9



Uređivački odbor

Dr Bisenija Stanković, Prim. dr Dragomir Marković, Prim. dr Milan Levi, Prim. dr Miloš Manić, Prim. dr Miodrag Tasić, Prim. dr Milorad Sokolović, Prim. dr Ljubiša Matić, Prim. dr Siniša Stamenković, Prim. dr Slobodan Stojanović, Prim. dr Tomislav Stojčić, Prim. dr Veselin Petrović, Prim. dr Vlastimir Cvetković, dr Vlastimir Perić

Redakcioni odbor

Prof. dr Aleksandar Parunović (Beograd), Prof. dr Miroslav Antonijević (Beograd), Prof. dr Obrad Kostić (Niš), Prof. dr Radoslav Živić (Niš), Prof. dr Svetislav Soldatović (Niš), Prof. dr Srboljub Đorđević (Niš), Prof. dr Srećko Pandurović (Beograd), Prof. dr Vlastimir Mladenović (Beograd), Prof. dr Vojislav Kostić (Niš), Doc. dr Vladimir Popović (Niš)

Glavni i odgovorni urednik

Prim. dr Vukadin Ristić



APOLLINEM MEDICUM ET AESCULAPIUM

ČASOPIS PODRUŽNICE SRPSKOG
LEKARSKOG DRUŠTVA U LESKOVCU

BROJ 9



Leskovac 1991. god.

Izdavač:

PODRUŽNICA SRPSKOG LEKARSKOG DRUŠTVA U LESKOVCU

Predsednik podružnice SLD Leskovac

Prim. dr Milan Levi

Sekretar podružnice

Dr Bisenija Stanković

Lektor za Srpski jezik

NIKOLA JOVANOVIĆ, prof., IRENA COLIĆ, prof.

Lektor za engleski jezik

MIŠEL MITIĆ

Tehnički urednik

MIODRAG STOJANOVIC, graf. ing.

Korektori

ZORICA STOJANOVIC i NOVICA CAKIĆ

Tiraž: 500 primeraka

Štampa: »NAPREDAK« — Leskovac

S A D R Ž A J

JOVANOVIĆ Dragan, STOJANOVIC Slobodan: Transuretralna resekcija (TUR) — savremena metoda lečenja oboljenja mokraće bešike i prostate — — — — —	7
Jelena STANIMIROVIĆ, Bećir MUSTAFIĆ: Epidemiologija, klinika, terapija i prevencija profesionalnog traumatizma oka metalaca u Leskovcu — — — — —	13
Tomislav JOVANOVIĆ i Dragutin NIKOLIĆ: Rezultati uporedne radiološke i ehosonografske dijagnostike kalkuloze žučne kesice — — —	19
D. MLADENOVIC, V. RISTIĆ, B. NIKOLIĆ: Konzervativno lečenje preloma distalnog dela podkolenice — naša iskustva — — — — —	23
Vukadin RISTIĆ: Morfološko-radiografski aspekti u dijagnostici i lečenju preloma karličnih kostiju — — — — —	31
Vitomir RANGELOV: Akutne intoksikacije kao aktuelni problem zdravstvene zaštite dece — — — — —	47
Dragoslav ALEKSIĆ, Vitomir RANGELOV, Miodrag CVETKOVIĆ, Ljiljana NIKOLIĆ, Milosija SIMIĆ, Gordana PETRUŠIĆ: Prihvatanje urgentnih stanja u prijemnoj ambulanti dečjeg odeljenja — — —	61
Jovica PAVLOVIĆ: Lečenje šećerne bolesti savremenijim i prečišćenim oblicima insulina — — — — —	71
VANOVSKI Bojan, PERIĆ Vlastimir, DIMITRIJEVIĆ Jelica, JOVANOVIĆ Dimitrije i STAMENKOVIĆ Perica: Endoskopska i radioizotopna dijagnostika duodeno-gastričnog (bilijarnog) refluksa (DGR) — —	77
Jovica PAVLOVIĆ i Vladimir COLIĆ: Akromegalija udružena sa dijabetes melitusom — — — — —	87
Jovica PAVLOVIĆ, Vladimir COLIĆ i Bećir MUSTAFIĆ: Učestalost arterijske hipertenzije kod bolesnika od šećerne bolesti — — —	95
Saša DRGOV, Dragutin NIKOLIC i Vladimir COLIĆ: Udruženost hroničnih hemolitičkih stanja i pigmentne kalkuloze u žučnim putevima	101
Bojan VANOVSKI, Đorđe STAVRIĆ, Đordi ZOGRAFSKI i Jelica DIMITRIJEVIĆ: Endoskopske i histološke promene sluznice jednjaka tipa Barrett — — — — —	107
 IZ ČASOPISA	
Lopuhin J M, Kulaev D V, Koval'čuk L V: Vantelesna imunokorekcija — — — — —	117
Bingley P J, Hoffbrand B. I: Sindrom antifosfolipidnih antitela: pregled — — — — —	119
Asherson R A, Baguley E, Harris E N, Derksen R H W M, Hughes G R V: Demencija u sistemskom eritemskom lupusu — — — — —	120
Singer M V, Leffmann C, Eysselein V E, Calden H, Goebell H: Uticaj etanola i nekih alkoholnih napitaka na sekreciju kiseline u želucu i oslobađanje gastrina kod čoveka — — — — —	120
Havelund T, Laursen L S, Skoubo—Kristiansen E, Anderson B N, Pederson S A, Jensen K B, Fenger C, Hanberg—Sorensen F, Lauritsen K: Omeprazol i ranitidin u terapiji refluksnog ezofagitisa — — —	121
Barbara L, i sar.: Omeprazol u poređenju sa ranitidinom u kratkotrajnoj terapiji duodenalnog ulkusa: Italijanska multicentrična studija	122
Nikolaev A J, Šcerbin A A, Borzova L B, Žmurkina E B: Mehanizam hematurije u hematurijskim nefritisima — — — — —	122
Izveštaj o radu Podružnice srpskog lekarskog društva u Leskovcu za period 1988. — 1991. godine — — — — —	125

S O M M A I R E

JOVANOVIC Dragan, STOJANOVIC Slobodan: Transurethral resection (TUR) — modern method in prostate and bladder disease — — —	7
Jelena STANIMIROVIC, Becir MUSTAFIC: Epidemiology, clinic, therapy and prevention of professional traumatism of eyes of metalworkers in Leskovac — — — — —	13
Tomislav JOVANOVIC i Dragutin NIKOLIC: Correlation of the results of X-ray and ultrasonography in diagnosis of the gall bladder stones	19
D. MLADENOVIC, V. RISTIC, B. NIKOLIC: Conservative treatment of fracture of distal lower leg — our experience — — — — —	23
Vukadin RISTIC: The morphological and radiographic aspects in diagnostics and treatment of the pelvic bones fractures — — — — —	31
Vitomir RANGELOV: Acute intoxications as a topical problem of the children's health protection — — — — —	47
Dragoslav ALEKSIĆ, Vitomir RANGELOV, Miodrag CVETKOVIC, Ljiljana NIKOLIC, Milosija SIMIC i Gordana PETRUŠIĆ: Acceptance of the urgent states in the receiving ward of the pediatrics department	61
Jovica PAVLOVIC: Treatment of diabetes with modern and cleared insulin forms — — — — —	71
VANOVSKI Bojan, PERIC Vlastimir, DIMITRIJEVIC Jelica, JOVANOVIC Dimitrije i STAMENKOVIĆ Perica: endoscopic and radioisotopic diagnostics of duodeno-gastric (biliari) reflux — — — — —	77
Jovica PAVLOVIC i Vladimir COLIC: Acromegalija associated with diabetes melitus — — — — —	87
Jovica PAVLOVIC, Vladimir COLIC i Bećir MUSTAFIC: The frequency of arterial hypertension in diabetics — — — — —	95
Saša DRGOV, Dragutin NIKOLIC i Vladimir COLIC: Association of chronic haemolytic conditions and the pigment calculus in bile-ducts	101
Bojan VANOVSKI, Đorđe STAVRIĆ, Đorđi ZOGRAFSKI i Jelica DIMITRIJEVIC: Endoscopic and histologic changes of barrett's esophagus	107

TRANSURETRALNA RESEKCIJA (TUR) — SAVREMENA METODA LEČENJA OBOLJENJA MOKRACNE BEŠIKE I PROSTATE**TRANSURETHRAL RESECTION (TUR) — MODERN METHOD IN PROSTATE AND BLADDER DISEASE**

Jovanović Dragan, Stojanović Slobodan, Urološko odeljenje Bolnice u Leskovcu

REZIME

TUR predstavlja savremenu metodu u dijagnostici i terapiji pojedinih oboljenja m. bešike i prostate. Od 1990. godine na našem odeljenju je urađeno prvih petnaestak operacija TUR-om kod tumora m. bešike i adenoma prostate sa odličnim operativnim uspehom i minimalnim komplikacijama. Od 1991. to je standardna operativna metoda na našem odeljenju.

SUMMARY

TUR is a modern method in diagnostics and in therapy of some disease of bladder and prostate. Since 1990. on our department was done first fiftheen operations of bladder tumor and prostate adenoma with excellent operative results and minimal complications. Since 1991. TUR becomes standard operative method on our department.

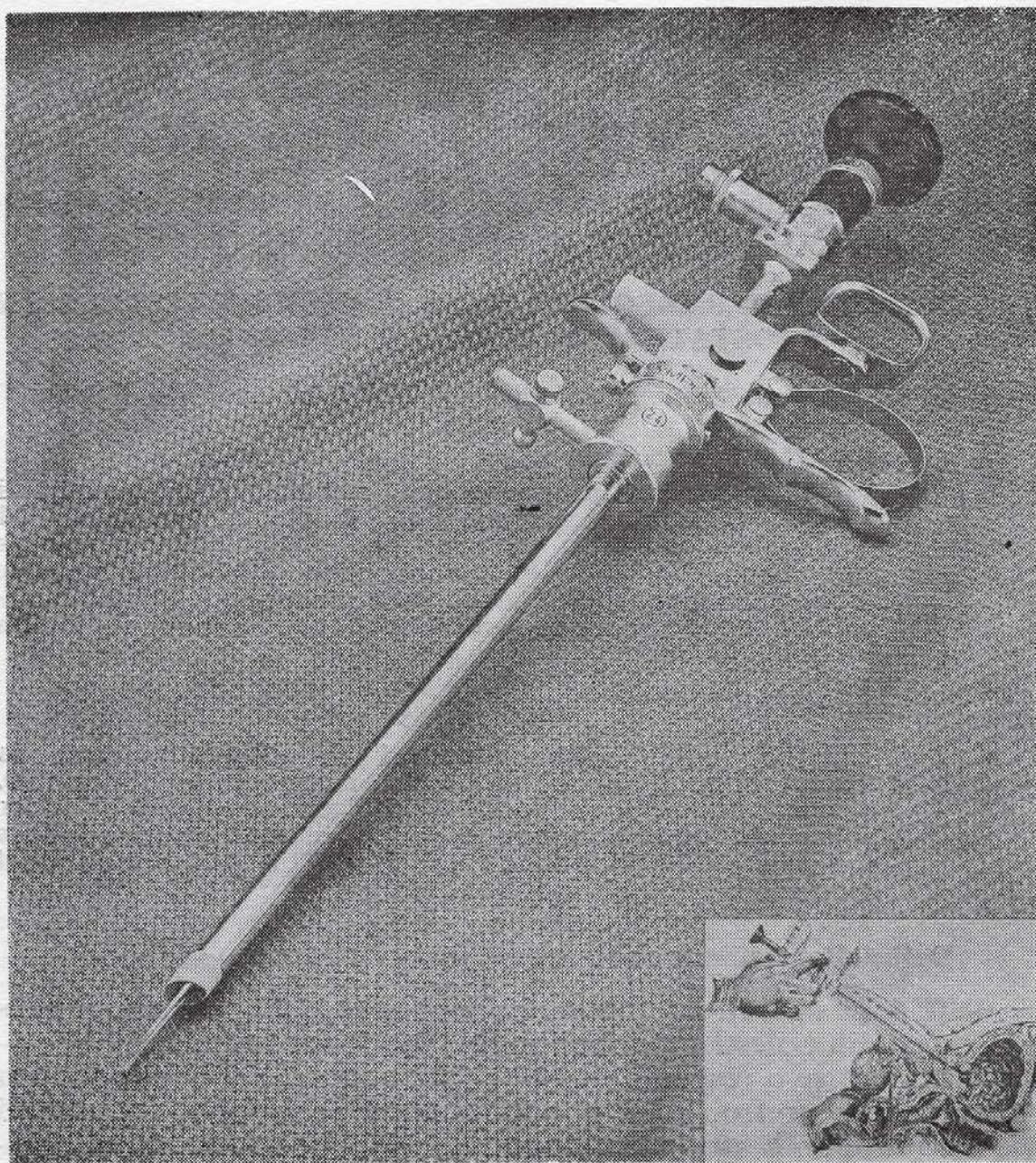
Definicija, način rada i aparatura

TUR je operativna dijagnostička i terapijska metoda u lečenju pojedinih bolesti prostate i m. bešike. Kako i sam naziv metode kaže, radi se o resekciji prostate i tumorâ m. bešike uvođenjem aparata kroz uretru. Princip rada aparata se zasniva na osobini visokofrekventnih struja da mogu da režu i koagulišu tkivo. Operacija se radi pod stalnom vizijom, a kroz kanal aparata se istovremeno ispire krv i odrezani komadi tkiva veličine rezanca za supu. Svi otvoreni krvni sudovi se u toku rada koagulišu, Sl. 1, 2 i 3.

Indikacije

TUR se primenjuje kod sledećih oboljenja prostate, vrata m. bešike i tumora m. bešike:

- adenoma prostate vel. do 60—100 gr.
- hroničnog prostatitisa,
- Ca prostate (u svim stadijumima),
- skleroze vrata m. bešike,
- tumora m. bešike do stadijuma B1 (prodor tumora u po-

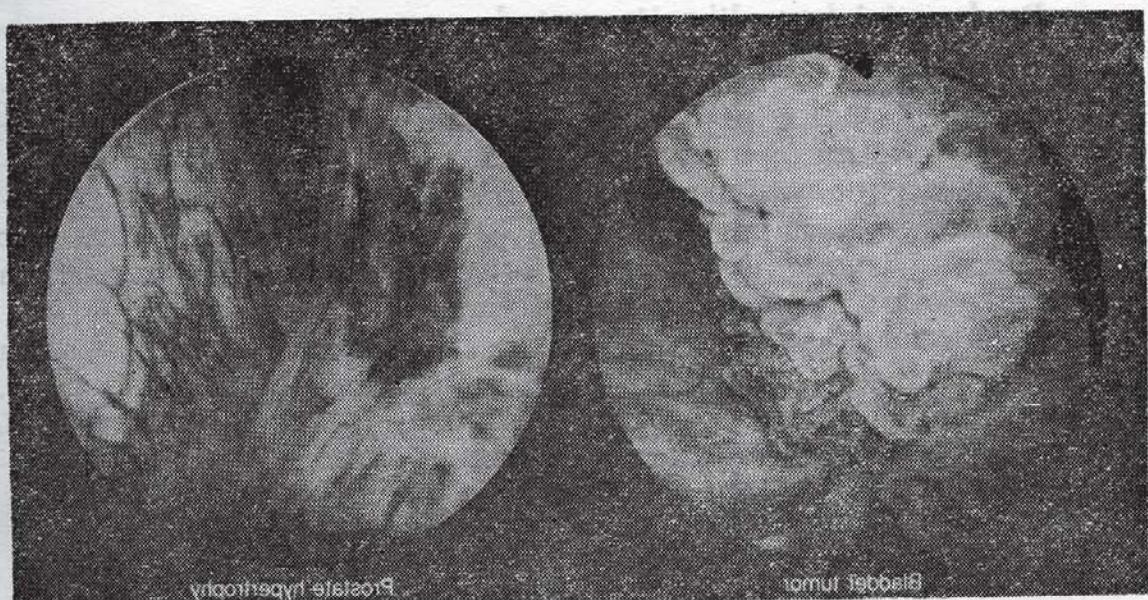


Slika 1.

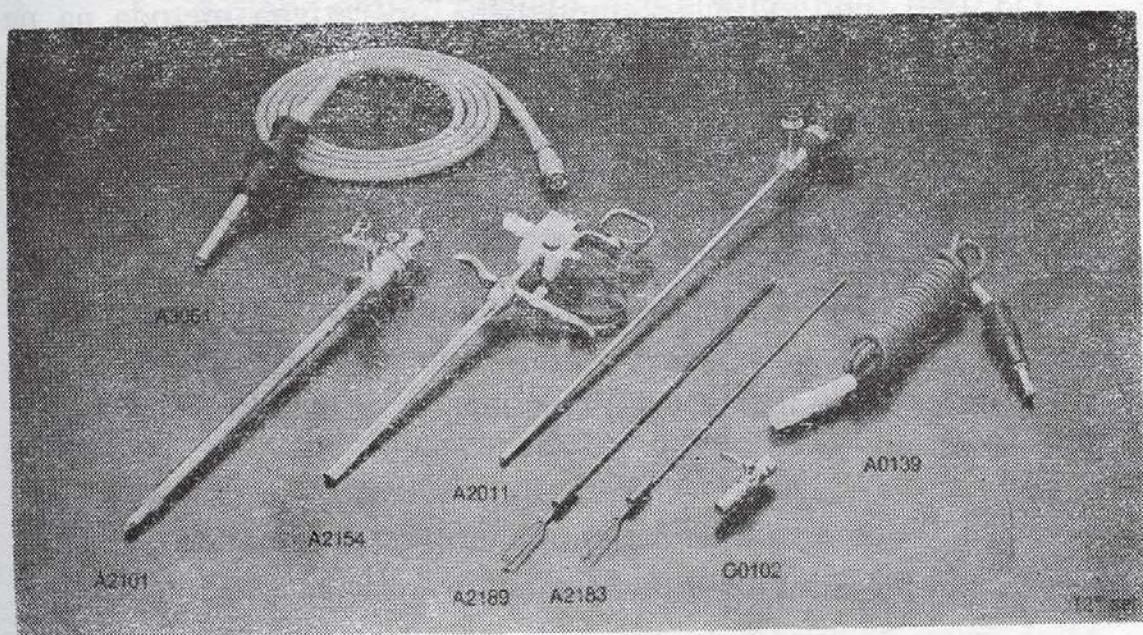
vršne slojeve mišića m. bešike) i palijativno u stadijumu D (prodor tumora u prostatu).

Operativni zahvati izvedeni TUR-om mogu biti radikalni i palijativni, zavisno od vrste bolesti, stadijuma bolesti, opšteg stanja i životnog doba bolesnika.

TUR se koristi i kao dijagnostička metoda za dobijanje isečaka za histopatološku analizu, kod oboljenja prostate i m. bešike (tumori, zapaljenja, TBC, metaplazije...). Isečci dobijeni na ovaj način omogućavaju egzaktno postavljanje dijagnoze bolesti, stadijuma razvoja a samim tim i prognoze bolesti.



Slika 2.



Slika 3.

Učestalost oboljenja

Bolesti prostate i m. bešike su vrlo česta oboljenja. Kod populacije do 30. god. su česti papilomi m. bešike, skleroza vrata m. bešike, hronični prostatitisi i metaplazije, dok su u 5. i 6. deceniji česti tumori m. bešike i adenomi prostate.

Prednosti i komplikacije metode

Metoda ima niz prednosti. Izvodi se u epiduralnoj ili spinalnoj anesteziji, malo je ili nimalo šokantna po bolesnika, ne postoji spolja uočljiv operativni rez (ne oštećuju se druga tkiva i organi, nema postoperativne hernije), bolesnici se izuzetno brzo oporavljaju te mogu napustiti bolnicu 2.—5. operativnog dana. Sve ovo pogoduje izvođenju operacija kod teških bolesnika u starijem životnom dobu. Ekonomski je metoda vrlo isplativa.

Negativne strane metode su što zahteva skupocenu i složenu aparaturu i specijalno edukovano osoblje. Komplikacije su česte. **Rane** komplikacije su krvarenje, tamponada i ruptura m. bešike. **Kasne** komplikacije su krvarenje, retencija, inkontinencija i recidiv bolesti.

Zakjučak

TUR je metoda izbora u lečenju pojedinih oboljenja prostate i tumora m. bešike. Na Urološkom odeljenju u Leskovcu su 1990. godine urađene prve operacije tumora m. bešike i adenoma prostate ovom metodom. Opremljeni smo izuzetno kvalitetnom aparaturom marke OLYMPUS, sa kontinuiranim ispiranjem (tip Iglesias).

Od 1991. god. TUR je standardna operativna metoda na našem odeljenju. Prvih petnaestak operacija izvedenih na ovaj način su dali odlične rezultate. Svi pacijenti su napustili bolnicu. Komplikacije nismo imali što prisupujemo kvalitetnoj opremi, dobro postavljenim indikacijama, edukovanom osoblju i dobroj operativnoj tehnici.

A u t o r: Jovanović Dragan, Leskovac, Bul. M. Tita 3/5.

NOVO!

Selektivni holinomimetik izvanredno dobro ispitani i prihvaciši širom sveta

CISAP®

cisaprid
tablete, ampule

- Povećava gastrointestinalni motilitet čitavom dužinom GIT-a
- Efikasno otklanja postprandijalne tegobe (podrigivanje, gorušica, nadutost)
- Kod bolesnika sa simptomima refluksa udruženih sa hijatus hernijom i/ili ezofagitisom značajno smanjuje regurgitaciju danju i noću
- Može biti pogodan u lečenju paraplegičara sa teškim zatvorom
- Slabo prolazi hematoencefalnu barijeru, tako da praktično nema centralnih dejstava

INDIKACIJE

Tablete:

- Refluksni ezofagitis
- Idiopatska gastropatijsa
- Dijabetična gastropatijsa

Ampule:

- Postoperativna pareza creva
Doziranje je individualno u zavisnosti od simptoma, s tim da dnevna doza ne pređe 40 mg.

KONTRAINDIKACIJE

Apsolutne kontraindikacije nisu poznate.

Za detaljne informacije obratite se proizvođaču.



ZDRAVJE – LESKOVAC

NOVO IZ PROIZVODNOG PROGRAMA

'U cilju da se dobije lek koji će da ima maksimalni antihipertenzivni efekat, sa minimalnim diuretičkim i retkim neželjenim efektima, registrovan je preparat LESCOPRID'

LESCOPRID®
INDAPAMID dražeje

- LESCOPRID zasniva svoj antihipertenzivni efekat dejstvom na glatku muskulaturu krvnih sudova.
- LESCOPRID smanjuje ulazak jona kalcijuma u ćeliju.
- LESCOPRID smanjuje reaktivnost krvnih sudova prema adrenalini i angiotenzinu, a efekat je smanjenje vazokonstrikcije i perifernog otpora.
- LESCOPRID u većim dozama deluje diuretički.

INDIKACIJE

- blaga i umerena arterijska hipertenzija
- edemi (srčanog porekla, hepatalne ciroze ili nepoznatog porekla).

KONTRAINDIKACIJE

- akutna cerebralna krvavljenja
- teška hepatična i renalna insuficijencija
- preosetljivost na LESCOPRID ili prema sulfonamidima.

DOZIRANJE

Kod hipertenzije ili edema LESCOPRID se primenjuje oralno u dozi od 2,5 mg dnevno.

Ako nakon 1-2 meseca ne nastupi adekvatno antihipertenzivno dejstvo doza se može povećati na 5 mg dnevno ili se dodaje drugo antihipertenzivno sredstvo. Kod edema, ako je diuretički efekat neadekvatan posle tretmana od nedelju dana doza se povećava na 5 mg na dan. Kada se krvni pritisak normalizuje sa dozom od 2,5-5 mg na dan, terapija se nastavlja svakog drugog dana.

NEŽELJENI EFEKTI

Neželjeni efekti LESCOPRID-a su retki i blagi. Najčešće se javljaju: glavobolja, vrtoglavica, ortostatska hipotenzija, palpitacija, umor, gadjenje, dijareja, suva usta, opstipacija, grčevi u mišićima.

UPOZORENJE

LESCOPRID primenjivati oprezno kod renalne insuficijencije i kod oštećenja funkcije jetre zato što primenom ovog leka dolazi do promena u bilansu vode i elektrolita koje mogu da izazovu azotemiju ili da dovedu do hepatične encefalopatije kod bolesnika sa oštećenom funkcijom jetre.

NAČIN IZDAVANJA LEKA

Lek se izdaje samo uz lekarski recept.

PAKOVANJE

Kutija sa 30 dražeja.

Služba za farmako-informatiku

 ZDRAVSTVE - Leskovac

EPIDEMIOLOGIJA, KLINIKA, TERAPIJA I PREVENCIJA PROFESIONALNOG TRAUMATIZMA OKA METALACA U LESKOVCU

EPIDEMIOLOGY, CLINIC, THERAPY AND PREVENTION OF PROFESSIONAL TRAUMATISM OF EYES OF METALWORKERS IN LESKOVAC

Jelena Stanimirović, Bećir Mustafić, Oftalmološko odelenje Bolnice Leskovac

REZIME

Autori analiziraju povrede vida u leskovačkoj metalnoj industriji »Lemind« za period od 1978—87. god. Navode najčešće uzroke traumatizma oka (mehaničke, hemijske aktiničke) i zaključuju da su one najčešće mehaničke prirode od kojih najveći procenat zauzimaju povrede sa prisutnim stranim telima na rožnjači. Iza njih dolaze aktiničke, a zadnje mesto zauzimaju hemijske povrede.

U referatu se pridaje najveći značaj preventivnim meraima koje treba preduzeti u smislu smanjenja profesionalnog oftalmotraumatizma.

Predavanje je ilustrovano tabelarnim pregledom i najinteresantnijim slučajevima iz prakse.

SUMMARY

The authours analyze the injuries of organ of sight in Leskovac metal industry »Lemind« for the period of 1978/87. They quote the most frequent reasons of tramatism of eyes (mechanical, chemical, actinic) and they conclude that those of mechanical origin are most frequent, of which the injuries with the presence of foreign bodies on cornea are of the highest percentage. After them there come the actinic ones, and the last are chemical injuries.

In the report the greatest importance has been given to the preventive measures which should be undertaken for reducing of the professional ophtalmotraumatism.

Nagli razvoj industrijalizacije, tehnologije i saobraćaja u nas doveo je da se i broj povređenih očiju stalno povećava. Profesionalni traumatizam oka kao izraz delovanja profesionalnih štetnosti predstavlja ozbiljan sociomedicinski, tehnološki i prevenciski problem.

Ovim radom analizirali smo povrede na radu radnika metalaca RO »Lemind« u Leskovcu u desetogodišnjem periodu od 1978—87. god. Osnovna namena je bila da se utvrdi broj ukupnih po-

vreda, kao i analiza prema životnoj dobi, vrsti povrede odnosno tretman i prevencija oftalmotrauma.

U periodu od 1978—87. god. povrede na radu javljaju se prosečno godišnje u 237 sl. (31,9%) opšteg traumatizma, od čega u 41 (17,8%) su slučajevi oftalmotrauma. Analizirajući povrede na radu prema životnoj dobi, najveći broj povređenih očiju pripada starosnoj populaciji do 30 god., 224 slučaja tj. (52,8%). Periodu između 31—40 god. 122 slučaja (26,4%), od 41—50 god. 64 slučaja (15,1%) i preko 50 god. ima samo 24 slučaja odnosno 5,7%.

Tabela 1. — Traumatizam oka na radu i životna dob ispitanika

Životna dob	1978.	79.	80.	81.	82.	83.	84.	85.	86.	87.	88.	Svega
do 30 god.	24	25	23	19	22	20	21	25	26	19	224	52,8%
31—40 god.	14	15	13	11	10	9	10	11	10	9	122	26,4%
41—50 god.	10	4	7	6	8	6	8	7	5	3	64	15,1%
Preko 50 god.	3	1	2	3	4	4	3	2	1	1	24	5,7%
U k u p n o	51	45	45	39	44	39	42	45	42	32	424	100%

Iz ovoga se vidi da broj povređenih očiju na rādnom mestu opada sa godinama starosti, što objašnjavamo brojnošću te grupacije i nedovoljne osposobljenosti za poslove na kojima su povređeni.

Što se tiče vrste povreda na našem materijalu našli smo da su daleko najčešće mehaničke prirode — 318 tj. (75%) slučajeva, iza koje se nalaze aktiničke sa 89 slučaja ili 20,9%, a zadnje mesto zauzimaju povrede hemijske prirode sa svega 17 slučaja ili 4,1%.

Tabela 2. — Traumatizam oka na radu — vrste povreda

Vrsta povr.	1978.	79.	80.	81.	82.	83.	84.	85.	86.	87.	Svega	
Mehaničke	40	36	32	30	31	29	32	33	31	24	318	75,0%
Aktiničke	9	6	12	7	11	9	8	10	10	7	89	20,9%
Hemijske	2	3	1	2	2	1	2	2	2	1	17	4,1%
U k u p n o	51	45	45	39	44	39	42	45	42	32	424	100%
Stopa na 1000 radnika	39	33	32	26	27	25	25	23	21	19	27	

Najčešći oblik oftalmotrauma na radu su mehaničke prirode 75%, a od toga strana tela na rožnjači tz. špon ili metalna prašina se javljaju u 76,4%.

Tabela 3. — Traumatizam oka na radu — vrste mehaničkih povreda

Vrsta povr.	1978.	79.	80.	81.	82.	83.	84.	85.	86.	87.	Svega
Strano telo u oku	34	25	27	21	24	21	23	25	24	19	243
Ostalo	6	11	5	9	7	8	9	8	7	5	75
U k u p n o	40	36	32	30	31	29	32	33	31	24	318
											100%

Izvor povređivanja: 52,6% tečni liv ili špon, 30% aktinički izvori, 22,4% alati, a mašine i uređaji 5%. Aktinička oštećenja nastaju dejstvom nejonizujućeg uglavnom ultravioletnog zračenja (autogeno ili elektrozavarivanje). Hemijske povrede su najčešće rezultat oštećenja alklijama ili kiselinama.

U 72,6% dolazi do povreda zbog nekorišćenja zaštitnih sredstava (maske, naočari), 17,3% nepravilnog načina rada i 10,1% ostalo, (poremećaja tehnološkog procesa, radnome iskustvu). Radnici nisu bili obučeni za poslove na kojima su se povredili u 79,3%, a u 79,2% radna mesta na kojima je dolazilo do povređivanja bila su sa posebnim uslovima.

Kako ove povrede mogu biti lakše, s jedne strane i povrede sa najtežim oštećenjima oka s druge strane, klinička slika može biti veoma različita. Ponekad ide i bez ikakvih kliničkih simptoma praćenim trenutnim bolom ili malim ili većim padom vida koji se ponovo uspostavlja. Ipak, gotovo uvek kliničkom slikom ovih povreda dominiraju: bol, suzenje, fotofobija, blefarospazam, a teži oblici su praćeni i nauzejom i povraćanjem. Konjiktiva je skoro uvek cilijarno inicirana. Kod hemijskih i aktiničkih povreda oka često je zahvaćena koža lica i klapaka.

Najčešće su povrede rožnjače u vidu edema, erozija, laceracija ili odlaganih stranih tela na rožnjači. Kod nas su povrede sa prisutnim stranim telom na rožnjači zastupljene u 52,5%, dok su perforativne povrede znatno manje i kod nas ih je bilo samo u dva slučaja.

Lečenje se zasniva na ukazivanju prve pomoći, a potom pružanja adekvatne medikamentozne ili hirurške terapije... Prva pomoć, u vidu samopomoći ili uzajamne pomoći, na radnom mestu obavlja se nestručno i nečesto u većini slučaja pogoršava traumu. S toga je veoma važno radnika odmah uputiti lekaru, koji će mu pružiti adekvatan tretman. Lekar opšte prakse obavezno primenjujući lokalnu anesteziju vežnjače i rožnjače, ublažava bol, a ujedno omogućava pažljivi detaljan pregled povređenog oka. Na taj način se lako evertiraju kapci, izvrši obilno ispiranje oka fiziološkim rastvorom kako bi se uklonile strane materije koje su dospele na površinu oka. Kod hemijskih povreda takvo ispiranje vršimo pre svega običnom vodom, a potom i odgovarajućim antidotom.

Strana tela, koja su zarivena najčešće u rožnjaču, moraju biti odmah odstranjena to je već posao za oftalmologa. Ukoliko je strano telo prodrlo u unutrašnjost oka vrši se hitna mikrohirurška obrada. Metalna strana tela se odstranjuju instrumentalno i elektromagnetom. Istovremeno započinjemo intenzivnu borbu protiv infekcije i mogućih komplikacija.

Na terenu očne traumatologije kod industrijskih radnika prevencija sigurno daje najbolje rezultate. Značaj zdravstvenog просвећivanja, obučavanje radnika za odgovarajući posao, sticanja znanja iz oblasti prve pomoći, obavezna primena zaštitnih mera na radu, svakako čine osnovu profilakse vidnog organa. Danas se ne može zamisliti odvojenost preventivne i kurativne oftalmologije, tj. ukazuje se sve veća potreba funkcionalnog objedinjavanja van kliničkih i kliničkih službi ostvarujući na taj način najbolje uslove za smanjenje invalidnosti i slepoće.

Zaključak

Na osnovu iznetih činjenica u posmatranom desetogodišnjem periodu (1978—1987) mogu se dati sledeći zaključci:

— Profesionalni traumatizam oka se najčešće javlja kod radnika dobne grupe do 30. god., a opada sa godinama starosti, na šta najverovatnije utiče brojnost te populacije i nedovoljna ospobljenost za poslove na kojima je došlo do povreda.

— Oftalmotraume nastale na radnom mestu su najčešće mehaničke prirode. Od toga visoki procenat zauzimaju povrede sa prisutnim stranim telom na rožnjači. Iza njih dolaze aktiničke, a zadnje mesto zauzimaju hemijske povrede.

— Izuzetno veliku ulogu na prisutnom smanjivanju broja ovih povreda, ima primena zaštitnih mera zdravstvenog просвећivanja i obučavanje radnika, što je kod nas još uvek nedovoljno zastupljeno, a dobrim delom utiče na visoki još uvek procenat očne traumatologije. Zahvaljujući dobroj organizaciji kao i funkcionalne objedinjenosti van kliničke i kliničke službe, lečenje koje počinje sa momentom ukazivanja prve pomoći na samom radnom mestu i vrlo brzog angažovanja oftalmologa daje najbolje rezultate u psihičkoj i fizičkoj rehabilitaciji povređenog.

LITERATURA:

1. **Vladimir Čavka**, oftalmologija, Sarajevo 1983. (436—457).
2. **Milan Blagojević — Olga Litričin**, Oftalmologija Beograd — Zagreb 1979. god. st. (278—282).
3. **Von Hans Fau** Differentialdiagnose der Augenkrankheiten, Georg Thime Verlag Stuttgart 1974. god. st. (394—397).
4. **Duke — Elder**, System od ophthalmology, vol XIV part 1—2, London 1972. god.

5. **Manić M.** Naša iskustva i stav kod perforativnih povreda oka, Zbornik radova podružnice SLD Leskovac 1980. god.

Autor: Dr Jelena Stanimirović, ul. Dušan Petrović Šane
7/1, 16000 Leskovac.

NOVO!

Analgetik jakog delovanja, slabih neželjenih dejstava i odsustva stvaranja tolerancije i zavisnosti je

SINTRADON®

tramadol hlorid
kapsule, supozitorije, ampule, kapi

- Sintradon je analgetik centralnog delovanja.
- Sintradon u analgetičkim dozama ne deluje na respiratorne i kardiovaskularne funkcije.
- Sintradon ne izaziva toleranciju i zavisnost.
- Sintradon kao pouzdan lek se može davati kod svih bolnih stanja pa i u akušerskoj i pedijatrijskoj praksi.
- Sintradon se može давати oralно, parenteralno i periduralno.



ZDRAVJE - LESKOVAC

REZULTATI UPOREDNE RADILOŠKE I EHOSONOGRAFSKE DIJAGNOSTIKE KALKULOZE ŽUČNE KESICE

CORRELATION OF THE RESULTS OF X-ray AND ULTRASONOGRAPHY IN DIAGNOSIS OF THE GALL BLADDER STONES

Tomislav JOVANOVIĆ i Dragutin NIKOLIĆ

Radiološka i Internistička služba Bolnice — Leskovac

REZIME

Analizirano je 87 slučajeva operisanih na Hir. »B« odeljenju u 1987. god. Preoperativno je ispitano 98,86% bolesnika. Radiološki 79,06%, a ehotomografski 96,51%. Kod 52,95% pacijenata postavljena je radiološka Dg. kalkuloze žučne kesice, a ehotomografska kod 97,59% pacijenata. Posebno je važno da je ehotomografski dijagnosticirana grupa od 39,70% pacijenata kod kojih žučna kesica nije ispunjena kontrastom pri radiološkom ispitivanju.

Smatramo da je ehotomografska dijagnostika dovoljno pouzdana i da ne treba koristiti radiološku dijagnostiku kod ehotomografski jasnih nalaza. Radiološka dijagnostika ostaje za dijagnostiku žučnih puteva i kod stanja koja se ne mogu razjasniti ehotomografski.

SUMMARY

The authors analyze diagnostic results obtained with x-ray and ultrasonography before operation by 87 cases with gall bladder stones, from department of surgery in 1987 year. The results were later correlated with diagnosis proved after operation.

Before operation radiologically (i. ven. cholangiography) only 52,94% of cases had gall bladder stones, by 39,70% gall bladder was not seen, 7,36% of the cases are not gall bladder stones. Before operation ultrasonographically 97,59% of cases had gall bladder stones. Diagnosis of the gall bladder stones with ultrasonography is modern non invasive and with high accuracy.

Uvod

Radiološka dijagnostika kalkuloze žučne kesice (Ž. K), per oralna i I—V holecistografija predstavljale su jedini način dokazivanja iste. Ove dijagnostičke metode imaju određene nedostatke tako da su u mnogim slučajevima rezultati nesigurni.

Uvođenje ehotomografije u svakodnevni rad dalo je mogućnosti za dopunu radioloških nalaza, odnosno za končnu dijagnostiku u onim slučajevima gde nismo mogli da postavimo dijagnozu radiološki. U zadnje vreme izražena je težnja da se ehotomografska dijagnostika primeni kao jedina i definitivna, a radiološke metode ostaju rezervisane za dopunu ehotomografskih nalaza i za dijagnostiku žučnih puteva.

Cilj i metod rada

Našim radom smo želili da utvrdimo odnos između radiološke dijagnostike Ž. K., ehotomografskih i operativnih nalaza. Za analizu su korišćeni podaci iz istorija bolesti bolesnika operisanih u toku 1987. god. na hir. »B« odeljenju Službe za lečenje hirurških oboljenja i povreda, bolnice u Leskovcu. Ehotomografski pregledi su rađeni real-time tehnikom, a radiološke pretrage sa Cholevidom (za per oralnu holecistografiju) i Endobilom (za I—V holecistografiju).

Rezultati rada

Analizirano je 87 slučaja, gde je kod 84 operativno nađena kalkuloza Ž. K., a u tri slučaja se radilo o nekalkuloznom holecistitu. Kod 86 bolesnika je preoperativno, radiološki ili ehotomografski ispitivana Ž. K. Kod jednog bolesnika dijagnoza kalkuloze Ž. K. je postavljena u toku operacije drugog organa. Od 86 operisanih i preoperativno ispitanih bolesnika kod 68 je rađena radiološka pretraga Ž. K. a kod 17 nije. Kod četiri bolesnika ehotomografija Ž. K. nije rađena.

Rezultati radioloških i ehotomografskih ispitivanja prikazani su na tabeli 1.

Tabela 1. — Rezultati otkrivanja postojanja kamenaca žučne kesice rendgenom i ehotomografijom

Metoda dijagnostike	Kalkuloza žučne kesice	Ž. K. se ne ispunjava kontrastom	Ž. K. bez kalkuloze	Suspektan nalaz	Ukupno Pregledano
Rendgen	36 (52,94%)	27 (39,70%)	3 (4,42%)	2 (2,94%)	68 (100%)
Ehotomografija	81 (97,59%)	—	2 (2,40%)	—	83 (100%)

Diskusija i zaključak

Analiza dobijenih rezultata pokazuje da su radiološke pretrage vršene kod 79,06% operisanih bolesnika, a ehotomografska kod 96,51%. Kod 36 pacijenata radiološki je postavljena dijagnoza

kalkuloze Ž. K. ista Dg. je postavljena i ehotomografski, a potvrđena je operativnim nalazom. Grupa od 27 bolesnika kod kojih Ž. K. nije ispunjena kontrastom, pregledana je ehotomografski postavljena je Dg. kalkuloze Ž. K. što je i operativno potvrđeno.

U grupi od tri pacijenta kod kojih radiološki nije bilo kalkuloze dva su ehotomografski pregledana i nalaz je bio identičan radiološkom, a jedan pacijent nije ehotomografski pregledan. Operativni nalaz kod sve trojice je nekalkulozni holecistitis. Kod dvojice bolesnika radiološki nalaz je bio suspektan, ehotomografski je dijagnostikovana kalkuloza Ž. K. što je i operativno potvrđeno.

Rezultati našeg istraživanja pokazuju visoku tačnost dijagnostike kalkuloze Ž. K. ultrazvukom, što se neznatno razlikuje od rezultata drugih autora (Mirić S, i sar. Redžić B, i sar.) dok je tačnost kod radioloških metoda 52,94%, što je znatno više od rezultata koje iznosi Mirić S, i sar. Posebno je važno da ehotomografska dijagnostika omogućava konačnu dijagnostiku kod pacijenata kod kojih se žučna kesica ne ispunjava kontrastom, a njih je na našem materijalu bilo 39,70% i kod onih pacijenata kod kojih je radiološka Dg. suspektna.

Smatramo da je ehotomografska dijagnostika kalkuloze Ž. K. pouzdana i da su njeni nalazi dovoljni za operativni zahvat. Radiološku dijagnostiku treba primenjivati prvenstveno za dijagnostiku žučnih puteva i dopunu ehotomografskih nalaza. Radiološka dijagnostika je manje pouzdana, sa rizikom zračenja i nepoželjnih reakcija kod aplikacije kontrasta, njena cena je daleko veća od cene ultrazvučnog pregleda. Smatramo da je suvišno i neopravdano vršiti oba pregleda kod svih bolesnika.

LITERATURA:

1. **Mirić S, L. Lincender, F. Čengić, M. Klančević;** Mogućnost dijagnostike holelitijaze — holegrafskim metodama i ultrazvučnom dijagnostikom, Radiol. Jugoslav. 1985, 19(1) 23—28.
2. **Redžić B, Ž. Petrović, Z. Janković, D. Tajfil, J. Bjelić, M. Elaković, R. Vićentijević, S. Lukačević, M. Šošić;** Korelacija ehotomografskih i biliscintigrafskih nalaza u oboljenjima bilijarnog trakta na našem petogodišnjem materijalu. Zbornik skraćenih radova, IV Jugoslovenski hepatološki simpozijum, Ohrid 1986.
3. **Stefanović S, i sar.;** Bolesti jetre i žučnih puteva, Medicinska knjiga, Beograd—Zagreb, 1964.

A u t o r: Dr Tomislav Jovanović, radiolog, St. Glavača 157, Leskovac.

NOVO IZ PROIZVODNOG PROGRAMA

U cilju efikasne supstitucione terapije kod svih stanja gde je oštećena endogena produkcija u bubrežima 1,25-dihidroksi-holekalciferola, aktivnog metabolita vitamina D₃ registrovan je:

ALPHA D₃
— ALFAKALCIDOL —
kapsule od 0,25 i 1 mg

INDIKACIJE

- renalna osteodistrofija
- hipoparatiroidizam
- vitamin D zavistan rahičis
- hipofosfatemički rahičis i osteomalacija
- nutritivni rahičis i osteomalacija
- malapsorpcioni sindrom

ALPHA D₃ je indikovan u terapiji renalne osteodistrofije, hipoparatiroidizma, različitih formi rahičisa i osteomalacije.

ALPHA D₃ efikasno koriguje biohemijiske poremećaje i narušenu koštanu strukturu normalizovanjem nivoa Ca, fosfata, alkalne fosfataze i parathormona.

ALPHA D₃ unet oralnim putem, konverzijom u jetri premošćava proces hidroksilacije vitamina D₃ u oštećenim bubrežima.

ALPHA D₃ je uspešan u regresiji renalno-osteodistrofičnih promena kod bolesnika na hemodializi.

ALPHA D₃ smanjuje bol u koštima i mišićnu slabost.

ALPHA D₃ pri dugotrajnoj terapiji ne ispoljava toksičnost.

Za detaljne informacije obratite se proizvođaču.



ZDRAVJE – LESKOVAC

KONZERVATIVNO LEČENJE PRELOMA DISTALNOG DELA PODKOLENICE — NAŠA ISKUSTVA

CONSERVATIVE TREATMENT OF FRACTURE OF DISTAL LOWER LEG — OUR EXPERIENCE

D. MLAĐENOVIC, V. RISTIĆ, B. NIKOLIĆ: *Odeljenje za ortopedsku hirurgiju i traumatologiju Bolnice — Leskovac*

REZIME

U radu je izneta metoda rada i iskustva koja smo stekli u konzervativnom lečenju preloma distalne podkolenice i pilona tibije. Za period od 1976. do 1984. god. u službi za Ortopedsku hirurgiju i Traumatologiju u Leskovcu lečeno je 267 slučajeva.

Izneti su kriterijumi za procenu rezultata lečenja kao i rezultati lečenja koji su u 149 (76%) slučajeva dobri.

SUMMARY

The method of working and experience we acnieved in the conservative treatment of fracture of distal lower leg and pylon tibiae were pointed out in this work. About 267 patients were treated in the department for Orthopedic surgeri and Traumatology in Leskovac in the period from 1976—1984.

Criteria for estimation of the results of treatment which are good in 149 cases were pointed out here.

Uvod

U našem radu iznosimo iskustva koja smo stekli za period od deveet godina u konzervativnom lečenju svežih fraktura distalne podkolenice i pilona tibije.

U anatomske pogledu, distalnu podkolenicu čini donja trećina fibule i tibije koja se nastavlja metafizom. Donji deo tibije se završava pilonom. To je distalna epifiza tibije pokrivena hrskavicom koja se zglobljava sa trohleom talusa i jedan deo metafize koji se nastavlja dijafizom.

Ovaj deo podkolenice je prekriven, sa prednje strane samo kožom, podkožjem, fascijom i periostom, a sa zadnje strane i mišićnom masom. Ishrana ovog dela kosti podkolenice je dobra, tj. vaskularna mreža je dobro razvijena. Ishrana kože ovog dela podkolenice je siromašna, naročito prednji deo koji je najviše izložen traumi spolja, a zbog blizine kosti i iznutra — kod otvorenog tipa preloma kosti. Koža je u predelu distalne podkolenice jedini po-

krivač kosti a poznata je i osetljivost, odnosno mala odbrambena moć kosti protiv infekcije prilikom traume, bilo primarno, u toku povređivanja, bilo kasnije usled nekrobiotičkih procesa ili intervencija u cilju lečenja.

Prelomi podkolenice u celini, a posebno donje trećine, teški su u terapeutskom smislu i ponašaju se specifično pri lečenju. Zbog izloženosti i nedovoljne zaštićenosti tibije oni su najčešći prelomi kod odraslih. Prelomi mogu biti izazvani dejstvom direktnе sile (saobraćaj, direktni udarac) i tada nastaju većinom poprečni i kominutivni prelomi, dejstvom indirektne sile (torzija u sportu) koja uzrokuje većinom kose i spiralne prelome i kombinovanim dejstvom obeju sila.

Mehanizam nastajanja preloma pilona je vertikalna kompreseija sa torzijom ili savijanjem. Trohlea talusa igra veliku ulogu u mehanizmu povrede, ona je nakovanj preko koga se komprimira pilon tibije. Povrede najčešće nastaju pri padu sa visine, u saobraćaju, sportu pri okliznuću i spoticanju.

Prikaz materijala

Naš materijal čine 175 odrasla pacijenta i 92 odolescenta ukupno 267. Svi su bili lečeni u periodu od 1976. god. do 1984. god. Od tog broja bilo je 213 slučajeva preloma distalne podkolenice (134 odraslih i 72 adolescenta), i 54 slučajeva preloma pilona (41 odraslih i 13 adolescenta). Bilo je 31 otvorenih i 236 zatvorenih preloma. Vidi tabelu br. I.

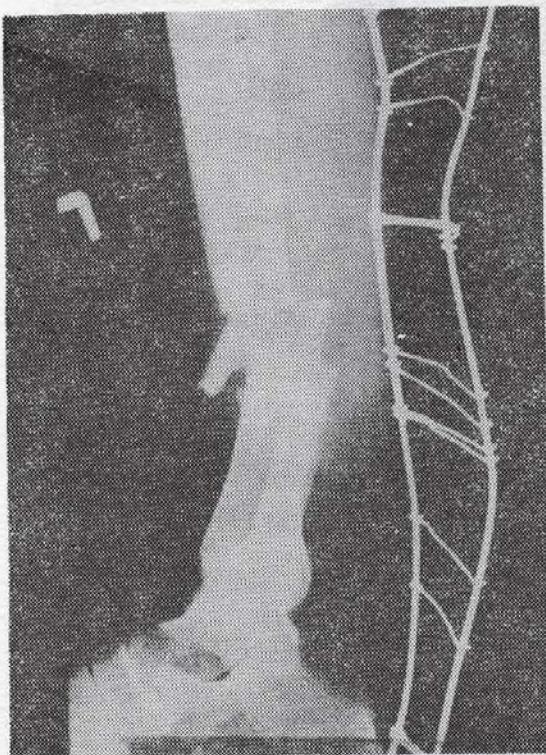
Tabela 1. Prikaz broja lečenih i vrsta preloma

	Odrasli	Adolesc.	Zatvor.	Otvor.	Ukupno
Prelomi distalne podkolen.	134	79	193	20	213
Prelomi pilona	41	13	43	11	54
Ukupno	175	92	236	31	267

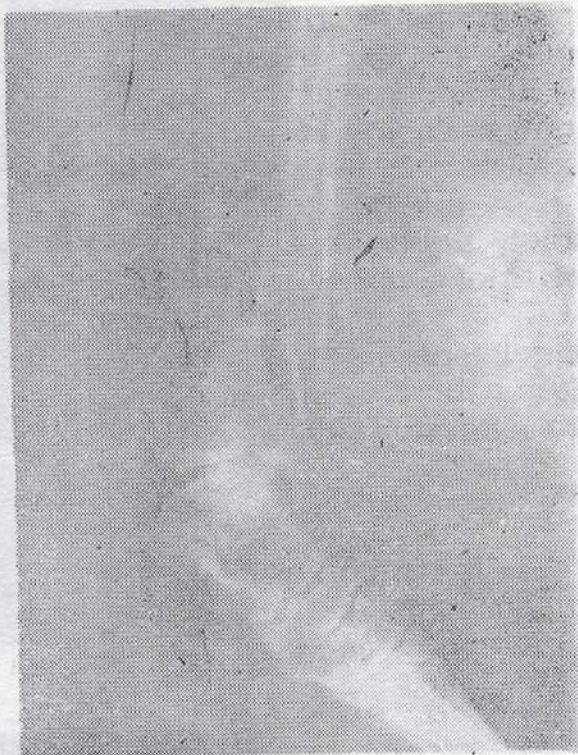
Otvorene prelome podkolenice smo klasificirali prema klasifikaciji Gustillo. Od ukupnog broja otvorenih preloma podkolenice u distalnom delu bilo je 16 koji su pripadali prvom stepenu. Devetoro je imalo drugi stepen a šestoro treći stepen otvorenog preloma.

Prema tipu preloma podkolenice sve slučajeve smo svrstali u pet grupa:

I gr. — Fractura comminutiva — 55 pacijenata (25%), nastaje u saobraćajnim udesima i kod direktnog dejstva jake sile na distalnu podkolenicu. Vidi sl. br. 1 i 2.



Sl. br. 1. Fractura comminutiva cruris.



Sl. br. 2. Fractura comminutiva cruris.

Ove slike su prilog gde se govori o tipovima preloma podkolenice (prikaz materijala).

II gr. — Fractura transversa — 61 pacijent (29%), najčešće se sreće kod dece a nastaje direktnom silom udara.

III gr. — Fractura spiralis — 14 pacijenata (21%), nastaje u sportu pri torzionom dejstvu sile. Vidi sl. br. 3.

IV gr. — Fractura tranverso-obliqua — 36 pacijenata (17%).

V gr. — Fractura spiralo-obliqua — 17 pacijenata (8%).

Prema Destot-ovoj klasifikaciji za prelom pilona, sve prelome smo svrstali u 4 grupe:

I gr. — Bimarginalne fracture — 5 slučajeva.

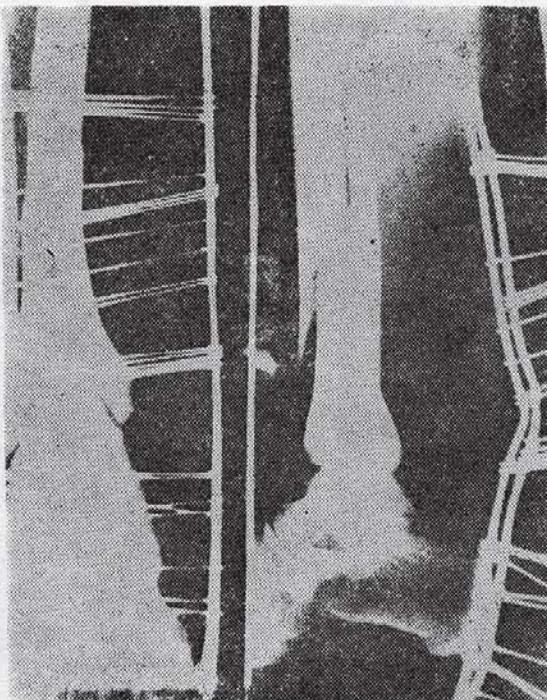
II gr. — Zadnje marginalne fracture — 12 slučajeva.

III gr. — Prednje marginalne fracture — 13 slučajeva.

IV gr. — Supra maleolarni prelomi sa propagacijom u zglob — 17 slučajeva. Vidi sl. br. 4.

Učestalost preloma pilona tibije je veća kod starijih osoba. Ovo posebno važi za supra maleolarne prelome sa propagacijom u zglob gde zbog krtosti kostiju trauma izaziva multifragmentarni prelom sa narušavanjem kongruencije skočnog zgloba. Kod mlađih, česte su zadnje marginalne frakture. Kod dece, povrede pilona

se odlikuju rubnom frakturom zadnjeg dela pilona sa delimičnom epifiziolizom.



Sl. br. 3. Fractura spiralis cruris.



Sl. br. 4. Fractura supra malleolaris sa propagacijom u zglob — DESTOT — IV.

Ova slika je prilog gde se govori o tipovima preloma pilona tibije (Prikaz materijala).

Metod rada — lečenje

Sprovedeno konzervativno lečenje zavisilo je od stabilnosti preloma. Kod bolesnika sa stabilnim prelomom, odmah posle prijema, urađena je ortopedска manuelna repozicija i imobilizacija nadkoljenom gipsanom longetom. Kod bolesnika gde su prelomi bili nestabilni, gde je ostajao stepenik i neravnost pilona, ili gde je posle ortopedске repozicije došlo do skliznuća fragmenata prelomljene kosti, u lokalnoj anesteziji je postavljan Steinmann-ov klin kroz kalkaneus i instalirana je skeletalna ekstenzija — u 32 slučajeva. Pri skeletalnoj ekstenziji se održava korektni položaj stopala da ne bi došlo do rotacije. Opterećenje je iznosilo 5 do 7 kg. u proseku, a dužina ekstenzije 5 do 6 nedelja.

Između šeste i sedme nedelje nadkolena gipsana longeta ili skeletalna ekstenzija su zamenjivani čizmom za hod. Lečenje je u proseku trajalo do pet meseci, nakon čega smo bolesnika upućivali na fizikalni tretman.

Rezultati

Praćenjem bolesnika za poslednjih devet godina došli smo do sledećih rezultata. Kontrolisanu grupu čini 190 bolesnika, od toga 153 sa prelomom distalnog dela podkolenice i 37 sa prelomom pilona tibije. Vidi tabelu II.

Tabela II — Funkcionalni rezultati lečenja preloma distalnog dela tibije —

	Dobar funkcionalan rezultat	Zadovoljavajući funkc. rez.	Loš funkcionalan rezultat	Ukupno
Prełomi distalne podkolenice	79 (51%)	48 (31%)	26 (18%)	153
Prełomi pilona	12 (31%)	10 (28%)	15 (41%)	37
Ukupno	91	58	41	190

Kriterijumi za procenu rezultata lečenja su:

Pokretljivost skočnog zgoba,

Osovina podkolenice tj. stepen deformacije,

Otok podkolenice i skočnog zgoba,

Lokalni nalaz kože, i

Mogućnost hoda po ravnom i neravnom terenu.

U grupu sa dobrim funkcionalnim rezultatom svrstan je 91 bolesnik, od toga 52 adolescenata i 39 odraslih.

U grupu sa zadovoljavajućim funkcionalnim rezultatom svrstan je 58 bolesnika, od toga 8 adolescenata i 30 odraslih.

U grupu sa lošim funkcionalnim rezultatom svrstan je 41 bolesnik i to svi odrasli. U ovoj grupi je bilo 8 Osteomielita. Vidi sl. br. 5. U svim slučajevima se radilo o otvorenom tipu preloma podkolenice sa velikom lacero kontuznom ranom koja je praćena devitalizacijom i kontuzijom mekih tkiva uz veliku dislokaciju fragmenata koja je praćena kontaminacijom. Ovde su svrstane i tri pseudoartroze i teške artroze skočnog zgloba kod preloma pilona tibije.



Sl. br. 5. Osteomyelitis chr. pars distalis cruris.

Ova slika je prilog gde se govori o lošim funkcionalnim rezultatima (rezultati).

Iz ovoga prikaza se nameće zaključak da je rezultat konzervativno lečenih preloma podkolenice i pilona tibije solidan. Uкупан broj dobrih i zadovoljavajućih rezultata je 149 (76%) pacijentata.

Zaključak

1. Distalna podkolenica je segment tela koji se često povređuje u saobraćajnim nesrećama, u sportu, prilikom pada i klizanja. Zbog anatomo-fizioloških osobenosti prelomu treba pristupiti studiozno i adekvatno ga lečiti.

2. U konzervativnom lečenju preloma distalne podkolenice na prikazanom materijalu naše službe, vidljiv je dobar rezultat.

3. Rezultat lečenja zavisi od tipa preloma i dobnog uzrasta. Spiralni i otvoreni prelomi distalne podkolenice i pilona tibije

predstavljaju terapeutski problem. Ovi tipovi preloma su lečeni konzervativno uz skeletalnu trakciju.

4. Ne smeju se zaboraviti i loši rezultati konzervativnog lečenja. Oni su prisutni i na njima se treba učiti i truditi se da ih je što manje.

LITERATURA

1. **Banović D.** i sar., Traumatologija koštano-zglobnog sistema, Dečje novine, 1989.
2. **Krasnov A. F.** i sar., Spravočnik po traumatologiji, Moskva »Medicina«, 1984.
3. **Krupko I. L.**, Rukovodstvo po traumatologiji i ortopediji, Leningrad »Medicina«, 1974.
4. **Müller M. E.** i sar., Udžbenik Osteosinteze — AO metoda, Jumena Zagreb, 1981.
5. **Rockword and Green, Fractures, J. B. Lipincott Comp.** Philadel., 1975.
6. **Sarmiento L., Latta**, Closed functional treatment of fractures, Springer—Verlg. Berlin, 1981.
7. **Trubnikov B. F.**, Traumatologija i Ortopedia, Kiev, 1986.
8. **Jonh Charnley**, The Closed treatment of common fractures, E. — S. Livingstone, Edinburg and London, 1970.
9. **Schauwecker F.**, Osteosinteza u praksi, Školska knjiga — Zagreb, 1987.

Autor: Dr Desimir Mladenović, Služba za Ortopedsku hirurgiju i Traumatologiju u Leskovcu.

N O V O !

Budućnost supstitucijske terapije pankreasnim enzimima — fiziološka nadoknada enzimskog deficita egzokrine funkcije pankreasa:

OPTILAZA® kapsule od 300 mg

- Potpuno nova farmaceutska formulacija — mikropelete sa punom acidorezistentnošću
- 300 mg visoko potentnog pankreatina sa standardizovanom aktivnošću lipaze, amilaze i proteolitičkih enzima
- Rastvaranje kapsula u toku nekoliko minuta sa programiranim oslobađanjem enzima u duodenumu
- Klinička delotvornost i sa manjim brojem kapsula dnevno — bolji „Compliance“ — manji troškovi lečenja
- Dobra podnošljivost i kod dugotrajne terapije

INDIKACIJE

Hronični pankreatitis
Cistična fibroza (Mukoviscidoza)
Resekcija pankreasa
Resekcija želuca (npr. Billroth II)
Dispeptički sindrom sa maldigestijom
Opstrukcija izvodnih kanala tumorom iz okoline glave pankreasa

PAKOVANJA

Kutije sa 50 kapsula
Kutije sa 100 kapsula



ZDRAVJE - LESKOVAC

MORFOLOŠKO-RADIOGRAFSKI ASPEKTI U DIJAGNOSTICI I LEČENJU PRELOMA KARLIČNIH KOSTIJU

THE MORPHOLOGICAL AND RADIOGRAPHIC ASPECTS IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF THE PELVIC BONES FRACTURES

Vukadin RISTIĆ

Odelenje za ortopedsku hirurgiju i traumatologiju Bolnice — Leskovac

REZIME

Autor iznosi morfološke i radiografske karakteristike preloma karličnih kostiju. Koristi se svojim skromnim iskustvom stečenim na proučavanju sopstvenog materijala — 139 preloma karličnih kostiju. Istovremeno koristi podatke dobijene iz literature. Potencira na poznавању морфологије карлице, на примену усмерене радиографије и правилном тумачењу истих. На основу овога дaje се могућност постављања прецизне дијагнозе preloma karličnih kostiju, што са своје стране дaje могућност хирургу да одабере једну од могућих метода лечења.

SUMMARY

The author exposes the morphological and radiographic characteristics of the pelvic bones fractures. He uses the modest experience he acquired from studying his own materials, i.e 139 pelvic bones fractures. At the same time, he uses the data from the literature. He points out the knowledge of the pelvic morphology, the application of the directed radiography and their right interpretation. On this basis, there is a possibility of precise diagnosis determination for pelvic bones fractures which, thereby, gives the surgeon a possibility to choose one of the possible treatment methods.

Uvod

Hirurgija preloma uopšte, ima pred sobom cilj da vrši preciznu repoziciju oštećenih mišićno-koštanih struktura. Nove tehnologije istražuju nove mogućnosti za postizanje ovoga cilja. Nakon postavljanja precizne morfološke dijagnoze i nakon posmatranja mehanizma zahvaćenih struktura, hirurg odabira jednu od mogućih metoda lečenja. Lečenje će zavisiti od raspoloživih iskustava i sredstava, procenjivanje mehanizma i dijagnoze uvek će omogućiti da se odabrana metoda potpuno iskoristi. Na svim pitanjima, karlica za hirurga predstavlja izazov. Lečenje traumatskog preloma karličnih kostiju je postalo središte interesovanja, gde je glavno

pitanje da li treba ovakve prelome stabilizovati prilikom operacija? Stabilizacija može da bude važna za opstanak pacijenta, a takođe značajna za poboljšanje dugoročne funkcionalne rezultate. Zato je potrebno proučavati i preživljavanje i istorijat raznih tipova karličnih preloma.

Mortalitet većine karličnih preloma, bez obzira na poboljšano lečenje, nastavlja da iznosi oko 10% (Mc Murray i sarad. 1980; Goldstein i sarad. 1986. g.). To dolazi uglavnom zbog pra-tečih povreda, i od obimnog karličnog krvarenja. U našem proučavanju od 139 prelomljenih karlica našli smo direktnu korelaciju između mortaliteta i pokazatelja težine povreda.

Morfologija i radiologija

Ljudska karlica se sastoji od prstenova: karličnih prstenova, prstenovih mišića stezača i vezivnih greda. Njena glavna namena je da prenosi opterećenje trupa na donje udove, a takođe da zaštiti organe koji se nalaze u njoj.

Karlični prelomi se dele u tri kategorije:

1. Prelomi spoljnih delova,
2. Prelomi zglobnih čašica, i
3. Prelomi karličnog prstena: sa izmeštanjem kuka, i bez izmeštanja kuka.

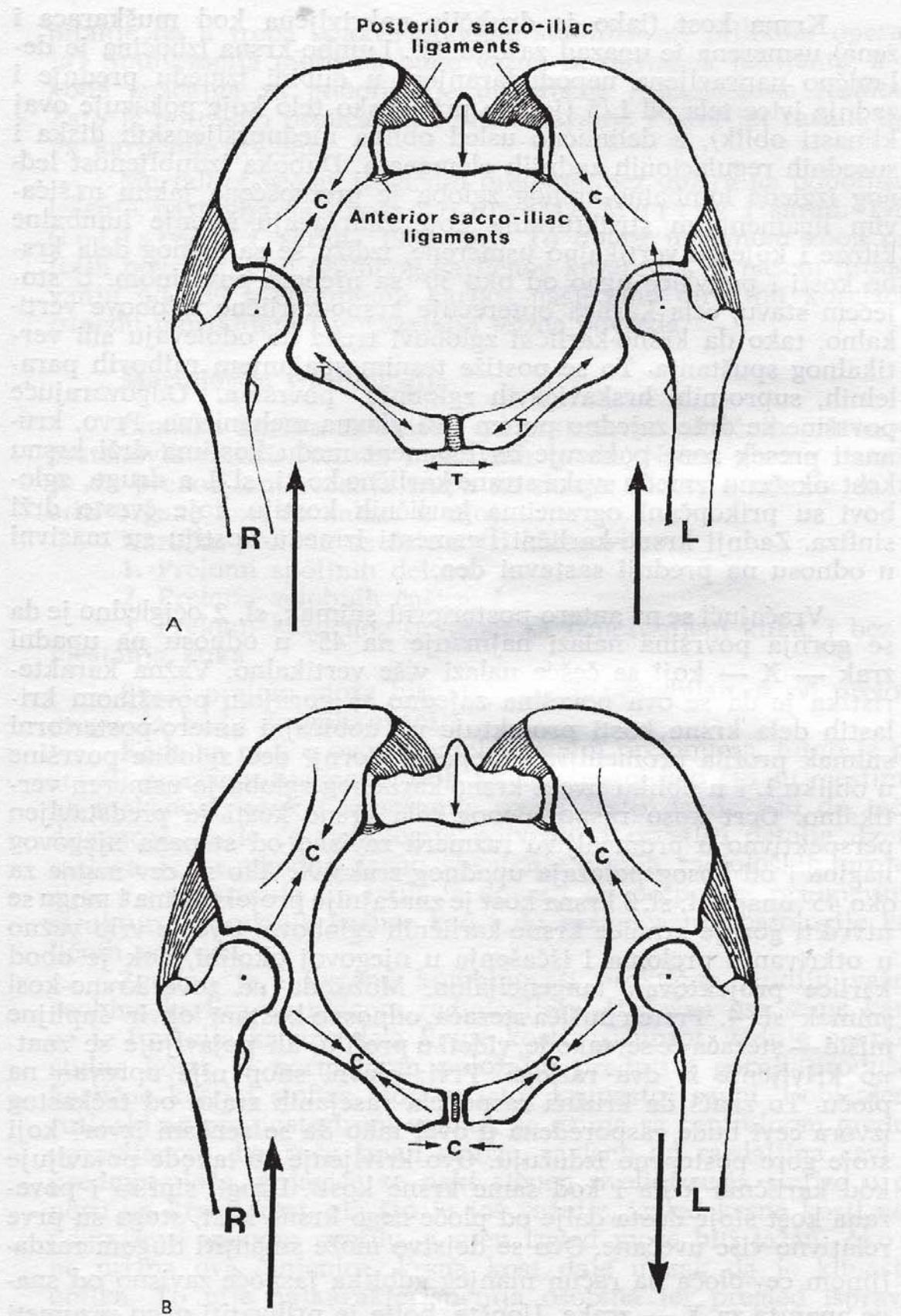
Svaki prelom može biti stabilan ili nestabilan, a svi prelomi mogu da budu komplikovani.

Kada se radi o ovim komplikovanim prelomima, bitno je postaviti preciznu dijagnozu. Dok klinički znaci kao što su mestimična mekanost, otok i izmeštanje mogu često da dovedu do tačne dijagnoze, dotle će radiologija potvrditi i osvetliti detalje. Iz tih razloga je neophodno jasno shvatanje raznih radioloških projekcija, a razmatranje tih istih će dovesti do potpunog razumevanja strukture i funkcije karlice kao i do razumevanja patologije karličnih povreda.

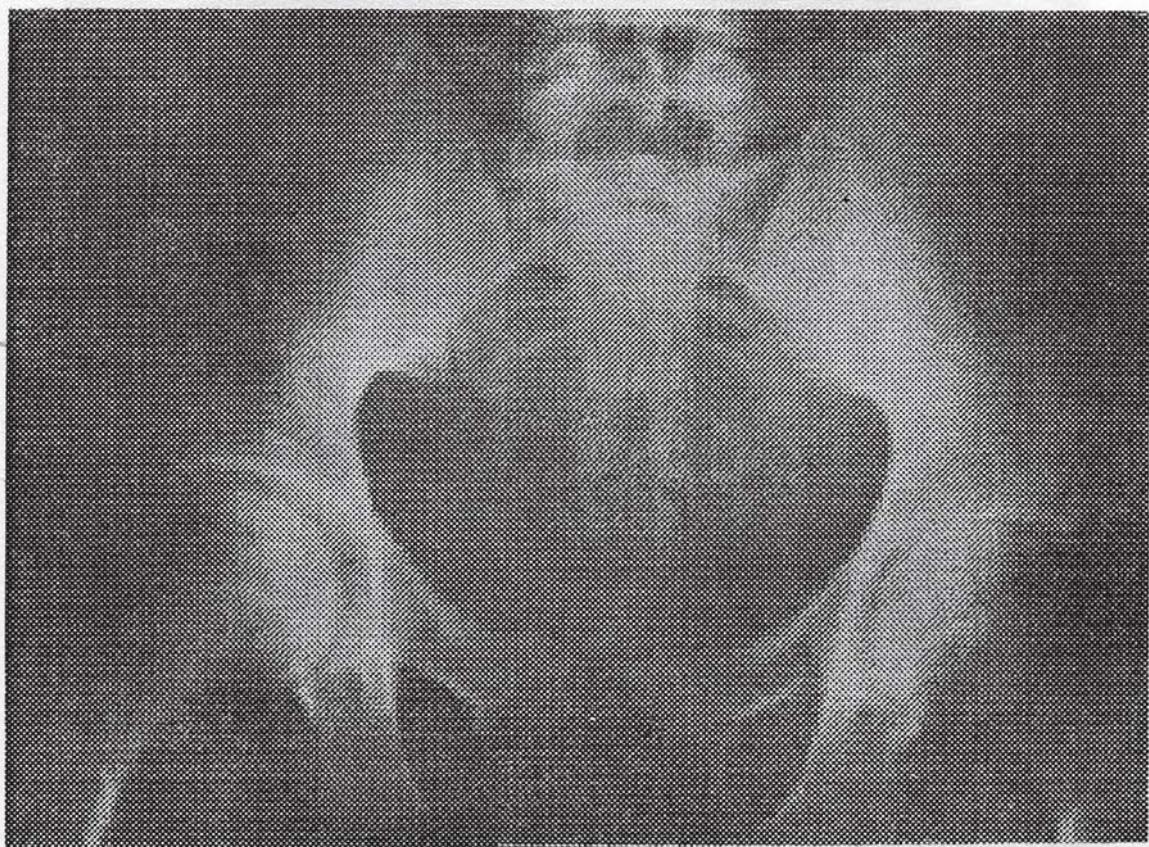
Zgodno je i logično kombinovati praktičnu studiju važnih osobina karlice sa njenom radiologijom. Uzdužna osa same karlice je funkcija krivine dela krsne kosti, nasuprot, zadnje površine stidne kosti. U normalnom položaju, prednji i gornji produžeci karlične kosti i sinfize stoje u istoj krunastoj ravni. Uobičajeno, rutinski antero-posterironi snimak se uzima sa centralnom gredom upravljenom dva inča iznad sinfize, zavisno od razdaljina cevi — predmet-ploča, pojaviće se neki stepen uveličavanja sinfize u odnosu na krsnu kost, ali, što je još važnije, izgled krsne kosti neće odgovarati njenom profilu, a njen izgled može biti lažan. Ako se ne prizna ova činjenica, krsna kost daje utisak da je klinastog oblika. To nije najkarakterističnija osobina jer pregled ispravno usmerene krsne kosti pokazuje da su zglobovi krsno-karlične kosti grubo paralelni.

Krsna kost (iako je drukčije nakrivljena kod muškaraca i žena) usmerena je unazad za oko 45° . Lumbo-krsna izbočina je delimično napravljena nepodudaranjem u dubini između prednje i zadnje ivice tela od L/5 (jedino pršljensko telo koje pokazuje ovaj klinasti oblik), a delimično usled oblika međupršljenskih diskova i susednih regulacionih zadnjih elemenata. Duboka izdubljenost leđnog izgleda lumbalno-krsnog zgloba je premošćena jakim mišićnim ligamentnim strukturama koje zadržavaju širenje lumbalne kifoze i koje su vertikalno usmerene, izdižu se sa leđnog dela krsne kosti i podvlače ugao od oko 30° sa njenom površinom. U stojećem stavu, cela karlica opterećuje krsno-karlične zglobove vertikalno, tako da krsno-karlični zglobovi treba da odolevaju sili vertikalnog spuštanja. To se postiže tesnim spajanjem njihovih paralelnih, suprotnih, hrskavičavih zglobnih površina. Odgovarajuće površine se drže zajedno putem dva glavna mehanizma. Prvo, kručasti presek zone pokazuje da ligament među kostima drži krsnu kost okačenu između svake strane karlične kosti, sl. 1 a drugo, zglobovi su prikopčani ograncima karličnih kostiju koje čvrsto drži sinfizu. Zadnji krsno-karlični ligamenti između kostiju su masivni u odnosu na prednji sastavni deo.

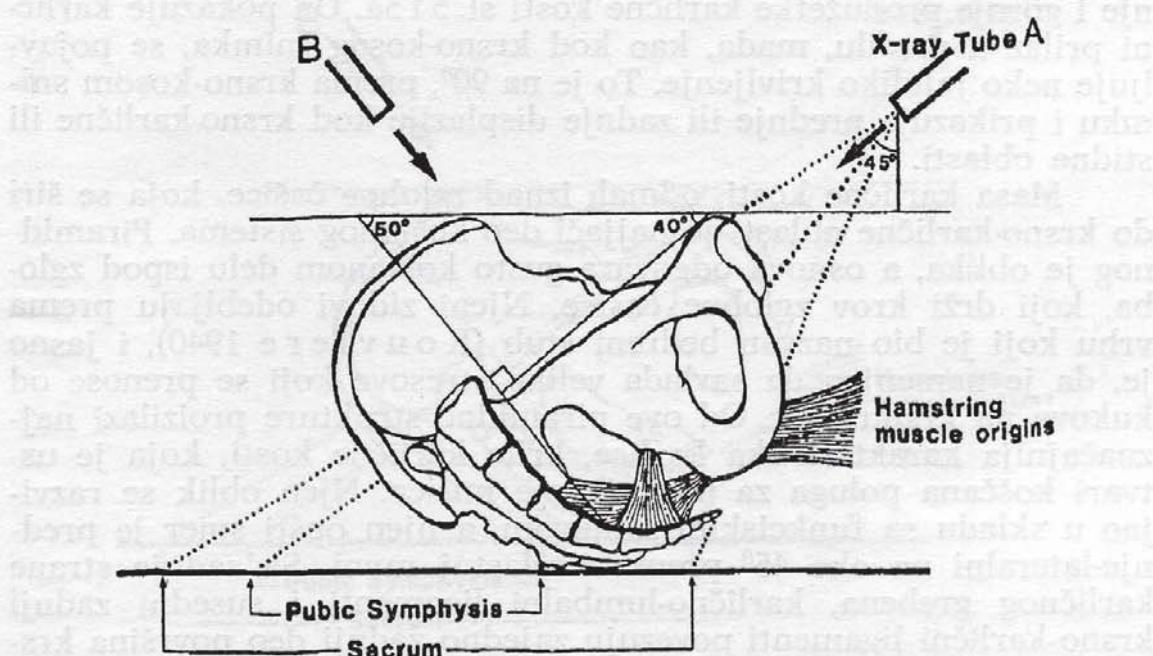
Vraćajući se na antero-posteriorni snimak, sl. 2 očigledno je da se gornja površina nalazi najmanje na 45° u odnosu na upadni zrak — X — koji se češće nalazi više vertikalno. Važna karakteristika je da se ova površina zajedno sa gornjom površinom kriLASTIH dela krsne kosti projektuje na uobičajni antero-posteriorni snimak profila promenljivih stepena. Gornji deo zglobne površine u obliku L i u obliku uveta krsno-karličnog zgloba je usmeren vertikalno. Ocrt koso raspoređenog tela krsne kosti je predstavljen perspektivno u promenljivu razmeru zavisno od stepena njegovog nagiba i od kosog položaja upadnog zraka X. Ako se cev nagne za oko 45° unapred, sl. 3 krsna kost je značajnije projektovana i mogu se utvrditi gornje granice krsno-karličnih zglobova. Ovo je vrlo važno u otkrivanju preloma i iščašenja u njegovoj okolini, dok je obod karlice projektovan tangencijalno. Može da se zove krsno-kosi snimak sl. 4. Prsten mišića stezača, odnosno koštani okvir šupljine mišić — stezača će se, takođe, videti u profilu, ali pojavljuje se znatno krivljenje iz dva razloga. Prvi: glavni snop nije upravan na ploču. To znači da kružna raspodela rasejanih zraka od tačkastog izvora cevi bude raspoređena u oval tako da se senčani izvori koji stoje gore postepeno izdužuju. Ovo krivljenje se takođe pojavljuje kod karličnih krila i kod same krsne kosti. Drugi, sinfiza i povezana kost stoje dosta dalje od ploče nego krsna kost, stoga su prve relativno više uvećane. Ovo se dejstvo može smanjiti dugom razdaljinom cev-ploča na račun manjeg gubitka jasnoće zavisno od snađe aparata za X — zrake. Uopšte, bolje je prihvati nego razumeti oba izvora krivljenja.



Slika 1

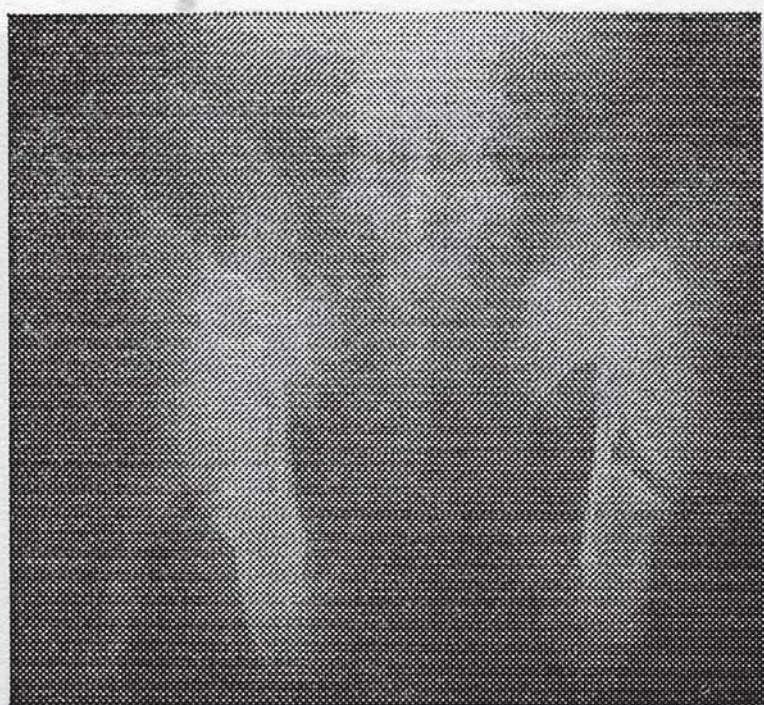


Slika 2



Projection of pubes and sacrum on plane of radiographic plate

Slika 3

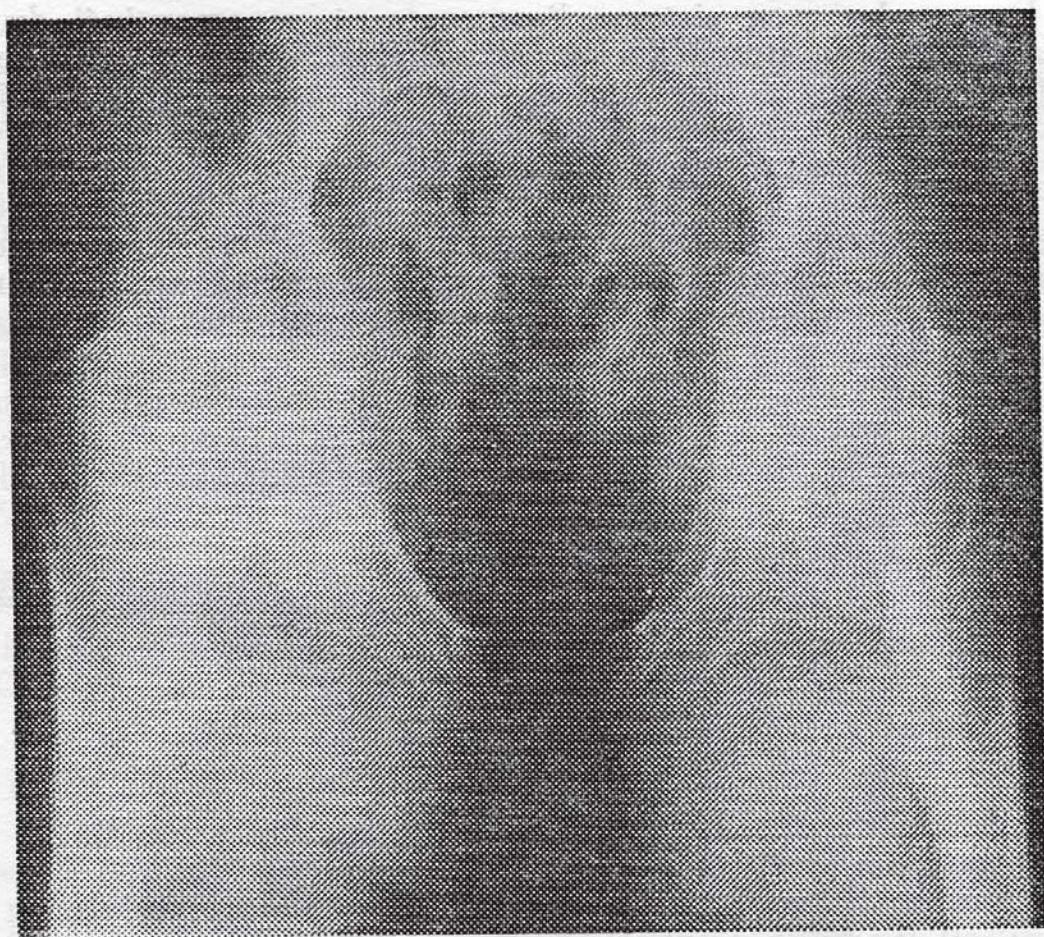


Slika 4

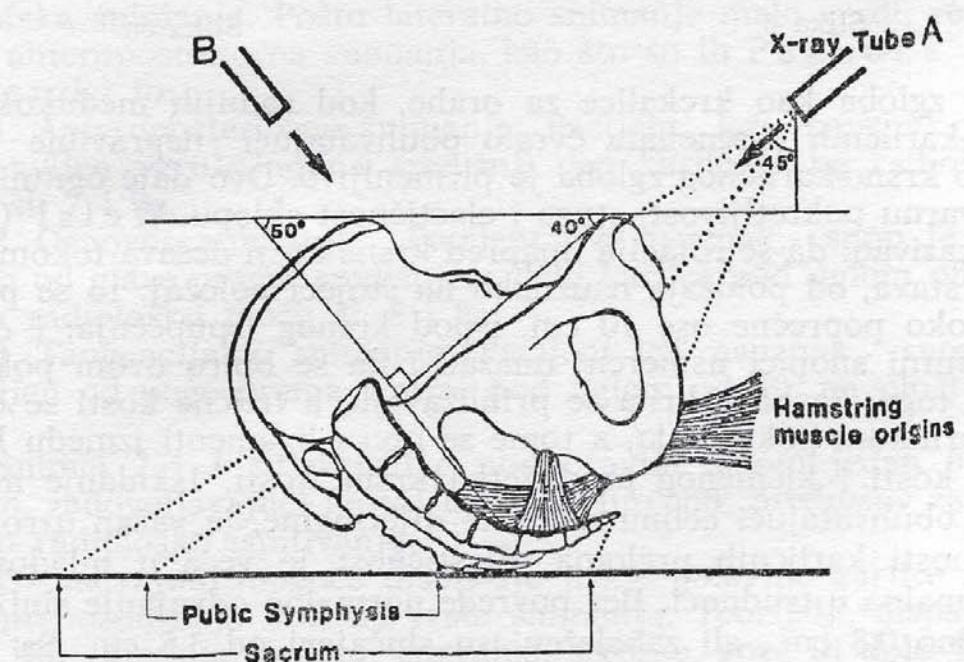
U utvrđivanju preloma karličnog prstena, krsno-kosi snimak je pogodniji za prikazivanje dispalzije (gornje) krsno-karlične oblasti ili preloma krsne kosti, a blizu sinfize vide se »naslagane« displazije koje leže jedna na drugu, nagore ili napred.

Standardni kosi snimak se vrši pomoću cevi usmerenom 45° niže, a srednji snop je uperen na nivo jedne linije koja spaja prednje i gornje produžetke karlične kosti sl. 5 i 5a. On pokazuje karlični prilaz u profilu, mada, kao kod krsno-kosog snimka, se pojavljuje neko jajoliko krivljenje. To je na 90° , prema krsno-kosom snimku i prikazuje prednje ili zadnje displazije kod krsno-karlične ili stidne oblasti.

Masa karlične kosti, odmah iznad zglobne čašice, koja se širi do krsno-karlične oblasti je najjači deo koštanog sistema. Piramidnog je oblika, a osnova odgovara gusto koštanom delu ispod zgloba, koji drži krov zglobne čašice. Njeni zidovi odebljaju prema vrhu koji je bio nazvan bedreni stub (Rouviere 1940), i jasno je, da je namenjen da savlada velike stresove koji se prenose od kukova na krsnu kost. Od ove piramidne strukture proizilazi najznačajnija karakteristika karlice, krilo karlične kosti, koja je ustvari koščana poluga za privezivanje mišića. Njen oblik se razvijao u skladu sa funkciskim zahtevom, a njen opšti smer je prednje-lateralni na oko 45° prema strelastoj ravni. Sa zadnje strane karličnog grebena, karlično-lumbalni ligamenti i susedni zadnji krsno-karlični ligamenti povezuju zajedno zadnji deo površina krsno-karličnog zgloba. U položaju na jednoj nozi, natezanje mišića — odmicača, izvršeno na spoljnu stranu karlice, je preneto na krs-



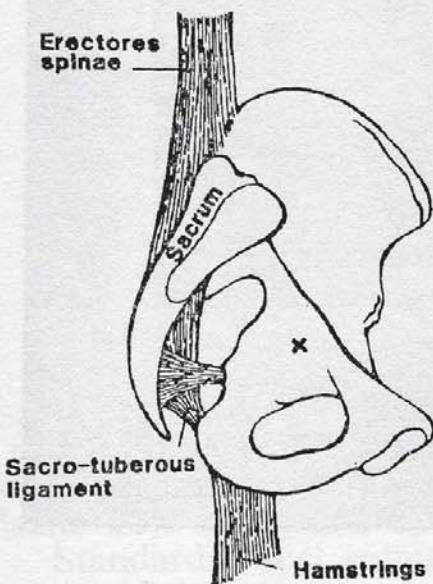
Slika 5



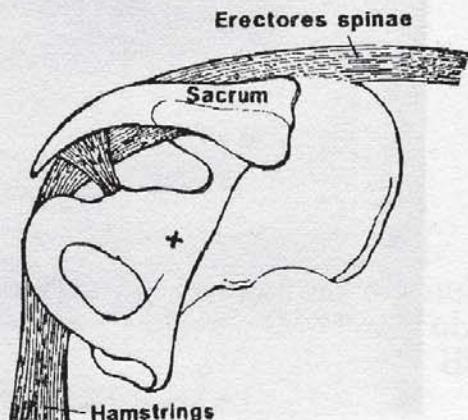
Projection of pubes and sacrum on plane of radiographic plate

Slika 5a

nu kost preko ovog sistema ligamenata, i, zanemarujući druge uticaje, suprotna strana karlice će težiti da se ugiba pod opterećenjem suprotnog donjeg dela na kome se stidna sinfiza odupire. U ovom slučaju stidni sistem je sabijen sl. 1. Međutim, u stojećem stavu na dve noge, pošto su centri rotacije kukova van linija krsno-karličnih zglobova, karlica teži da se širi lateralno tako da je stidni sistem napregnut sl. 1a. Ova dva primera položaja tela su spomenuta da se naglasi da stidni sistem može da bude ili napregnut (»tension«) ili sabijen (»compression«). U jednom ili drugom slučaju, predstav-



Slika 6



Slika 6a

ljanje zgloba kao krckalice za orahe, kod zadnjih međukoštanih krsno-karličnih ligamenata čvrsto obuhvatajući nepravilne ivice masno krsno-karličnog zgloba je primenljivo. Ovo daje ograničenu, ali stvarnu pokretljivost, stoga i elastičnost sklopu. Weis (1954) je pokazivao: da se rotacija unapred krsne kosti dešava tokom promene stava, od položaja nāuznako na stojeći položaj; to se pojavljuje oko poprečne ose 10 cm. ispod krsnog ispupčenja; i da su ligamentni snopići usmereni unazad i da se opiru ovom pokretu. Pored toga, karlična krila se približavaju, a trtične kosti se odvajaju prilikom pokretanja, a tome se opiru ligamenti između kvrge krsne kosti i kičmenog produžetka krsne kosti. Iskidanje mekog tkiva, obuhvatajući celinu međične dijafragme, je važan uzrok nestabilnosti karličnih preloma. Elastičnost je veća u mladosti, a maksimalna u trudnoći. Bez povrede normalno odvajanje sinfize je prosečno 0,8 cm., ali zabeleženi su slučajevi od 3,5 cm. Sa godinama, izmene konfiguracije i stanjivanja zglobnih površina krsno-karličnog zgloba kao i okoštavanje sinfize doprinose gubitku mekoće.

Ligament od krsne kosti do kvrge obezbeđuje drugu kontrolu položaja krsne kosti. Ovaj savijeni, jak sistem, prenosi opterećenje od butne tetine, preko krsne kosti do mišić — dizača kičme, tako da obezbeđuje i začetak velikog zadnjičnog mišića sl. 6 i 6a. Najvodopravni vlastna krsna kosti ometaju krsnu kost i njenu tendenciju da rotira između krsno-karličnih zglobova u strelastoj ravni.

U građi ljudskog kostura, to je opšti princip da su ligamenti strukture koje mogu da zadržavaju položaj tela bez pomoći mišićne kontrole. Ovaj princip se može lako uočiti kod stopala, kolena, kukla i karlice. Produženo stajanje dovodi do umora i nelagodnosti usled natezanja ligamenata i promena stava se izvodi nesvesno, a da bi se izazvala mišićna kontrakcija, i privremeno oslobođilo opterećenje vršeno na ligamentima.

Prelomi karličnog prstena treba da se snime imajući u obzir ove mehaničke pozadine i bolje procenjivanje kroz tri standardna radiografska snimka. Retko su potrebne tomografije i skener snimci CAT-a.

Da bismo radiološki tačno prepoznali šemu displazije potrebna je specijalna radiografska tehnika.

Čom ravan stvarne karlične ivice u anatomsкој ravni stoji ukoso u odnosu na osnovu trupa, zrak uobičajenog radiografa pada prema tome ukoso u odnosu na karlični obod. U cilju da se dobije veće obaveštenje o prednjoj i zadnjoj displaziji karličnog prstena, takođe i od displaziji gore ili dole, potrebna su druga radiografska snimanja. Pošto lateralno snimanje malo vredi, rečitija su tri anteroposteriorna snimanja, kao što su ih Pennal i Sutherland, i to:

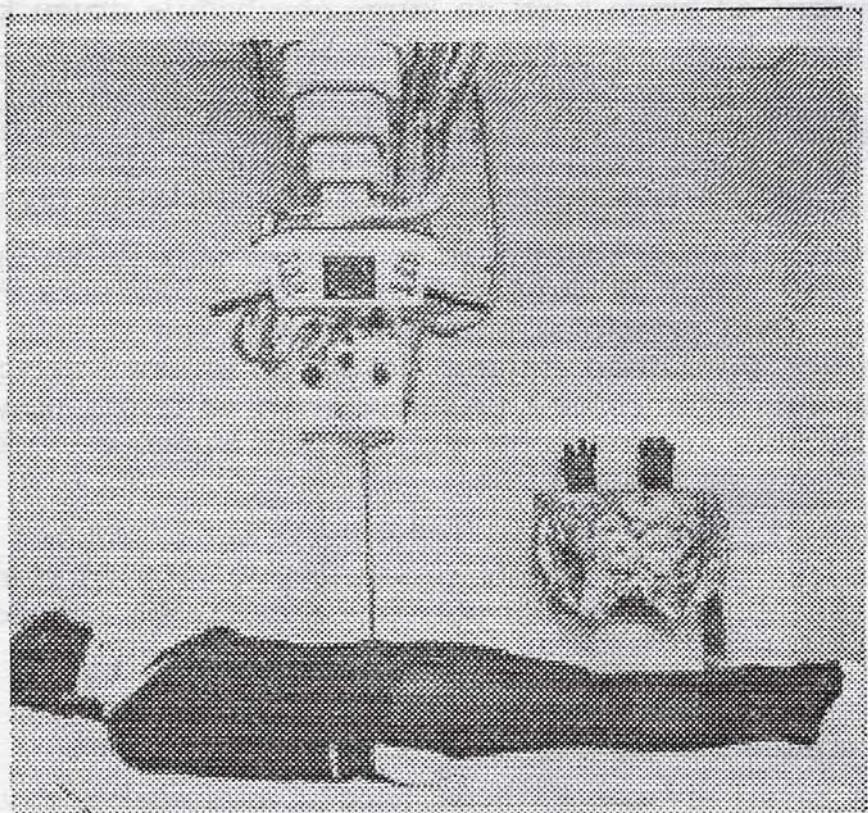
1. Anteroposteriorno snimanje: Pacijent leži nauznak, snop je upravljen vertikalno na središnji deo karlice i na radiološku ploču sl. 7 i 7a.

2. Osnovno snimanje: Pacijent leži nauznak, snop je upravljen od glave prema središnjem delu karlice pod uglom od oko 40° na radiološku ploču sl. 8 i 8a.

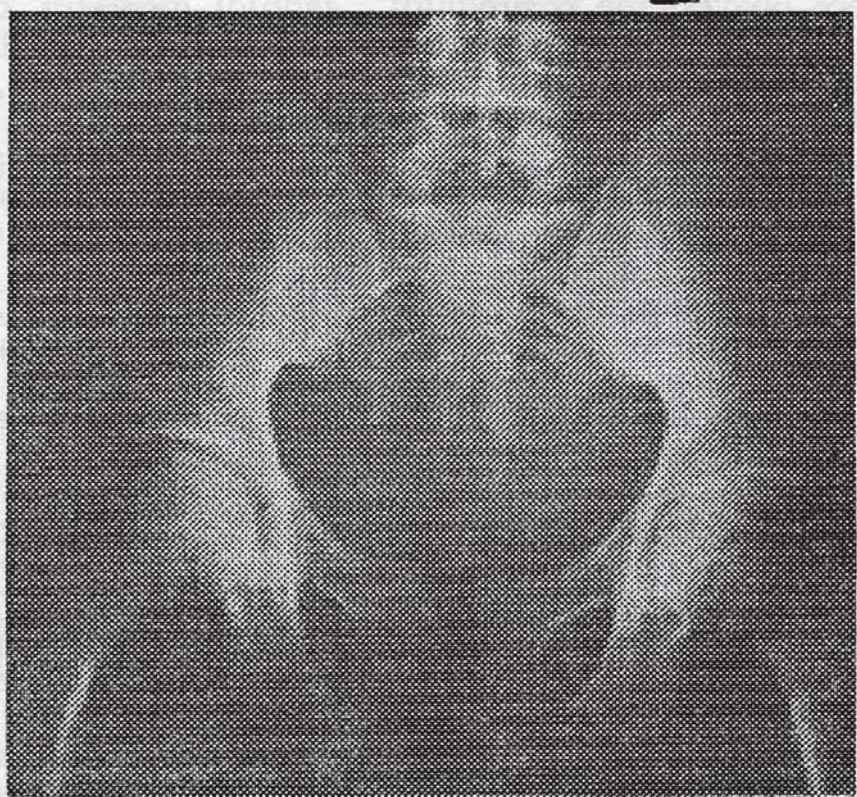
3. Tangencijalno snimanje: Pacijent leži nauznak, snop je upravljen od noge prema sinfize pod uglom od 40° na ploči sl. 9 i 9a.

Snimci 2 i 3 su otprilike pod pravim uglom jedan prema drugim, zadovoljavajući na taj način, delimično, preduslov za adekvatno radiološko ispitivanje.

Posmatrajmo moguće displazije jedne polovine karlice i njihovo prepoznavanje kod tri vrste snimanja. Teorijski, displazije mogu biti: prednje, zadnje, lateralne, srednje, gore ili dole. Može, takođe, da se desi rotiranje oko svake paralelne ili uspravne ose u odnosu na karlični obod. Međutim, upravna osa ide, uobičajno, kroz krsni sastav.

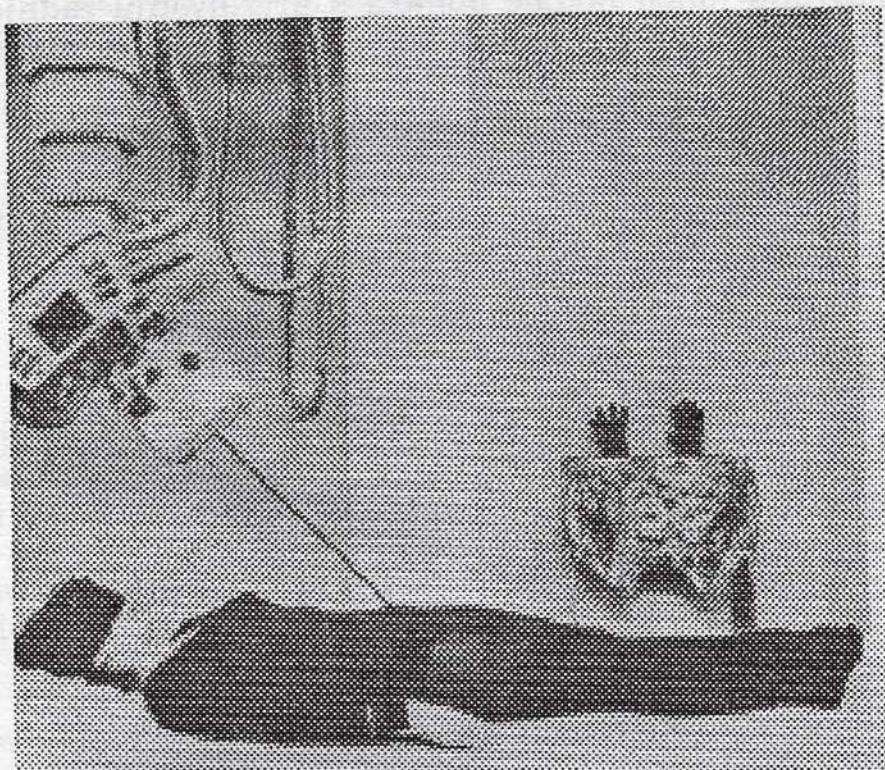


Slika 7

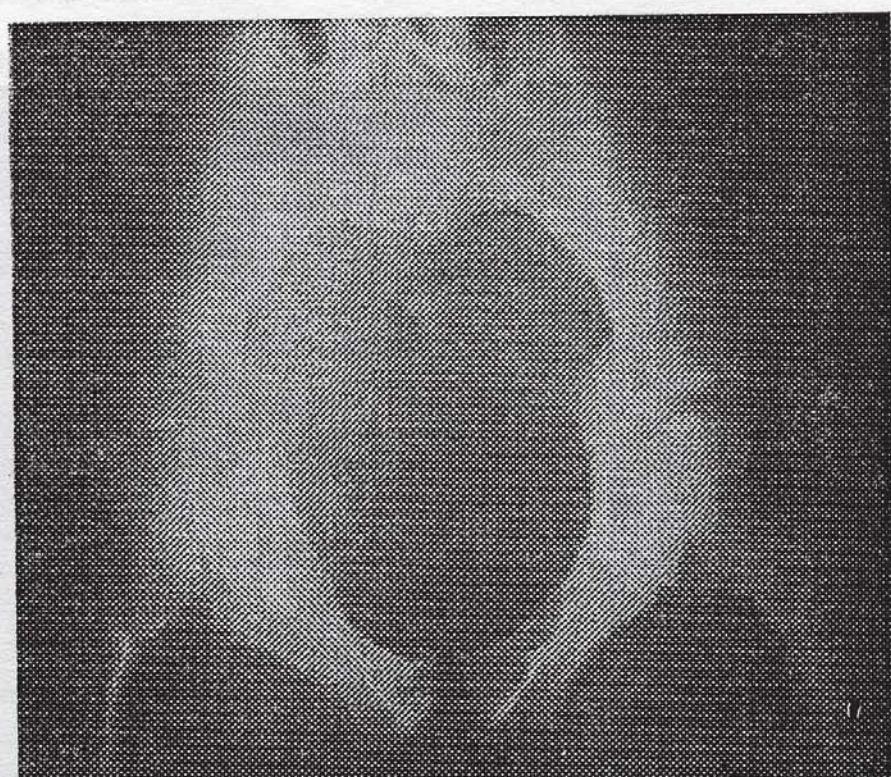


Slika 7a

Osnovno snimanje je korisnije za otkrivanje prave zadnje displazije jedne strane karlice i unutarnjeg ili spoljnog rotiranja prednjeg dela karlice.



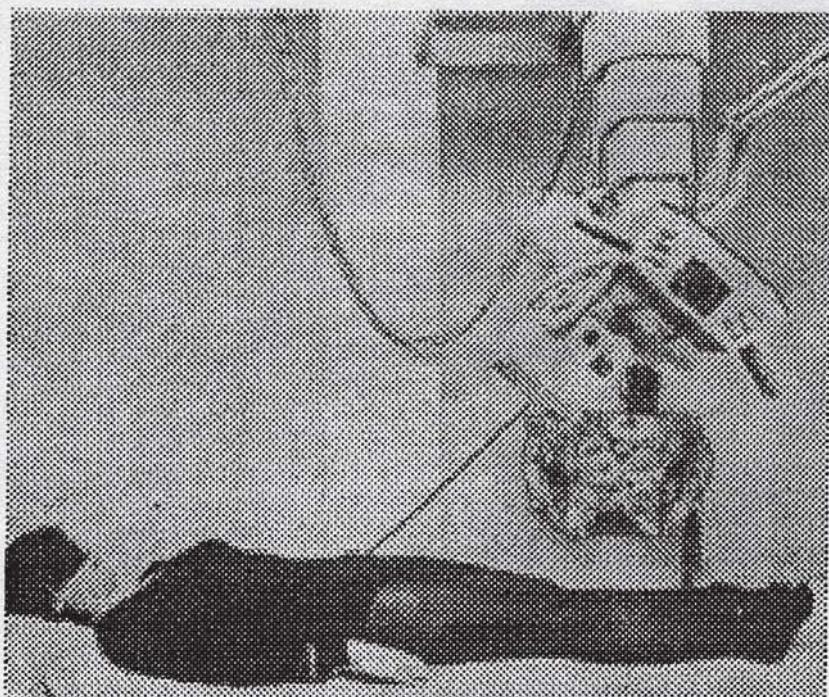
Slika 8



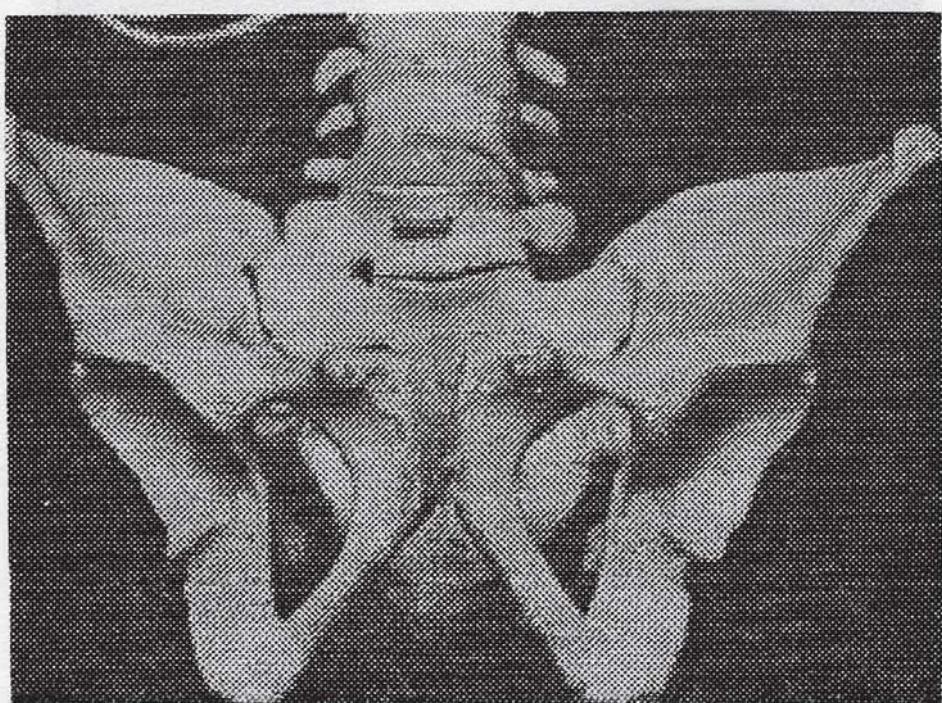
Slika 8a

Tangencijalno snimanje pomaže u otkrivanju gornje displazije zadnje polovine karlice i gornje ili donje displazije prednjeg dela karlice.

Tomogrami mogu takođe pomoći u utvrđivanju zadnje celine sa prelomom i mogu pokazivati veliki prelom kroz otvor krsne kosti.



Slika 9



Slika 9a

U pogledu preloma u predelu zglobne čašice korisno je posmatrati zglobnu čašicu kao da stoji između otvorenih kraka prevrnutog »Y« sastavljenog od dva koštana stuba. Prednji ili »ileostidni« ide ukoso na dole, na unutrašnju stranu i napred, od prednjeg dela gornjeg karličnog grebena do stidne sinfize; zadnji ili »iliotrtični« stub, masivan i debeo, spušta se »repasto« od visine ugla velikog išijadičnog useka do trtične izrasline. Zadnji stub je povezan sa prednjim tačno iznad sredine. Vrh ugla je ispunjen jednim vencem pune kosti koji čini krov zglobne čašice i završni kamen luka.

U cilju radiografskog proučavanja preloma koji zahvataju stubove koji okružuju zglobnu čašicu, dovoljna su 4 radiografske snimke: standardni anteroposteriorni snimak cele karlice u slučaju da ima preloma sa obe strane; standardni anteroposteriorni snimak centriran na oboleni kuk i dva kosa snimka tačno urađeni na 45° . Kosi snimak mišića stezača se dobija kada pacijent leži poklopen i okreće se za 45° od povređene strane. Ovaj snimak stavlja prednji i zadnji karlični produžetak kosti jedan na drugi ali otvara otvor mišića stezača. Kosi snimak karlične kosti se uradi kada pacijent leži poklopen ali okreut za 45° prema obolenoj strani. Snimak ističe karlično krilo, a otvor mišića stezača se ne vidi. Na svakom snimku, oba stuba imaju značajna granična obeležja koja treba, redom, pratiti i proučiti zbog mogućih poprečnih linija preloma na jednom ili više različitih nivoa. Ocenuje se dispalzija ili ne, svakog preloma.

Principi lečenja

Pošto je uvek veći prelom karlice rezultat velike povrede, prva briga lečenja je, očito, opšte stanje bolesnika, odnosno lečenje šoka zbog mogućih dodatnih povreda i raznih komplikacija. Mi nećemo raspravljati o opštem lečenju pacijenta, već ćemo izneti osnovne principe lečenja preloma. Precizna definicija mehanizma povreda, pažljivo uzeta anamneza, fizikalni pregled i proučavanje odgovarajućih radiografija daje mogućnosti za izbor odgovarajuće metode lečenja. Konačno, lečenje preloma zahteva pažljivo planiranje zavisno od analize sile koja je prouzrokovala povredu i od stepena nestabilnosti jedne polovine karlice. Zavisće, takođe, od položaja prednje povrede, bilo u sinfizi stidne kosti, bilo na ogranku stidne kosti; i zadnje povrede, bilo u krsnoj kosti, sakroiliacijskom sastavu ili u karlici. Ako je moguće, i ako opšte stanje bolesnika dozvoljava, treba izvesti protokol lečenja istovremeno sa svakim lečenjem pratećih povreda.

Anteroposteriorni prelomi tipa »otvorena knjiga« sa netaknutim zadnjim sakroiliacijskim ligamentima zahtevaju samo repoziciju preloma (zatvaranje knjige), i imobilizaciju povezom, klasičnim zavojem za prilepljivanjem ili spoljnim koštanim fiksatorima. Ti-

povi od lateralnog pritiska (kompresija) čine sve da se jedna strana karlice zaokreće prema unutra za neki stepen. Ako položaj poklapanja ne ostvaruje spontanu repoziciju polovine karlice, često su potrebni opšta anestezija i primena spoljnih rotacionih sila. Imobilizacija se može da se održi bilo potpunim ležanjem u krevetu uz vučenje preko zapinjača nad zglobovima butne kosti ili spoljnim fiksatorom. Jako nestabilni tipovi preloma od vertikalnog smicanja mogu lako da se nameste vučenjem, ali održavanje repozicije je teško. Srastanje preloma može da se produži zbog nestabilnosti jedne strane karlice i poželjan je neki stepen kompresije kroz zadnji prelom raznim oblicima spoljnog fiksatora.

Zaključak

Prelomi karličnih kostiju su ozbiljne povrede sa značajnim mortalitetom i morbiditetom. Poznavanje morfologije karlice uz primenu precizne radiološke tehnike utvrđujemo sile koje prouzrokuju prelome karlice. Radiološki pregled podrazumeva antero-posteriorna, osnovna i specijalna snimanja.

Ove složene povrede često se javljaju kod vrlo teških bolesnika i zahtevaju individualno lečenje. Većina preloma karlice, su relativno stabilni i mogu da se leče jednostavnim tehnikama.

LITERATURA:

1. **Batinica J.:** Komplikacije preloma zdjelice. Lij. Vjesnik 98:82, 1955.
2. **Benčić J.:** Fractura, Prijelomi karlice, Medicinska enciklopedija IV, 224, Jugoslovenski leksikografski zavod, Zagreb, 1960.
3. **Bošković M.:** Anatomija čoveka, Medicinska knjiga Beograd—Zagreb, 1984.
4. **Christopher, S.:** Hirurgija, Savremena administracija, Beograd 1973.
5. **Kevin G., Looser H., Cromble D.:** Pelvic fractures. Am. J. Surg. 5:638. 1976.
6. **Larson C. B.:** Fracture dislocationes of the hip. Clin. orthop. 92:147. 1973.
7. **Letournel E.:** Acetabulum Fractures Clasification and Management. Clin. Orthop. 151:81—106
8. **Mc Donald G. A.:** Pelvic dissruptiones in chldern. Clin. orthop. 151:130—134. 1980.
9. **Pennal G. et all.:** Pelvic disruption: Assessement and classificationes Clinical Orthopedics and Related-Research, 151, 22—30, 1980.
10. **Stojanović K. V.:** Ratna hirurgija II, »Privredna štampa« Beograd, 1979.
11. **Vikić i sarad.:** Prelomi zdjelice, njihova dijagnostika, lečenje i konačni rezultati lečenja. II posdiplomski tečaj iz kirurgije, 51:85, Zagreb 1977.
12. **Watson-Jones, R.:** Fractures and Joint Injuries, Churchill, Livingstone, Edinburgh, 1976.

Značajno i uvek aktuelno pitanje glasi: „Kako omogućiti najbrže, i istovremeno i bezopasno, zaceljivanje ulkusne niše delovanjem na lučenje HCl u želucu?“

O m e p r a z o l dovodi do dugotrajne supresije sekrecije želudačne kiseline inhibirajući protonsku pumpu (H^+ , K^+ -ATP-aza) parijetalne ćelije želuca. Ovakav mehanizam delovanja u završnom stadijumu sekrecije kiseline omogućava najefikasniji način inhibicije lučenja HCl jer je nezavisan od tipa primarnog stimulansa.

OMEPROL®
OMEPRAZOL
kapsule od 20 mg

- Prvi antiulkusni lek iz grupe inhibitora „protonске pumpe“
- Novi mehanizam dejstva koji se razlikuje od svih do-sadašnjih lekova
- Najsuperiorniji kod zaceljivanja i bola u duodenalnom i gastričnom ulkusu
- Efikasan i kod ulkusa rezistentnih na dugotrajanu terapiju antagonistima H_2 receptora
- Dvostruko efikasniji u terapiji refluksnog ezofagitisa od antagonistika H_2 receptora
- Neprikosnoven u terapiji Zollinger-Ellisonovog sindroma
- Bez klinički značajnih neželjenih dejstava
- Doziranje — jednom dnevno.

Terapija omeprazolom je neuporedivo najefikasnija u odnosu na sve do sada primenjivane lekove.



ZDRAVJE - LESKOVAC

Stalni neugodni problem u lečenju bakterijskih infekcija je svakako bakterijska rezistencija i ona predstavlja snažan stimulus za pronađenje novih i moćnijih hemoterapeutika.

CIPROCINAL® – 250

CIPROFLOKSACIN tablete

Novi hlinolonski hemoterapeutik sa najjačim baktericidnim delovanjem.

- Široki spektar delovanja na gram-negativne i gram pozitivne patogene bakterije
- Jača baktericidna aktivnost od penicilina, cefalosporina i aminoglikozida
- Baktericidno deluje u fazi rasta i mirovanja bakterija
- Izuzetno efikasan u lečenju infekcija izazvanih *Pseudomonas aeruginosa*
- Dobra distribucija i u slabo vaskularizovanim tkivima
- Nema ukršteno reakcije sa penicilinima, cefalosporinima i aminoglikozidima
- Doziranje dva puta dnevno uz minimum neželjenih efekata



ZDRAVSTVENI INSTITUT – LESKOVAC

Čakova se ovačko, moguće je da se može dijagnosticirati i način
čist CIBA-jeve dozove u raznim oblicima, ali i u obliku
čistih i nečistih. Dijagnostika je teška, ali i učinkovita, ali
ako se ne uspešno, tada je potrebno da se obave
čist CIBA-jeve dozove u raznim oblicima.

AKUTNE INTOKSIKACIJE KAO AKTUELNI PROBLEM ZDRAVSTVENE ZAŠTITE DECE

ACUTE INTOXICATIONS AS A TOPICAL PROBLEM OF THE CHILDREN'S HEALTH PROTECTION

Vitomir RANGELOV

Dečje odeljenje, Bolnica u Leskovcu

REZIME

Akutne intoksikacije dece zauzimaju sve važnije mesto u morbiditetu i mortalitetu, i po nekim autorima predstavljaju problem XX veka.

Činjenica da 90—95% svih intoksikacija dece nastaje zbog nepažnje i nedovoljne brige roditelja, govori da su mogućnosti za preventivne mere veoma velike. Brza dijagnostika, kao i dobro isplaniran i unapred uvežban redosled terapijskih mera su garancija uspešnog zbrinjavanja otrovanih.

SUMMARY

The acute intoxications of the children occupy the increasingly important place both in the morbidity and in the mortality and, according to some authors, constitute the twentieth-century problem. The fact that from 90 to 95 per cent of all the intoxications in children arise from the inattention and insufficient care of the parents speaks about the very great possibilities of taking the preventive measures. The quick diagnostics as well as the properly planned and in advance trained order of the therapeutical measures are a guarantee of the sucessful caring for the intoxicated.

Uvod

Među nesrećama koje su civilizacija i tehnika donele deci prvo mesto zauzimaju trovanja i saobraćajne nezgode. Na listi tipičnih udesa u raznim razdobljima života, trovanja su u prvoj godini života na 3. mestu od 2—4 godine na 4. mestu. 90% svih trovanja dešavaju se u dece ispod 5 god. Trovanja se nalaze na četvrtom mestu najčešćih uzroka smrti u dece. Međutim, zajedno sa drugim udesima nalaze se čak na prvom mestu uzroka smrti u dece od 2—4 godine. Najveći broj žrtava je u dece između 18 i 24 meseca (5, 9, 11).

Američki toksikolog Arena (1) navodi da u SAD svake godine umire preko 1500 dece zbog trovanja.

Broj potencijalnih otrova na našoj planeti odavno je prešao cifru od 250000, a svake godine se pušta u promet oko 40000 takvih preparata koji se koriste u poljoprivredi, zanatstvu i domaćinstvu (9).

Kudrin i sar. (7) navode da je danas u svetu poznato oko 5000 lekovitih supstanci, one se nalaze u prometu u vidu 50000 preparata, a oko 500 od njih mogu oštetiti hematopoetske organe, jetru i bubrege.

Poznato je da skoro u svakoj kući postoje čitave male »apoteke«; prema jednoj anketi (9) prosečno se u jedno gradsко domaćinstvo unese oko 25 pakovanja lekova godišnje, a u seosko oko 12 pakovanja lekova.

Sve ovo izlaže decu, naročito predškolsku, velikoj opasnosti od trovanja, koja su u svim zemljama u porastu (5, 9, 11). Ne-prekidnom porastu broja trovanja pogoduje niz faktora (3, 6, 10, 11):

- nagla industrijalizacija i urbanizacija;
- veliki broj potencijalnih otrova koji je u korelativnoj vezi sa stupnjem civilizacije;
- sve šira primena hemijskih agrotehničkih sredstava na selu, kao i sve šira primena hemijskih sredstava u domaćinstvu;
- puštanje u promet novih otrova;
- nedovoljna briga o deci;
- nedovoljno zdravstveno prosvećivanje;
- skučeni stanovi, prezauzeti roditelji i dr.

Prema statističkim podacima 90—95% trovanja u dece su posledica nepažnje i nedovoljne brige roditelja, koji ostavljaju lekove i druge hemijske preparate na mesta dostupna deci.

Uporedo sa porastom učestalosti i težine trovanja u dece, raste i letalitet. U raznim zemljama letalitet se kreće između 0,4 i 1,9% (9).

Veoma zabrinjava činjenica da je broj dece koja umiru od udesa posle prve godine, veći od zbira smrtnih slučajeva zbog malignih oboljenja, kongenitalnih malformacija, bolesti srca i infekcija.

Zbog svega toga, intoksikacije u dece postaju sve aktuelniji socijalno-medicinski problem, i u njegovo rešavanje treba uključiti: roditelje, prosvetne radnike, lekare opšte prakse, pedijatre, patronažne sestre, kao i celo društvo.

Cilj i metod rada

Cilj rada je prikazivanje učestalosti i okolnosti trovanja dece, kao i razmatranje socijalno-ekonomskih i drugih faktora koji su od važnosti za epidemiologiju trovanja.

Pored toga, namera je bila da se ukaže na teškoće u dijagnostici trovanja i da se analizira terapijski pristup čiji uspeh osigurava permanentna edukacija lekara.

Uz to, trebalo je pokazati da su mogućnosti za prevenciju trovanja veoma velike.

U pomenute svrhe korišćena je metoda retrospektivne analize istorija bolesti dece od 0—14 godina, koja su lečena u Dečjem odeljenju Bolnice u Leskovcu, pri čemu su uzeta u obzir dva perioda od po tri godine (1967—1969 i 1976—1978) sa razmakom između njih od oko 7 godina, a treći period čine tri poslednje godine (1979—1981).

Uz pomoć podataka iz savremene literature učinjen je pokusaj da se usaglase neki kontroverzni stavovi u tretmanu intoksikacija dece.

Naš materijal

Poznato je da su u celom svetu trovanja kod odraslih u opadanju, a trovanja kod dece u porastu (5, 9, 11, 12).

Slična je situacija i na subregionu Leskovac, kome gravitira područje od oko 2770 kvadratnih kilometara, sa oko 300000 stanovnika, čiji pretežni deo čini seosko stanovništvo. U tabeli 1 prikazani su broj i vrsta trovanja lečenih u Dečjem odeljenju u Leskovcu. Uzeta su dva perioda od po tri godine, sa razmakom između njih od oko sedam godina, a treći period čine tri poslednje godine (1979—1981). Strogo uzev, sa statističke tačke gledišta, takvo prikazivanje je neuobičajeno, ali smatram da je korisno, jer pruža mogućnost za upoređenje. Za ukupno 9 godina lečeno je 317 trovanja u dece. Može se reći da je i kod nas, uz neznatne varijacije, broj trovanja u porastu, što se odnosi pre svega na lekove i hemijske materije. Trovanja alkoholom, koja su počela da opadaju, ponovo su u porastu.

Tabela 1. Broj trovanja lečenih u Dečjem odeljenju — Leskovac

god.	ukupno	hem.	mat.	lekovi	alkohol	otrovne	biljke
1967	34	9		15	10	—	
1968	25	8		9	8	—	
1969	37	9		14	9	5	
1976	39	14		14	9	2	
1977	33	12		13	5	3	
1978	31	9		11	7	4	
1979	34	10		14	10	—	
1980	41	15		17	9	—	
1981	43	10		23	10	—	

U poslednje tri godine nismo imali trovanja otrovnim biljkama. Napominjem da su od lekova najčešće u pitanju apaurin i njemu srodnii preparati, a od hemijskih materija-pesticida, posebno etiol, razređivači za boje, koncentrovana sircetna kiselina i dr. U vezi sa alkoholom, u nekim našim krajevima postoje dve štetne zablude: a) da vino treba davati muškoj deci da budu bolji »muškarci«; b) da prva rakijska koja potiče iz kazana, tzv. »patoka«, nije štetna, što je upravo obrnuto.

Analiza epidemiologije trovanja

Za uspešnu borbu protiv trovanja potrebno je ne samo precizno registrovanje svih slučajeva trovanja, nego i detaljna analiza uzroka i načina trovanja, odnosno uticaja brojnih faktora životne sredine. U mnogim zemljama, gde postoje centri za intoksikacije, takve analize se redovno prave i objavljaju. U nas, zasada, još nema sistematskog izučavanja trovanja u dece.

Scherz (9) ovako određuje korelaciju između uzrasta deteta i mogućnosti, odnosno potencijalne opasnosti, da ono dođe do otrova: odojče stavlja sve u usta, dete od 1—2 godine vadi sve iz ormana, dete od 3 godine ume da otključava i da zaviri svuda, dete od 4 godine je »pažljivije« i uzima samo slatke stvari, a tek dete posle 4. godine može da shvatí, odnosno može mu se objasniti opasnost od trovanja.

Što se tiče distribucije trovanja prema uzrastu, svi autori (2, 5, 9, 11, 12) se slažu da su najčešće u pitanju deca do pet godina, što se objašnjava njihovom velikom aktivnošću i radoznanalošću, pri čemu su osobito izložena opasnosti deca do 3 godine, kod kojih se javlja 50—62% svih trovanja u dece. Treba napomenuti da između 12 i 13 godine dolazi do lakog porasta trovanja što je u vezi sa suicidalnim pokušajima u pubertetu (9).

Dečaci su češće žrtve trovanja od devojčica — odnos je 6:4 — jer su dečaci daleko više aktivniji od devojčica (9).

Suprotno nalazima drugih autora, u pogledu trovanja nije nađena bitna razlika između dece sa sela i iz grada.

Sezonska distribucija trovanja pokazuje najveću učestalost u toplim mesecima (maj—jun) oko 20%, što se objašnjava popuštanjem nadzora odraslih nad decom u tim mesecima, pri čemu ona više lutaju sama. Objašnjenje za lak porast u oktobru je trovanje gljivama.

Najveći broj trovanja događa se u subotu i nedelju (po 20%), a zatim u ponедeljak (oko 14%). Ovo je lako objasniti ako se uzme u obzir da zapošljena majka koristi subotu popodne i nedelju da počisti i spremi stan, pri čemu popušta nadzor nad decom. Tako je objasniti veću učestalost trovanja u ponedeljak.

Distribucija trovanja prema časovima dana i noći ima sledeće karakteristike (9): najveći broj trovanja (oko 25%) dogodi se

između 11 i 12 časova i između 17—18 časova (oko 20%), a zatim oko 8 časova ujutru (oko 8%). Ovakva raspodela, uglavnom, se poklapa sa pojavom fiziološke hipoglikemije, odnosno sa vremenom kada su deca gladna (9).

Podaci o najčešćem mestu gde deca nalaze otrov razlikuju se kod raznih autora; ipak deca iz grada otrov najčešće nalaze u kuhinji, što čini 30—62% svih trovanja (1,9), a deca sa selu u 15—20% slučajeva nalaze otrov u dvorištu (9). Činjenica da je kuhinja najčešće mesto trovanja objašnjava se navikom da kuhinja bude i ostava, odnosno sa pojavom da deca najveći deo dana provedu u kuhinji.

Jedna anketa pokazuje da se kućna apoteka može naći samo u 25% gradskih i samo u 5% seoskih domaćinstava (9). Treba znati da se kućna apoteka najčešće nađe kod penzionera i prosvetnih radnika, a najređe u kućama inženjera, tehničara i zdravstvenih radnika.

Porast kombinovanih trovanja lekovima (dva ili više leka) objašnjava se ružnom navikom da se lekovi čuvaju na više mesta u kući.

Posebno neodgovorno, što se odnosi naročito na seoska domaćinstva, čuvaju se alkoholna pića, a zatim razredilač, pesticidi i dr.

Može se reći da 95% trovanja u dece nastaje usled akcidenta, a samo 4% su kriminalna trovanja (pokušaj samoubistva); na našem materijalu nemamo pouzdano dokazane pokušaje ubistva.

Sumirajući naša skromna iskustva o strukturi trovanja kod dece, mogu se dati sledeći podaci: na prvom mestu su trovanja lekovima (41%), zatim trovanja hemijskim materijama (30%), pa trovanja alkoholom (24%) i na kraju trovanja otrovnim biljkama (5%).

Razumljivo, ovde nisu mogli da se obuhvate svi faktori životne sredine koji utiču na pojavu trovanja u dece.

Isto tako nisu mogli da se iznesu pouzdani podaci o vremenu proteklom od momenta trovanja do hospitalizacije, što bi govorilo kako o stepenu zdravstvene prosvećenosti roditelja, tako i o efikasnosti zdravstvene službe. A poznato je da se najčešće, sudbina otrovanog deteta rešava u prvim momentima posle trovanja.

Identifikacija otrova — postavljanje dijagnoze

Akutne intoksikacije u dece su jedan od najvećih problema urgentne pedijatrije. Potreba da se otrovanom detetu što hitnije pruži adekvatna pomoć ne trpi odugovlačenje u postavljanju dijagnoze, odnosno u identifikaciji otrova. Da bi se izbegla konfuzija i brzopletost, najbolje je da se unapred isplanira ceo dijagnozni postupak.

Najčešće su dobro uzeti anamnestički, odnosno heteroanamnestički podaci dovoljni za postavljanje dijagnoze. Međutim, u izvesnim slučajevima dijagnoza nije laka, pa na akutno trovanje treba uvek posumnjati kada u deteta nastane nagli poremećaj funkcije vitalnih organa, a pravi uzrok se ne može odmah otkriti (13).

Posle brzog uzimanja anamnestičkih, ili češće heteroanamnestičkih podataka, uz pomoć preglednih tabela gde su prikazane praktično netoksične (tabela 2), ili neznatno toksične supstance (tabela 3), treba se orijentisati da li su urgentne mere uopšte potrebne, odnosno da se bez prave potrebe ne alarmira odgovarajući stručni tim (iskusni pedijatar, mlađi lekar, sestre, laboranti, eventualno konsultanti raznih profila).

Tabela 2. Praktično netoksične supstance

mastilo	ruž za usne
glina za modeliranje	losion i krem za ruke
olovke (i u boji)	losion i krem za brijanje
hem. olovka	šampon
kreda	puder za lice
kanc. lepak	lak za nokte
baterije (suve)	zubna pasta
sveće	živa iz termometra
deterdženti	kit
sapun	kutija za žibice
»makeup« za oči	saharin
novine	ciklamat

Ako se radi o neznatno toksičnim supstancama, koje tek u većim količinama mogu dati simptome od gastrointestinarnog i nervnog sistema, takvo dete treba primiti i opservirati.

Tabela 3. Neznatno toksične supstance

- losion »posle brijanja«
- dezodorans
- kolonjska voda
- parfemi
- boje za kosu
- lak za kosu
- omekšivači rublja
- parketna mast
- autošampon
- pasta za cipele
- šibice (više od 20 drvenih)

Ako zaključimo da se radi o otrovu, moramo brzo uočiti dominantne simptome, jer i klinička slika može biti od koristi za etiološku dijagnozu akutnog trovanja (13).

U identifikaciji otrova mogu nam pomoći i tabele na kojima su pregledno prikazani otrovi koji daju miozu (tabela 4), ili midrijazu (tabela 5).

Tabela 4.

Trovanja koja daju miozu

- organofosforna jed.
- gljive (muskarin)
- reserpin
- barbiturati
- nikotin
- kofein
- prostigmin

Tabela 5.

Trovanja koja daju midrijazu

- atropin i sl.
- adrenalin i sl.
- antihistaminici
- tofranil i sl.
- DDT i sl.
- alkohol
- CO

Mnogi otrovi dovode do promene frekvence srčanog rada, odnosno jedni dovode do bradikardije (organofosforna jedinjenja, gljive koje sadrže muskarin, digitalis, hlinidin, barbiturati), a drugi do tahikardije (atropin, adrenalin, alkohol, kofein), pa i o tome treba voditi računa u procesu identifikacije otrova.

Jednostavne hemijske probe takođe nam mogu pomoći pri identifikaciji otrova (tabela 6). Ovde su navedene samo tri, a u literaturi se mogu naći daleko više (9).

Tabela 6. Jednostavne probe za dokazivanje otrova

BARBITURATI

- 2—3 ml urina
- 1 ml 10% formalina
- 4 ml konc. sumporne kiseline
- zagrevanje
- boja pregorelog šećera

TOFRANIL

- 1—2 ml urina
- reagens
- zelena boja

ORGANOFOSFORNA JEDINJENJA

- 2—5 ml urina
- nekoliko kapi NaOH
- žuta boja se pojačava zagrevanjem

Atlasi sa kolor-fotografijama gljiva mogu nam pomoći pri identifikaciji otrovnih gljiva.

Treba spomenuti i tzv. »atropinski test«: ako se i.m. jedno-kratno dâ dnevna doza atropina koja odgovara uzrastu, i ne ispolje se znaci predoziranja (midrijaza, rumenilo lica, suvoća usta), može se smatrati da je u pitanju trovanje organofosfornim insekticidom.

Kontroverze pri tretmanu akutnih intoksikacija

O redosledu hitnih terapijskih mera ne postoji potpuna saglasnost. Najčešće se radi o timu, u kojem se, putem pravilnog rasporeda poslova, više urgentnih mera sprovodi istovremeno, kako bi se otrovanom detetu što hitnije pružila adekvatna pomoć. Stoga je neophodno unapred brižljivo isplanirati i uvežbati terapeutski postupak (tabela 7).

Tabela 7. Shema za lečenje otrovanih

1. odstranjivanje otrova
(digest. trakt, koža, sluzokoža)
2. održavanje vitalnih funkcija
(reanimacione mere)
3. davanje antidota
4. eliminacija već resorbovanog
otrova (forsirana diureza, hemodializna, EST)

I o drugim aspektima u tretmanu akutnih intoksikacija ne postoje usaglašeni stavovi, a to se pre svega odnosi na provočano povraćanje i lavažu želuca.

Silver i sar. (14) tvrde da je indukovano povraćanje efikasnije od gastrične lavaže i preporučuju da se ispiranje ograniči samo na slučajeve gde je emetična terapija kontraindikovana.

Ipak, mi prihvatomo mišljenje onih autora koji kažu da je blagovremeno ispiranje jedna od najefikasnijih mera, pa se tako u praksi i ponašamo (2, 4, 6, 12). Ideja-vodilja u našem radu je poznati stav (9): Blagovremeno urađena lavaža želuca, makar i od najneiskusnijeg lica, je efikasnija od najmodernijih aparata, primenjenih od najiskusnijeg lekara, ali kasno.

Iz navedenog se vidi da jedni autori daju prednost provočiranom povraćanju, a drugi lavaži želuca. U suštini najbolje je ujediniti obe procedure — tokom pripreme za ispiranje želuca, treba provocirati povraćanje, kao najbržu prvu pomoć. Ni u kom slučaju ne treba se zadovoljiti anamnističkim podacima o jednočatnom povraćanju, koje obično ne dovodi do izbacivanja otrova.

Takođe, ne postoji saglasnost raznih autora o preimcućstvima ipeke i apomorfina u provočiranju povraćanja. U suštini, na ipeku ne može da se računa, jer ne daje 100% uspeha, a apomorfina (isto kao i morfin) može da dovede do depresije disanja. Ni ipeku, ni apomorfina, većina autora ne daje, a i mi ih u praksi ne koristimo. Za provočiranje povraćanja najčešće detetu dajemo da popije čašu mlake vode u koju je dodato 3 kašičice kuhinjske soli, onako kako to preporučuje Moeschlin (9).

Ni o kontraindikacijama za ispiranje želuca nema jedinstvenog stava. Većina smatra da je ispiranje želuca kontraindiko-

vano u sledećim slučajevima: a) kod komatoznih stanja i konvulzija — zbog opasnosti od aspiracije; b) kod trovanja isparljivim materijama (gas, benzin) zbog opasnosti od udisanja pri povraćanju; c) kod trovanja korozivnim otrovima zbog opasnosti od perforacije jednjaka ili želuca. Ali, navedene kontraindikacije treba da se procene kritički, za svaki slučaj posebno. Postoje autori koji ne priznaju absolutne kontraindikacije za ispiranje; ako nije prošlo više od 30 minuta od uzimanja korozivnog otrova ispiranje se može oprezno uraditi, ili konvulzije su samo znak da se ispiranje odloži do njihovog smirivanja, a ne da se odbaci.

Iako pri ispiranju može doći do određenih nezgoda (sonda zaluta u disajne puteve ili se zapuši, aspiracija, krvavljenje iz nosa i dr). ipak je ono jednostavna i korisna procedura, koja se obično radi u stacionarnoj ustanovi, ali se može uraditi u svakoj, pa i u jednostavno opremljenoj ambulanti.

Treba napomenuti da se kod odojčeta radi ispiranja može jednokratno ubaciti 50—100 ml tečnosti, kod predškolskog deteta 150—200 ml, a kod školskog 200—300 ml (2, 9).

Ostale hitne terapijske mere

Napred je bilo reči o prvoj fazi lečenja otrovanih, odnosno o odstranjivanju otrova, što se najčešće postiže provočiranim povraćanjem i lavažom želuca.

Iako na tabeli 7. reanimacione mere čine drugu fazu lečenja otrovanih, treba naglasiti da one zauzimaju najvažnije mesto u redosledu hitnih terapijskih mera. Štaviše, zbrinjavanje otrovanih započinje se intenzivnom reanimacijom i ona se sprovodi u svim fazama lečenja otrovanih.

Na ovom mestu ne može se govoriti o detaljima intenzivne reanimacije (uspostavljanje prohodnosti gornjih disajnih puteva, sprečavanje zapadanja jezika, veštačko disanje i spoljna masaža srca, korekcija cirkulatornih, vodenoelektritolitnih, acidobaznih i termoregulacionih poremećaja, simptomski lekovi) (13), ali se mora naglasiti da je stalni imperativ tokom zbrinjavanja otrovanih — održavanje vitalnih funkcija.

Davanje antidota, kada postoje, kao i drugih simptomskih lekova, je urgentna terapijska mera (8). Pregled nekih otrova i njihovih antidota dat je na tabeli 8.

Veoma je korisno ako za određeni otrov postoji antidot koji se može blagovremeno primeniti. Iako za sve otrove ne postoje antidoti, ipak je broj poznatih antidota veliki, pa se svi ne mogu spomenuti u jednom ovakovom radu. Treba reći da se mnogi antidoti ne mogu naći na našem tržištu. Stoga će biti obuhvaćeni samo oni koji se češće koriste, i to uz navođenje precizne doze (tabela 9).

Tabela 8. Otrovi i specifični antidoti

alkaloidi belladone	physostigmin, pilocarpin
acetaminofen	N-acetilcistein
cijanidi	Na-thiosulphat i dr.
dicumarol	vitamin K
fenotiazini	bemegrid i dr.
gvožđe	desferal
methemoglobin. trovanja	metil-plavo, vitamin C
narkotici	levalorfan i dr.
organofosf. insekticidi	atropin, pralidoksim
teški metali	BAL, EDTA i dr.

Tabela 9. Doze antidota

N-acetilcistein	140 mg/kg oralno, i. v. 70 mg/kg za održavanje
Physostigmin	0,5 mg pro dosi, brzo, za 2 minuta, i. v.
Na-thiosulphat 10%	1,35 mg/kg i. v.
Vitamin K	5 mg i. m., i. v.
Bemegrid	1 mg/kg i. v. polako, ponavlja se na 10—15 minuta, do buđenja
Desferal	15 mg/kg i. v., i. m., razređen sa 5% glikozom, ponavlja se na 4 h do doze od 80 mg/kg
Metilenko plavo 1%	0,1—0,2 ml/kg i. v.
Atropin	0,05—0,1 mg/kg, ponavlja se na 10—15 minuta, do atropinizacije
Pralidoxim	20—50 mg/kg i. m., i. v. polako, može se ponoviti posle 3—8h, posle poboljšanja može oralno

Eliminacija već resorbovanog otrova može se ubrzati raznim merama: forsirana diureza (unos tečnosti od 2000—2500 ml na kv. metar površine), osmotska diureza, davanje diuretika, kao i drugim složenijim postupcima (hemodializa, plazmafereza, eksangvinotransfuzija i dr).

Preventivne mere

Već na početku izlaganja je naglašeno da su mogućnosti za prevenciju trovanja u dece veoma velike (2, 3, 5, 9, 10, 11, 12). Ne-

ke od najvažnijih preventivnih mera su a) lekovi i druge hemikalije ne smeju da se pakuju u ambalažu koja se lako otvara i ima atraktivan izgled, a izgled tableta ne sme da bude privlačan za decu; b) lekove i druge hemikalije čuvati u kući u propisnim ormaricima; c) nikada ne presipati otrov iz originalne ambalaže u flašu za voćni sok, pivo i dr; alkoholna pića ne smeju da budu pristupačna deci; d) decu ne ostavljati samu u kući; e) angažovati se za permanentno zdravstveno vaspitanje.

Zaključak

Detaljno uzeti anamnestički, ili češće heteroanamnestički, podaci i dobro poznavanje epidemiologije i simptomatologije trovanja, olakšaće identifikaciju otrova i omogućiti blagovremenu terapiju.

Jedinstvena, savremena doktrina o tretmanu intoksikacija bitno doprinosi povoljnem ishodu otrovanih. Presudni značaj imaju i preventivne mere.

Kako za dijagnozu, tako i za terapiju i profilaksu, neophodna je permanentna edukacija lekara.

LITERATURA

1. **Arena, M. J.** (1978). The treatment of poisoning. Clinical symposia Ciba, 30, 2.
2. **Baćvarova, V., Bobev, D.** (1973). Spešna terapija v pedijatrijata. Medicina i fizkultura. Sofija.
3. **Czeisberger, B., Pospiš, M., Obadić, R., Ahmetović, V.** (1982). Intoksikacija aminofilinom u sedamjesečnog dojenčeta. Jug. pedijat., 25, 67—70.
4. **Daundere, M.** (1979). Akutne intoksikacije. Medicinska knjiga. Beograd—Zagreb.
5. **Dreisbach, H. R.** (1980). Trovanja, dijagnostika i lečenje. Deveto američko izdanje. Savremena administracija. Beograd.
6. **Đurić, V., Stojanović, V., Igić, B., Novak, D., Stefanović, G., Vlajin, M., Manić, T., Kamenov, B., Savić, D.** (1980). Zadesna i suicidna trovanja u dece — analiza bolesnika lečenih u Dečjoj klinici u Nišu od godine 1967. do 1978. Jug. pedijat., 23, 245—252.
7. **Kudrin, A. N., Belekij, E. E., Knjazev, E. N., Smirnova, L. M.** (1978). Kratkij spravočnik po farmakoterapiji. Izdatelstvo »Medicina«. UzSSR. Taškent.
8. **Laurence, R. D., Beneti, N. P.** (1982). Klinička farmakologija. Drugo prerađeno i dopunjeno izdanje. Jumena. Zagreb.
9. **Mihov, H.** (1974). Otravjanja v detskata vazrast. Vtoro preraboteno i dopalneno izdanie. Državno izdatelstvo »Hristo G. Danov«. Plovdiv.
10. **Živić, R., Čosić, B., Vlajin, M., Manić, T.** (1966). Akutni etilizam u dece i encefalopatija. Jug. pedijat., 9, 121—124.
11. _____ (1967). Pro medico, 4, 3—92. Lek. Ljubljana.
12. _____ (1978). Postdiplomski tečajevi iz pedijatrije. Urgentna terapija. Klinika za dečje bolesti. Rijeka.

13. ————— (1988). Problemi u pedijatriji '87. Naučna knjiga. Beograd.
14. **Kempe, C., Silver, H., O' Brien, D.** (1974). Savremena dijagnostika i lečenje u pedijatriji. Savremena administracija. Beograd.

Autor: **Prim. dr Vitomir Rangelov, pedijatar, Dečje odeljenje Bolnice u Leskovcu; kućna adresa: Leskovac, D. Petrovića S-6/13**

NOVI ANTAGONIST KALCIJUMA

Nitrepin®

NITRENDIPIN
ANTIHIPERTENZIV

Specifičan i visoko selektivan antagonist kalciijuma
u terapiji hipertenzije

DOZIRANJE — jedna tableta dnevno

Izuzetno pogodan za
dugotrajnu terapiju

- Tablete od 10 i 20 mg



ZDRAVJE - LESKOVAC

NOVO!

Selektivni holinomimetik izvanredno dobro ispitani i prihvaćeni širom sveta

CISAP®

cisaprid
tablete, ampule

- Povećava gastrointestinalni motilitet čitavom dužinom GIT-a
- Efikasno otklanja postprandijalne tegobe (podrigivanje, gorušica, nadutost)
- Kod bolesnika sa simptomima refluksa udruženih sa hijatus hernijom i/ili ezofagitisom značajno smanjuje regurgitaciju danju i noću
- Može biti pogodan u lečenju paraplegičara sa teškim zatvorom
- Slabo prolazi hematoencefalnu barijeru, tako da praktično nema centralnih dejstava

INDIKACIJE

Tablete:

- Refluksi ezofagitis
- Idiopatska gastropatija
- Dijabetična gastropatija

Ampule:

- Postoperativna pareza creva

Doziranje je individualno u zavisnosti od simptoma, s tim da dnevna doza ne pređe 40 mg.

KONTRAINDIKACIJE

Apsolutne kontraindikacije nisu poznate.

Za detaljne informacije obratite se proizvođaču.



ZDRAVJE - LESKOVAC

PRIHVATANJE URGENTNIH STANJA U PRIJEMNOJ AMBULANTI DEČJEG ODELJENJA

ACCEPTANCE OF THE URGENT STATES IN THE RECEIVING WARD OF THE PEDIATRICS DEPARTMENT

Dragoslav ALEKSIC, Vitomir RANGELOV, Miodrag CVETKOVIC, Ljiljana NIKOLIC Milosija SIMIC, Gordana PETRUSIC Dečje odeljenje bolnice Leskovac

REZIME

Prihvatanje urgentnih stanja u prijemnoj ambulanti Dečjeg odeljenja je složen ali još uvek nedovoljno metodološki razrađen postupak. Za pravilno zbrinjavanje vitalno ugrožene dece potrebna je jedinstvena medicinska doktrina.

U referatu se prikazuje položaj naše prijemne ambulante u prijemno-trijažnom bloku, prihvatanje urgentnih stanja i transport do odeljenja.

Navodi se spisak neophodnih aparata, instrumenata, opreme i potrošnog materijala, kao i neophodnih lekova i rastvora koji se koriste u prijemnoj ambulanti Dečjeg odeljenja.

Istišu se neke teškoće pri laboratorijskoj i radiološkoj obradi obolele dece, kao i obavljanju konsultativnih pregleda.

Iznose se osnovni principi prijemno-trijažnih postupaka lekara i medicinskih sestara, kao i najčešće urgentne terapijske mere i dijagnostičke procedure koje se sprovode u prijemnoj ambulanti Dečjeg odeljenja.

Posebno se ističu etičke dileme lekara u prijemnoj ambulanti kada roditelji odbiju bolničko lečenje teže obolelog deteta, najčešće zbog mogućeg odvajanja deteta od majke.

SUMMARY

Acceptance of the urgent states in the receiving ward of the Pediatrics department is a complex but still methodologically insufficiently elaborated procedure. For the adequate provision for the vitally menaced children is necessary the unique medical doctrine.

The position of our receiving ward within the receiving and selecting block, acceptance of the urgent states and their transport to the Department have been indicated in the written report.

The list of the indispensable devices, instruments, equipment and the operating supplies as well as the indispensable drugs and solutions used in the receiving ward of the Pediatrics department has been drawn up.

Some difficulties on the laboratory and x-ray treatment of the diseased children as well as the performance of the consultative examinations have been emphasized.

The basic principles of the receiving and selecting procedures of both the medical doctors and nurses as well as the most frequent urgent therapeutic measures and diagnostic procedures practised in the receiving ward of the Pediatrics department have been set out.

The ethic dilemmas of the medical doctors in the receiving ward when the parents refuse the hospitalization of the gravely affected children, most frequently because of the possibility of separating the child from his mother have been especially emphasized.

Uvod

Za pravilno zbrinjavanje vitalno ugrožene dece potrebna je jedinstvena medicinska doktrina, koja bi obuhvatila odgovarajući radni prostor, opremu i transportna sredstva; visoko-stručni kadar; dobru konsultativnu, laboratorijsku i radiološku službu; dobru organizaciju, metodološka uputstva i permanentnu edukaciju.

Hitna medicinska pomoć je disciplina koja na osnovu specifičnih doktrina i posebne metodologije rada obrađuje sva akutna teška stanja, bez obzira na etiologiju i prirodu.

Važno je istaći da dijagnoza mora biti postavljena a terapija primenjena u okviru limitiranog vremena.

Intenzivna terapija podrazumeva uspostavljanje i održavanje jako poremećenih vitalnih funkcija teško ugroženog organizma bez obzira na osnovnu bolest.

Naša zapažanja i diskusija

Dečje odeljenje Zdravstvenog centra u Leskovcu locirano je na četvrtom spratu i ima dve prijemne ambulante.

Jedna od njih je u Prijemno-trijažnom bloku i radi u prvoj smeni; dostupni su joj konsultanti iz drugih prijemnih ambulanti, laboratorijska i radiološka služba.

Transport obolele dece od prijemne ambulante do odeljenja obavlja se nošenjem dece u naručju medicinske sestre, roditelja i/ili lekara.

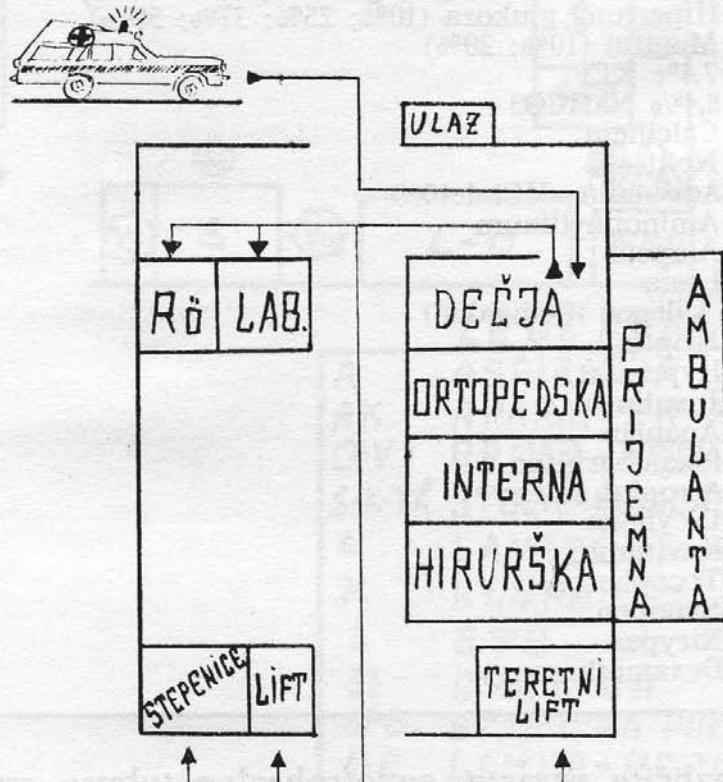
Ovaj način je najčešći i odnosi se na novorođenče, dojenče i malo dete.

Ređi načini transporta su invalidskim kolicima (sedeći položaj) i kolicima za bolnička nosila (ležeći položaj) i odnosi se na predškolsku i školsku decu.

Za transport od prijemne ambulante do odeljenja na raspolaganju su lift, teretni lift i eventualno stepenice.

Prijem dece u drugoj i trećoj smeni obavlja se u odeljenjskoj ambulanti. U njoj se istovremeno obavljaju hitne intervencije za ležeću decu, uzimanje krvi, pa je zbog toga planirana dislokacija prijemne ambulante ispred odeljenja.

Od neophodnih aparata, instrumenata, opreme i potrošnog materijala prijemne ambulante dečjeg odeljenja posebno ističemo: aparat za terapiju kiseonikom, aspirator, elektrokardiograf, ambu



Slika 1. — Položaj prijemne ambulante dečjeg odeljenja u prijemno-trijažnom bloku Med. centra u Leskovcu.

Tabela 1. Neophodni aparati, instrumenti, oprema i potrošni materijal prijemne ambulante dečjeg odeljenja

- | | |
|---|---|
| 1. Aparat za terapiju kiseonikom | 19. Špatule drvene ili metalne |
| 2. Aspirator nožni | 20. Posude za špatule |
| 3. Vakum aspirator | 21. Stalak za infuziju |
| 4. Elektrokardiograf | 22. Vaga za bebe telesne mase do 10 kg |
| 5. Merač krvnog pritiska
(manžetne za različite uzraste) | 23. Koritance za merenje telesne dužine dece do godinu dana |
| 6. Slušalice lekarske | 24. Vaga sa visinomerom |
| 7. Ambu meh (za različite uzraste) | 25. »Krojački« metar za merenje obima glave |
| 8. AIR—WAY | 26. Džepna lampa |
| 9. Aspiracioni kateter | 27. Reflektor |
| 10. Set za davanje kiseonika | 28. Servirna kolica (za podelu terapije) |
| 11. Endotrahealni tubus | 29. Sto i stolice |
| 12. Gastrična sonda | 30. Stolica na zavrtanj bez naslona |
| 13. Špricevi plastični | 31. Sto za povijanje beba |
| 14. Transfuzioni i infuzioni set | 32. Otoman za pregled i intervencije |
| 15. »BABY« sistem | 33. Orman medicinski za instrumente i lekove |
| 16. Igle injekcione | |
| 17. Igle »Braun« | |
| 18. Trokraka slavina sa produžetkom od 10 cm. | |

Tabela 2. Neophodni lekovi i rastvori koji se koriste u prijemnoj ambulanti dečjeg odeljenja

1. Infuzioni rastvori (5% glukoza; 0,9% NaCl)
2. Hipertona glukoza (10%; 25%; 37%; 50%)
3. Manitol (10%; 20%)
4. 7,4% KCl
5. 8,4% NaHCO₃
6. Calcihept
7. Nelit—N
8. Adrenalin—HCl 1:1000
9. Aminophyllinum
10. Alupent
11. Lasix
12. Dilacor (Cedigalan)
13. Isoptin
14. Hyperstat
15. Insulin
16. Apaurin
17. Phenobarbiton
18. Atropini sulfas
19. Dicynone
20. Kavitamin
21. Tocopherol
22. Synopen
23. Nirypan
24. Dexamethason

mehove za različite uzraste, endotrahealne tubuse, vagu za bebe telesne mase do 10 kg, koritance za merenje telesne dužine dece do godinu dana i vagu sa visinomerom.

Pored toga neophodni su rastvori za parenteralnu rehidraciju, korekciju elektrolitnog disbalansa i grupa lekova za urgentnu terapiju. Racionalni raspored opreme skraćuje vreme potrebno za intervenciju. Laboratorijska obrada dece bolja je u prvoj nego u ostalim smenama, kada rade samo dva laboranta—tehničara. Složenije analize rade pripravni specijalisti, za čiji je dolazak potrebno 30—40 minuta.

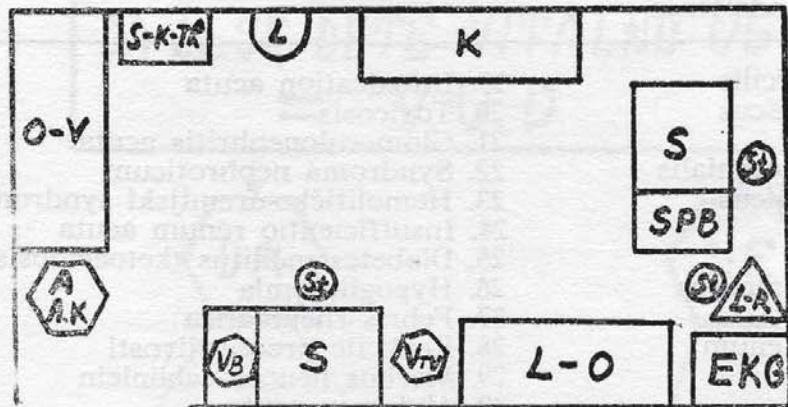
U prvoj smeni na raspolaganju su nam sledeći konsultanti: radiolog, infektolog, neuropsihijatar (dečji neuropsihijatar), hirurg (dečji hirurg), neurohirurg, maksilofacijalni hirurg, anesteziolog, ortoped, oftalmolog, ORL, urolog, pneumoftiziolog i fizijatar.

U drugoj i trećoj smeni njihov broj se smanjuje na četiri i to: hirurg, anesteziolog, neuropsihijatar i ortoped.

Ostali konsultanti su pripravni i pozivaju se po potrebi. Optimalno vreme za njihov dolazak je 30—40 minuta.

Rentgenski snimci se opisuju samo pre podne; u drugoj i trećoj smeni to čini pedijatar.

Prijemno-trijažni postupci lekara u prijemnoj ambulanti dečjeg odeljenja:

**LEGENDA:**

A	ASPIRATOR
AK	APARAT ZA KISEONIK
O-V	ORMAR - VITRINA
S-K-TK	STOČIĆ-KOLICA ZA PODELU TH.
L	LAVABO
K	KLUPA
S	STO
St	STOLICA
SPB	STOČIĆ ZA POVIJANJE BEBA
L-R	LAMPA-REFLEKTOR
EKG	EKG APARAT
L-O	LEŽAJ-OTOMAN
VTV	VABA SA VISINOMEROM
VB	VAGA ZA BEBE TM DO 10KG.

Slika 2. — Naša racionalizacija rasporeda opreme u prijemnoj ambulanti dečjeg odeljenja u prijemno-trijažnom bloku

— odrediti stepen vitalne ugroženosti deteta

— odrediti red hitnosti

Vitalno ugroženo dete smešta se u OIN, a po potrebi upućuje u višu ustanovu.

Potencijalno vitalno ugroženo dete može da se smesti u OIN ili odeljenje.

Dete bez znakova vitalne ugroženosti smešta se u odeljenje ili враћа na ambulantno lečenje.

Lakše obolelo dete se obično враћа nadležnom lekaru na ambulantno lečenje.

Prijemno-trijažni postupci medicinske sestre u prijemnoj ambulanti dečjeg odeljenja:

1. Iskusna medicinska sestra u prijemnoj čekaonici treba što pre da otkrije teško obolelo dete;

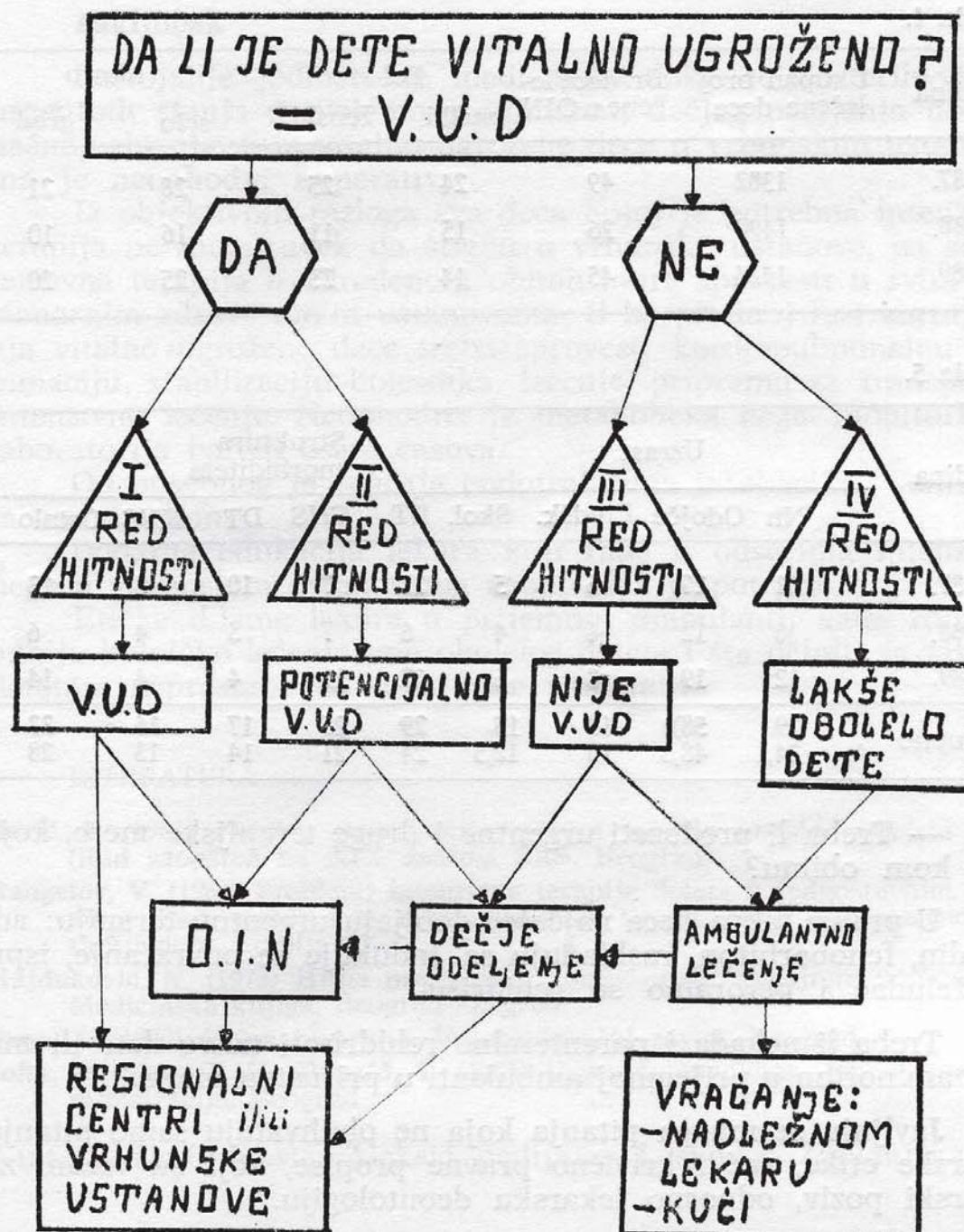
Tabela 3. Najčešća urgentna stanja koja se zbrinjavaju u prijemnoj ambulanti dečjeg odeljenja

1. Sepsis; partus domicilis	19. Intoxication acuta
2. Neogatus hypotrophicus	20. Toxicosis
3. Apnoea	21. Glomerulonephritis acuta
4. Haemorrhagio intracranialis	22. Syndroma nephroticum
5. Morbus haemorrhagicus	23. Hemolitičko-uremijski syndrom
6. Urođene anomalije	24. Insufficientio renum acuta
7. Croup syndrom	25. Diabetes mellitus (ketoacidosis)
8. Bronchitis acuta obstruens	26. Hypoglycaemia
9. Bronchopneumonia	27. Febris rheumatica
10. Aspiratio corpus alienum	28. Reakcije preosetljivosti
11. Status febrilis	29. Morbus henoch-schönlein
12. Convulsiones; EPI	30. Abdomen acuta
13. Encephalitis; meningitis	31. Intoxication alimentaris
14. Anaemia gravis	32. Osipne groznice
15. Leucosis	33. Cnock
16. Vitium cordis congenitale	34. Comma
17. Disrrhythmiae cordis	35. Insufficientio cardio-pulmonum
18. Pericarditis; endocarditis cardiomyopathiae	36. Status moribundum

2. Da odredi redosled pregleda obolele dece po hitnosti, a ne po redu pristizanja;
3. Da odvoji kontagioznu od ostale dece;
(febrilnost, ospu, zacenjivanje, krvavi prolivi, ikterus)
4. Da dete detaljno obradi, ukoliko nije teško obolelo (temperatura, telesna masa, telesna visina, obim glave, osnovni anamnistički podaci i/ili pomaže roditeljima pri laboratorijskoj i radio-loškoj obradi);
5. Da prihvati vitalno ugroženo dete i pomogne roditeljima da što pre razodenu dete i/ili hitno nosi dete, odnosno transportuje u odeljenje ili odsek intenzivne nege;
6. Započinje zajedno sa lekarom terapijski i/ili urgentni terapijski tretman i kardio-pulmonalnu reanimaciju;

Najčešće urgentne terapijske mere i dijagnostičke procedure koje se sprovode u prijemnoj ambulanti dečjeg odeljenja:

1. Frikcije
2. Započinjanje tretmana šoka i korekcije dehidracije, acidobaznog statusa i elektrolitnog disbalansa
3. Kupiranje konvulzija, konvulzivnog statusa i započinjanje reanimacije centralnog nervnog sistema
4. Lumbalna punkcija
5. Započinjanje intravenskog davanja aminofilina
6. Indukovano povraćanje
7. Nazogastrična intubacija i ispiranje želuca
8. Nazotrahealna intubacija i kardiopulmonalna reanimacija.



Slika 3. — Prijemno-trijažni postupci = P.T.P. u prijemnoj ambulanti dečjeg odeljenja — osnovni principi —

Posebno ističemo etičke dileme lekara u prijemnoj ambulanti u slučaju odbijanja hospitalizacije teže obolelog deteta, zbog odvajanja deteta od majke. Tada se lekaru nameću brojna pitanja:

— Šta učiniti sa obolelim detetom?

— Da li je dovoljno u lekarskom izveštaju napisati samo status, dijagnozu, preporučenu terapiju i dete bez ikakve terapije vratiti nadležnom lekaru?

Tabela 4.

Godina	Ukupan broj lečene dece	Br. dece le- čene u OIN	Pol muški	ženski	Mesto selo	Mesto grad
1987.	1382	49	24	25	28	21
1988.	1490	26	15	11	16	10
1989.	1424	45	14	25	25	20

Tabela 5.

Godina	Uzrast					Struktura morbidityeta				
	Nn	Odojče	Predšk.	Škol.	RT	CNS	DT	KVS	Ostalo	
1987.	11	27	6	5	11	7	10	8	13	
1988.	6	12	4	4	6	7	3	4	6	
1989.	12	19	8	6	12	11	4	4	14	
Ukupno	29	58))	18	15	29	25	17	16	33	
%	24,1	48,3	15	12,5	24	21	14	13	28	

— Treba li preduzeti urgentne i druge terapijske mere, koje i u kom obimu?

U praksi takva deca najčešće dobijaju urgentnu terapiju: adrenalin, fenobarbiton, rashlađuju se, indukuje se povraćanje, ispira želudac i peroralno se rehidrišu.

Treba li nekada i parenteralno rehidrisati takvo dete ili mu dati aminofilin u prijemnoj ambulanti u prisustvu majke?

Javljuju se mnoga pitanja koja ne obuhvataju samo pitanja lekarske etike, već i krivično pravne propise, koji su vezani za lekarski poziv, odnosno lekarsku deontologiju.

Retrospektivnom analizom istorija bolesti dece lečene u Dečjem odeljenju u Leskovcu tokom tri godine (od 1987. do 1989.) dobijeni su podaci, koje prikazujemo u sledećim tabelama.

Iz priložene tabele 5. uočavamo veću zastupljenost novorođenčadi i dojenčadi (72,5%) u odnosu na predškolsku i školsku decu (27,5%).

Najveći broj intenzivno lečene dece pripada respiratornim i infekcijama centralnog nervnog sistema (45%), u manjem procentu zastupljena su oboljenja digestivnog trakta (14%) i kardiovaskularnog sistema (13%).

Zaključak

Postojanje jedinstvene medicinske doktrine od prihvatanja urgentnih stanja u prijemnoj ambulanti dečjeg odeljenja do konačnog zbrinjavanja vitalno ugrožene dece u vrhuškim ustanovama je neophodni imperativ.

Iz objektivnih razloga sva deca kojoj je potrebna intenzivna terapija ne mogu uvek da stignu u vrhunske ustanove, pa se intenzivna terapija u određenom obimu mora sprovesti u svim stacionarnim zdravstvenim ustanovama. U hospitalnoj fazi zbrinjavanja vitalno ugrožene dece treba sprovesti kardiopulmonalnu reanimaciju, stabilizaciju bolesnika, lečenje, pripremu za transport i intenzivno lečenje. Neophodna je metabolička nega, monitoring i laboratorija barem osam časova.

Od posebnog je značaja endotrahealna intubacija i ventilacija ambumehom.

Dodatna edukacija lekara koji rade u odsecima intenzivne nege u vrhunskim ustanovama neophodna je potreba.

Etičke dileme lekara u prijemnoj ambulanti, kada roditelji odbiju bolničko lečenje teže obolelog deteta i šta učiniti sa takvim detetom neprestano će se i dalje nametati.

LITERATURA

- Savić, J.** (1986) Predlog organizacije, nege i lečenja kritično obolele dece (Rad saopšten na XIX danima SRS. Beograd)
- Rangelov, V.** (1981) Problemi intenzivne terapije deteta u jednostavnim uslovima (Rad saopšten na međunarodnom simpozijumu o intenzivnoj terapiji dece. Ljubljana)
- Hajduković, N.** (1979) Hitna medicinska pomoć u saobraćajnim nezgodama. Medicinska knjiga. Beograd—Zagreb
- Papo, I.** (1980) Ratna hirurgija. Vojnoizdavački zavod. Beograd
- John, M. Mary T. H., Donald, T.** (1985) Urgentna medicina. Savremena administracija. Beograd

Autor: Dr Dragoslav Aleksić, pedijatar, Leskovac, Zaplanjska 141

NOVO IZ PROIZVODNOG PROGRAMA

'U cilju da se dobije lek koji će da ima maksimalni antihipertenzivni efekat, sa minimalnim diuretičkim i retkim neželjenim efektima, registrovan je preparat LESCOPRID'



- LESCOPRID zasniva svoj antihipertenzivni efekat dejstvom na glatku muskulaturu krvnih sudova.
- LESCOPRID smanjuje ulazak jona kalcijuma u ćeliju.
- LESCOPRID smanjuje reaktivnost krvnih sudova prema adrenalinu i angiotenzinu, a efekat je smanjenje vazokonstrikcije i perifernog otpora.
- LESCOPRID u većim dozama deluje diuretički.

INDIKACIJE

- blaga i umerena arterijska hipertenzija
- edemi (srčanog porekla, hepatalne ciroze ili nepoznatog porekla).

KONTRAINDIKACIJE

- akutna cerebralna krvavljenja
- teška hepatična i renalna insuficijencija
- preosetljivost na LESCOPRID ili prema sulfonamidima.

DOZIRANJE

Kod hipertenzije ili edema LESCOPRID se primenjuje oralno u dozi od 2,5 mg dnevno.

Ako nakon 1–2 meseca ne nastupi adekvatno antihipertenzivno dejstvo doza se može povećati na 5 mg dnevno ili se dodaje drugo antihipertenzivno sredstvo. Kod edema, ako je diuretički efekat neadekvatan posle tretmana od nedelju dana doza se povećava na 5 mg na dan. Kada se krvni pritisak normalizuje sa dozom od 2,5–5 mg na dan, terapija se nastavlja svakog drugog dana.

NEŽELJENI EFEKTI

Neželjeni efekti LESCOPRID-a su retki i blagi. Najčešće sejavljaju: glavobolja, vrtoglavičica, ortostatska hipotenzija, palpitacija, umor, gadjenje, dijareja, suva usta, opstipacija, grčevi u mišićima.

UPOZORENJE

LESCOPRID primenjivati oprezno kod renalne insuficijencije i kod oštećenja funkcije jetre zato što primenom ovog leka dolazi do promena u bilansu vode i elektrolita koje mogu da izazovu azotemiju ili da dovedu do hepatične encefalopatije kod bolesnika sa oštećenom funkcijom jetre.

NAČIN IZDAVANJA LEKA

Lek se izdaje samo uz lekarski recept.

PAKOVANJE

Kutija sa 30 dražeja.

Služba za farmako-informatiku

Ž ZDRAVJE – Leskovac

LEČENJE ŠEĆERNE BOLESTI SAVREMENIJIM I PRECIŠĆE- NIJIM OBЛИCIMA INSULINA

TREATMENT OF DIABETES WITH MODERN AND CLEARED INSULIN FORMS

Jovica PAVLOVIĆ

Internistička služba Bolnice — Leskovac

REZIME

Šećerna bolest danas zauzima značajno mesto među hroničnim nezaraznim bolestima. Oko 25—30% dijabetičara svoju bolest regulišu insulinom. Od 1970. godine počinje novo razdoblje u lečenju šećerne bolesti sa pojavom precišćenih preparata insulina. Primenom visoko precišćenih insulinova postignuta je bolja metabolička kontrola bolesti a time i prevencija odnosno zaustavljanje mikro i makroangiopatskih promena. To se naročito uočava prilikom primene insulinskih pumpi i kod intenziviranog lečenja specijalnim brizgalicama Pen.

Današnji je stav da se u redovnom lečenju šećerne bolesti koristi samo monokomponentni, potpuno precišćeni ili humani insulin, osim onda kada zbog drugih razloga, pre svega ekonomskih, nije moguće takav insulin imati na tržištu.

SUMMARY

Today, the diabetes takes an important place among the chronic, non-contagious diseases. About 25—30% diabetics control their disease with insulin. From 1970, a new period starts in the treatment of diabetes when the cleared insulin preparations appear. With the application of high-cleared insulin, a better disease metabolic control is reached and so is the prevention, that is the stop of the micro and macroangiopathic changes. This is particularly obvious in the application of insulin pumps and in the intensified treatment with pen special syringes.

In the regular treatment of diabetes, the current stand is to use only one-component, all cleared or human insulin except when, for other reasons first of all economic reasons, it is not possible to get such an insulin on the market.

Uvod

Šećerna bolest danas zauzima značajno mesto među hroničnim nezaraznim bolestima. Oko 2—3% ljudske populacije boluje od šećerne bolesti, a čak 25% je genski opterećeno ovom bolešću. Prema statistikama smatra se da u Jugoslaviji ima oko 600.000 dija-

betičara. Tako da šećerna bolest nije samo individualni problem bolesnika, već i socijalno-medicinski problem društva.

Insulin je neophodno uvesti u lečenju sledećih bolesnika od šećerne bolesti:

1. U bolesnika sa insulin zavisnim oblikom šećerne bolesti (nemerljiv C-peptid),

2. U bolesnika u kojih se nije uspelo postići zadovoljavajuća regulacija glikemije uz osnovne principe lečenja bolesnika od šećerne bolesti (dijabična dijeta, edukacija, fizička aktivnost i prima na maksimalno dozvoljene doze oralnih hipoglikemizantnih lekova),

3. U bolesnika sa gestacijskim oblikom šećerne bolesti, za vreme trajanja trudnoće, te eventualno nakon porođaja do završetka dojenja,

4. U bolesnika u kojih je potrebno privremeno lečenje šećerne bolesti insulinom tokom težih infekcija ili operativnih zahvata iako su pre toga i eventualno kasnije primali oralne hipoglikemizantine lekove,

5. U hitnim stanjima koja su osim hiperglikemijama praćena i drugim poremećajima metabolizma (ketoacidoza, hiperosmolarna koma ili acidoza mlečnom kiselinom) i

6. U bolesnika u kojih su fizički nestale beta ćelije Langerhansovih ostrvaca (operacija pankreasa, hronični pankreatitis, hemohromatoza i dr.).

Od 1970. godine počinje novo razdoblje u lečenju šećerne bolesti sa pojmom prečišćenih preparata insulina. Uvode se dve nove tehnike za dobijanje prečišćenih preparata insulina: Gel-filtraciona hromatografija i jon-izmenjivačka hromatografija. Koristeći gel-filtracionu hromatografiju proizvedeni su tzv. »single peak« insulini (insulini sa jednim vrhom) ili poluprečišćeni insulini. Uvođenjem jon-izmenjivačke hromatografije omogućilo je pojavu još više prečišćenih insulina pod imenom SC (singl-komponent), MC (mono component) ili PP (potpuno prečišćeni) insulini.

Insulini koji su proizvedeni bez upotrebe dveju navedenih tehnika sadrže tzv. insulinske nečistoće kao što su proinsulin, različiti derivati insulina, grukagon, pankreasni polipeptid i somatostatin. prisustvo nečistoća u preparatu se izražava u ppm (pars per milion — milioniti deo težine suvog insulina) i većina insulina sadrži proinsulin u dozama koje su manje od 50 ppm, dok tzv. MC ili PP insulini svinjskog ili goveđeg porekla po deklaracijama proizvođača obično sadrže proinsulina manje od 10 ppm (od 1—5 ppm). Za glukagon se navodi prisustvo manje od 0,1 ppm, a za pankreasni polipeptid, somatostatin i vazoprotaktivni intestinalni peptid prisustvo u količinama manjim od 0,01 ppm. Danas se proizvode i humani (HM) insulini koji su najčistiji i čija je hemijska struktura identična rasporedu amino kiselina čovekovog insulina. Većina insulina je na našem tržištu pakovanja u dozi od 40 jedinica/ml premda se u poslednje vreme, upotrebom pumpi za davanje insulina i

brizgalica za više dnevnih doza, nameće i potreba za davanjem insulina u dozi od 100 jedinica/ml. Na tabeli 1. su prikazani insulin-ski preparati dostupni na našem tržištu.

Tabela 1. Insulinski preparati dostupni na našem tržištu

Vrsta insulina	Delovanje u satima					
Insulini brzog delovanja	način primene	pH	poč.	max.	kraj	konc.
Inutral GPP	sc, im, iv	7	15—30 min	2,5—5 h	7—8 h	40
Inutral SPP	sc, im, iv	7	15 min	1,5—4 h	6 h	40
Inutral HM	sc, im, iv	7	30 min	2—4 h	6—8 h	40
Inutral HM—100	sc, im, iv	7	30 min	2—4 h	6—8 h	100
Insulrap GPP	sc, im, iv	7	30—90 min	oko 3 h	6—7 h	40
Insulrap SPP	sc, im, iv	7	30—90 min	oko 3 h	6—7 h	40
Homorap	sc, im, iv	7	oko 30 min	2,5—5 h	oko 8 h	40
Homorap—100	sc, im, iv	7	oko 30 min	2,5—5 h	oko 8 h	100
Astrapid MC	sc, im, iv	7	oko 30 min	2,5—5 h	oko 8 h	40
Actrapid HM	sc, im, iv	7	25—60 min	2—4 h	4—6 h	40
Insulini blago produženog delovanja						
Insulin minilente GPP	sc	7	1—2 h	5—10 h	16 h	40
Insulin minilente SPP	sc	7	45 min	2,5—7 h	10—12 h	40
Insulini srednje dugog delovanja						
Insulin lente GPP	sc	7	2—3 h	7—15 h	24 h	40
Insulin lente SPP	sc	7	1 h	3—13 h	18—20 h	40
Insulin lente HM	sc	7	1 h	6—12 h	24 h	40
Isofan insulin HM	sc	7	1—2 h	6—12 h	18—20 h	40
Isofan insulin HM—100	sc	7	1—2 h	6—12 h	18—20 h	100
Insulon GPP	sc	7	1,5—2 h	6—10 h	16—18 h	40
Insulon SPP	sc	7	1,5—2 h	6—10 h	16—18 h	40
Homolong	sc	7	2,5 h	7—15 h	22 h	40
Homolong—100	sc	7	2,5 h	7—15 h	22 h	100
Lentard MC	sc	7	2,5 h	7—15 h	24 h	40
Monotard MC	sc	7	2,5 h	7—15 h	22 h	40
Monotard HM	sc	7	1—3 h	5—9 h	12—16 h	40
Insulini dugog delovanja						
Insulin superlente GPP	sc	7	4—5 h	10—28 h	36 h	40
Insulin superlente SPP	sc	7	1—2 h	8—24 h	28 h	40
Ultratard HM	sc	7	3—5 h	12—17 h	24—28 h	40

1983. godine u Skoplju su jugoslovenski endokrinolozi predložili sledeće indikacije za upotrebu visoko prečišćenih insulinina:

1. alergijske manifestacije i rezistencija na neprečišćene insuline,
2. lipodistrofija (lipoatrofija i lipohipertrofija),

3. odrasli bolesnici sa insulin zavisnim dijabetesom i faktorom rizika za nastajanje mikroangiopatskih promena prema nalu zu HLA (B8/B15 i DR3/DR4),
4. sva deca dijabetičari,
5. insulin zavisne trudnice i
6. za rad aparata za kontinuiranu infuziju insulina (veštački endokrini pankreas i insulinske pumpe).

Klasični ili »neprečišćeni« insulini sadrže insulinske nečistoće (proinsulin, glukagon, pankreasni polipeptid i somatostatin) što mogu podstići stvaranja insulinskih antitela. Jedna vrsta antitela su odgovorna za alergijske manifestacije, dok druga blokiraju biološki učinak insulina pa imamo pojavu insulinske rezistencije. Alergija na preparate insulina može se manifestovati lokalno na mestu unošenja (češće) ili kao generalizovana — urtikarija ili anafilaktična reakcija (ređe). Iako desenzibilizacija i kortiko preparati mogu rešiti neke od ovih problema, prevodenjem na visoko prečišćene insuline nestaje alergija. Pojam insulinska rezistencija se upotrebljava kada dnevna potreba u bolesnika sa šećernom bolesti prelazi 200 jedinica insulina za period duži od dva dana, a u odsustvu ketoacidoze i kome. Insulin zavisni dijabetičari koji zahtevaju više od 60 a manje od 200 jedinica insulina na dan, takođe zaslužuju pažnju. Ova grupa je nazvana »insulin neosetljivi« i verovatno predstavljaju osobe sa manjim stepenom insulinske rezistencije. Prevodenjem na visoko prečišćene insuline gubi se insulinska rezistencija, tako da dolazi do smanjenja dnevne doze za 50% pa i više.

Lipodistrofija je česta komplikacija na mestu ubrizgavanja klasičnih insulinima sa prevalencom do 30%. Može se javiti u dva oblika, kao lipoatrofija ili lipohipertrofija. Zamenom sa visoko prečišćenim insulinima obično nestaje lipodistrofija.

Insulinska antitela prolaze kroz placentu i prisutna su u cirkulaciji fetusa gravidne dijabetičarke. Kao komplikacija visokog titra insulinskih antitela poznate su hipoglikemije koje se javljaju u dece majki dijabetičarki neposredno posle porođaja. Zato se savetuje da se svaka trudnica dijabetičar ili dijabetičarka koja planira trudnoću i ima povišenu potrebu za insulinom i relativno visok titar insulinskih antitela, prevede na terapiju sa visoko prečišćenim insulinima.

Primenom visoko prečišćenih insulinina, pored ostalih temeljnih postulata u lečenju šećerne bolesti, postignuta je bolja metabolička kontrola bolesti a time i prevencija odnosno zaustavljanje mikro i makroangiopatskih promena kod bolesnika od šećerne bolesti. To se naročito uočava prilikom primene insulinskih pumpi u intenziviranom lečenju šećerne bolesti. Indikacije za primenu insulinskih pumpi su:

1. sva stanja kada nije moguće postići zadovoljavajuću regulaciju glikemije konvencionalnom terapijom ili intenziviranim konvencionalnim lečenjem (višekratna primena insulina),
2. bolna dijabetična neuropatija,
3. predkonceptualna doba, kao i trudnoća u cilju prevencije komplikacija i malformacija,
4. dijabetično stopalo,
5. zastoj u rastu kod mlađih neregulisanih dijabetičara i
6. rezistencija na supkutnu primenu insulina.

Danas se proizvodi i humani insulin koji je identičan rasponu amno kiselina čovekovog insulina. Humani insulin se dobija na dva načina: semisintetski (u svinjskom insulinu se alanin konverzijom zamjenjuje treoninom) ili sintetski (biološkim inženjerinšćom iz E. Coli). Teorijska prednost humanog insulina je u smanjenoj imunogenosti, neograničenoj proizvodnji biološkim inženjerinšćom i očekivanom padu cene povećanjem proizvodnje u budućnosti. Kao indikacija za primenu humanog insulina navode se stanja insulinske alergije i insulinske rezistencije koja se javljaju tokom primene prečišćenih monokomponentnih svinjskih insulinova.

Naša iskustva u Savetovalištu za dijabetičare u toku dvogodišnje primene potpunoprečišćenih (PP) insulinova su skromna, ali ukazuju na opravnadost primene ovakvih insulinova (Tabela 2.).

Tabela 2. Dijabetičari lečeni u Savetovalištu za dijabetičare u Leskovcu

Način lečenja	broj	%
Samo dijabetička ishrana	1287	36,49
Peroralni antidiabetici i dijeta	1580	44,80
Insulinska terapija	614	17,40
i dijeta	46	1,31
U k u p n o	3527	100,00

Zaključak

U svakodnevnom lečenju bolesnika od šećerne bolesti potrebno je koristiti insulin koji imamo na tržištu, sa neprestanom tendencijom da koristimo što češći insulin. Današnji je stav da se u redovnom lečenju šećerne bolesti koristi samo monokomponentni, potpuno prečišćeni ili humani insulin, osim onda kada zbog drugih razloga, pre svega ekonomskih, nije moguće takav insulin imati na tržište.

N O V O !

Budućnost supstitucijske terapije pankreasnim enzimima — fiziološka nadoknada enzimskog deficit-a egzokrine funkcije pankreasa:

OPTILAZA®
kapsule od 300 mg

- Potpuno nova farmaceutska formulacija — mikropelete sa punom acidorezistentnošću
- 300 mg visoko potentnog pankreatina sa standardizovanom aktivnošću lipaze, amilaze i proteolitičkih enzima
- Rastvaranje kapsula u toku nekoliko minuta sa programiranim oslobođanjem enzima u duodenumu
- Klinička delotvornost i sa manjim brojem kapsula dnevno — bolji „Compliance“ — manji troškovi lečenja
- Dobra podnošljivost i kod dugotrajne terapije

INDIKACIJE

Hronični pankreatitis
Cistična fibroza (Mukoviscidoza)
Resekcija pankreasa
Resekcija želuca (npr. Billroth II)
Dispeptički sindrom sa maldigestijom
Opstrukcija izvodnih kanala tumorom iz okoline glave pankreasa

PAKOVANJA

Kutije sa 50 kapsula
Kutije sa 100 kapsula



ZDRAVJE - LESKOVAC

ENDOSKOPSKA I RADIOIZOTOPNA DIJAGNOSTIKA DUODENO-GASTRIČNOG (BILIJARNOG) REFLUKSA (DGR)

ENDOSCOPIC AND RADIOISOTOPIC DIAGNOSTICS OF DUODENO-GASTRIC (BILIARI) REFLUX

VANOVSKI Bojan, PERIĆ Vlastimir, DIMITRIJEVIĆ Jelica, JOVANOVIĆ Dimitrije i STAMENKOVIĆ Perica

Interni odjelenje Bolnice — Leskovac

REZIME

Bilijarni refluksni gastritis se javlja na intaktnom želucu ili češće posle operacije na njemu. Karakteriše se epigastričnim bolovima (pečenjem), naročito postprandijalno, mučninom, povraćanjem, gasovima, gorkim podrigivanjem, gubitkom apetita i telesne težine. Klinička observacija i dijagnostika ovoga oboljenja izvršena je kod 72 pacijenata i 5 kontrolnih slučajeva: DGR i bilijarnim antrum gastritisom kod 25; Billroth-om II, I, DGR, anastomosisom i bilijarnim antrum gastritisom kod 23; DGR, gastroezofagealnim refluksom i bilijarnim oesophago-gastro-bulbitisom kod 16; i DGR, bilijarnim gastritisom i egzulceracijama kod 8. Kod navedenih je rtg. ehotomografijom i EHIDA testom dokazano postojanje biliopatija kod 66,0% slučajeva. Ispitivani su anamnezom, endoskopijom, gastroezofagobiopsijom, dok je DGR otkriven endoskopski i potvrđen radioizotopski. Najčešće zastupljeni simptomi su: epigastrična bol i pečenje (86,1%) slučajeva, mučnina (70,8%) i povraćanje (58,3%), a redi dijareja i gubitak na težini. Endoskopski je DGR otkriven kod 83,3% pacijenata, postojanje žuci u želučanom sadržaju kod 94,4% a hipoadaciditet (izostajanjem hematinizacije krvi u toku biopsije) u 34,8%. Histološki je gastritis chr nađen kod 86,1% biopsiranih i to kod 3/4 njih superficialnog tipa. DGR je EHIDA testom potvrđen kod 72,7% od endoskopski otkrivenih, dok je kod 4-ce potvrda izostala.

SUMMARY

Bile reflux gastritis occurs in the intact stomach or following previous gastric surgery. It is characterized by epigastric pain, nausea, vomiting, excessive gas belching, bitter eructations and loss of weight. Clinical and diagnostic observations on 72 patients and 5 control persons are described: 25 with duodeno-gastric reflux (DGR) and with antrum biliari gastritis; 23 with Billroth II/I and with DGR and with biliari chronic gastritis; 16 with GER and with biliari oesophago-gastro-bulbitis; and 8 cases with DGR and with exulcerative biliari gastritis.

More of the patients (66.0%) had associated gallbladder diseases or previous cholecystectomy. Epigastric pain aggrava-

ted by eating had 86.1% of cases, emesis 70.8% and vomitus 58.3%. Endoscopic examination revealed DGR by 83.3% of patients, regurgitation of bile by 94.4% and showed low acidity by 34.8%, Histologic changes in biopsy specimens correlated well gastroscopic findings. Chronic superficial gastritis had 86.1% of cases often associated with areas of erosive or atrophic gastritis. With radioisotopic ^{99m}Tc — EHIDA test DGR was finding by 72.7% of patients and correlated well with endoscopic findings.

Uvod

Bilijarni refluksni gastritis (BRG) nije redak nalaz u toku endoskopskog pregleda želuca. Susreće se ređe na intaktnom želuču a češće posle anastomoznih operacija na njemu, slika br. 1, kao i kod bolesti i posle operacija na bilijarnom traktu. Karakteriše se perzistirajućim epigastričnim bolovima (ili pečenjem), koji se agraviraju posle uzimanja hrane mučninom, povraćanjem, formiranjem gasova, gorkim podrigivanjem i regurgitacijom, te gubitkom apetita i telesne težine. Analize želuca otkrivaju niski aciditet i prisustvo žuči u sadržini želuca, a gastroskopski se otkrivaju regurgitacija žuči, gastritične upalne promene, edem, ređe erozivne i eksulcerativne promene antropilorne regije, otporne na uobičajenu antacidnu terapiju.

U ovom radu se analiziraju klinički podaci i metode otkrivanja DGR kod 72 pacijenata sa gore opisanim poteškoćama i kod 5 kontrolnih ispitanika.

Materijal i metode rada

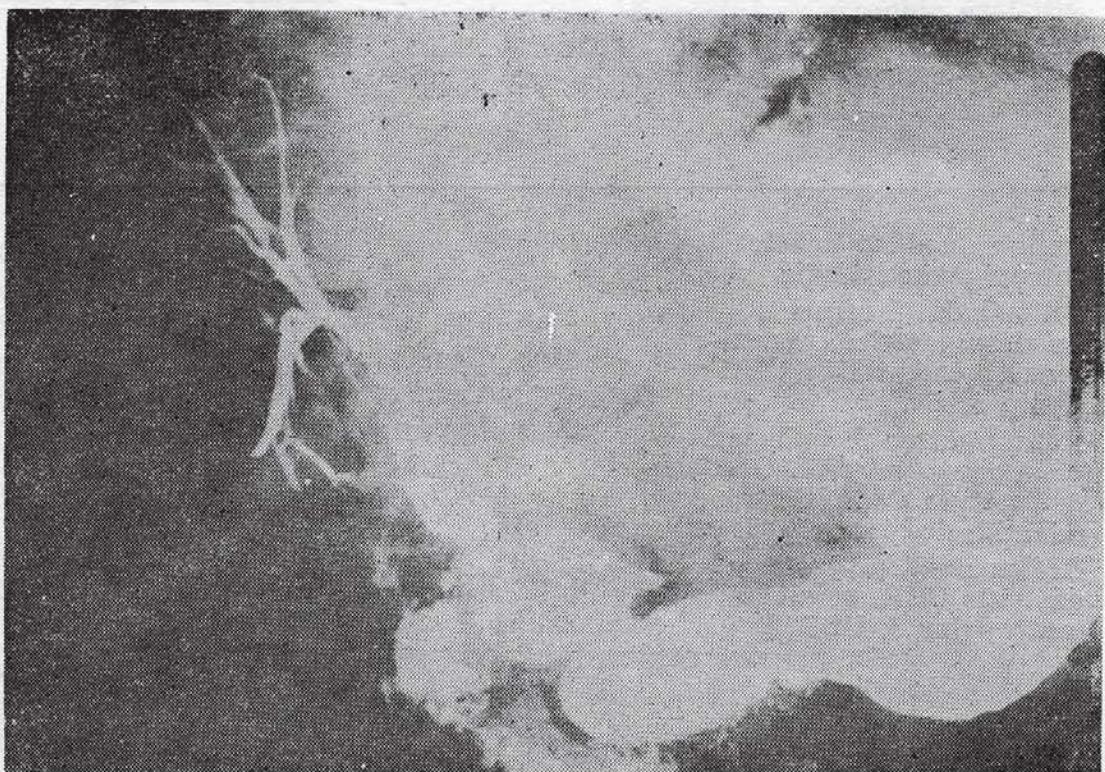
Tabela broj 1 prikazuje broj i potvrđene dijagnoze ispitivanih, kao i otkrivene propratne holebiliopatije kod istih, često etiološki odgovorne za pojavu DGR. Sedamdeset i dva pacijenta su podeljena u 4 grupe i njima pridodata 5-ta grupa kontrolnih ispitanika: prva, od 25 pacijenata sa DGR i posledičnim bilijarnim gastritisom; druga, od 23 prethodno operisanih metodom po Billroth II (ili I) sa DGR, bilijarnim gastritisom, eksulceracijama, polipima ili karcinomom; treća, od 16 sa DGR i GER te posledičnim bilijarnim ezofagogastritisom, većina od kojih je imala hijatalnu herniju, inkompeticiju DES i eksuceracije; i četvrta od 8 pacijenata sa DGR, bilijarnim gastritisom i bilijarnim posledičnim ulcerima. Šezdeset i šest posto bolesnika je imalo holebiliopatije: najviše holecistektomiranih, sa litijazama ili diskinezijama, a manji broj sa bilijarnim inflamacijama. Ove propratne promene su otkrivene holangiografijama, ehotomografijom i EHIDA testom. Od petoro kontroliranih ispitanika trojica su imali hijatalne hrenije. Zastupljenost po spolu je bila podjednaka, dok se starost ispitanih kretala od 16 do 75 godina (najviše IV, V VI i VII decenije). Svi su bili ispitivani anamnistički, endoskopski, histološki, ^{99m}Tc EHIDA biliscintigrafijom, 64 su ehotomografirani, a 37 je

Tabela broj 1. — Broj i dijagnoze ispitivanih sa dokazanim propratnim biliopatijama

Dijagnoze	Broj bolesnika	Biliopatije (RTG, EHO, EHIDA):				
		Žučka ex	Litijaza	Inflamacija	Diskinezija	
1. Reflux duodeno-gastrica antrumgastritis biliaris	25	8	5	2	6	
2 Billroth II (I reflux duodeno-gastrica. anastomosis et gastritis CHR (Polip 3, Ca3)	23	2	4	3	5	
3. Reflux gastro-oesophagealis et duodeno-gastrica. Oesophago-gogastritis CHR. Biliaris (HH 12, des incomp. 5, exulc. 6)	16	2	1	1	2	
4. Reflux duodeno-gastrica gastritis CHR. et ulcera (antropylor 3, UBD 2)	8	2	3	2	—	
	72	14	13	8	13=48 (66%)	
5. Kontrolni (HH) hernia hiatus	5	—	—	—	—	
U k u p n o:	77					

rentgenološki ispitivano I. V. holangiografijom, ili pregledom gornjeg dela GI trakta. Anamnistički je 32% ispitanih imalo poteškoće u vezi sa DGR u trajanju od 3—6 meseci, 56,9% od 1—2 godine i 11,1% od 3—5 godina. Endoskopski dokaz postojanja DGR smatrano je refluksiranje penaste ili tečne žuči iz duodenuma u želudac i odavde u jednjak u toku pregleda, kao i postojanje veće količine žuči u želučanom sadržaju. Gastritisom bilijarnog tipa različitog stepena, uz prethodni nalaz, smatrano je postojanje hipermične, edematozne ili egzulcerirane sluznice, pretežno u antropilornoj regiji, no i na celom želucu, histološki potvrđenim na biopsionom partiklu uzetim u toku endoskopije. U toku endoskopije je procenjivan stepen i brzina hematinizacije krvi u bilijarnom milieu kod 35 ispitanih, 25 od kojih ili 34,8% od celokupnog broja ispitivanih, nije imao ili je pokazao vrlo slabu hematinizaciju krvi, zbog alkalne reakcije želudačnog sadržaja. Za EHIDA biliscintografiju upotrebljavaj je ^{99}Tc EHIDA radiokontrast 1—2mCi (37—74 MBk) i. ven. i procenjivan njegov tok izlučivanja iz jetre kroz biljarne puteve u želudac na 5, i 3 x 30 minuta i na kraju je, per

os, davana mala količina Na- pertehnetata, da bi se spojio sa regurgitiranim u želudac EHIDA kontrastom, kod postojanja DGR. (slike br. 1, 2 i 3).

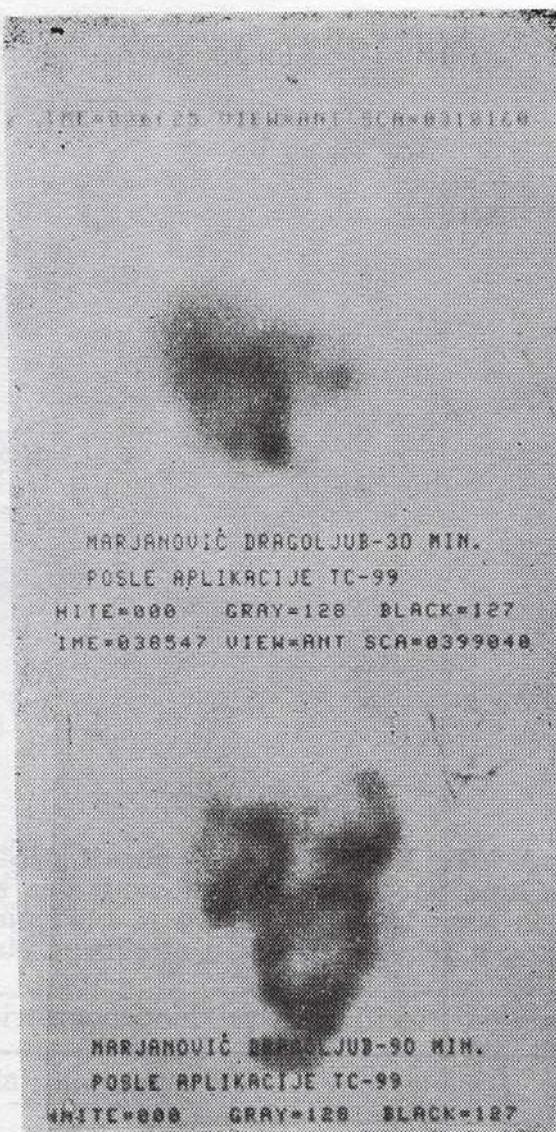


Slika 1.: RTG želuca i duodenuma — prikazan želudac, bulbus duodeni i deo duodenuma, no i prelaz kontrasta iz bulbusa u holedohus kroz holedohobulbarnu anastomozu i obratno prelaz žući iz holedoha direktno u bulbus i u želudac (DGR).

Rezultati

Tabela broj 2 prikazuje zastupljenost simptoma kod ispitivanih i efekte njihovog lečenja. Epigastrična bol i piroza su zajedno bili najzastupljeniji simptomi DGR (kod 86,1%), dok su mučnina i povraćanje žući bili kod 70,8%, odnosno 58,3% ispitivanih.

Tabela broj 3 prikazuje rezultate otkrivanja DGR endoskopijom i EHIDA biliscintigrafijom kao i rezultate histološki dokazanog gastritisa. U toku endoskopskog pregleda je DGR otkriven kod 83,3% pregledanih, a EHIDA biliscintigrafijom kod 72,7%, (odnos saglasnosti 1,14 : 1,0), što upućuje na prilično izjednačene mogućnosti obeju metoda. Najveća procentualna zastupljenost DGR ovim metodama je nađena kod bolesnika sa gastroenteroanastomozama (Billroth II i I) 100%, odnosno 91,5%, što se i očekivalo zbog operacijom omogućenog refluxiranja, dok je kod neoperisanih zastupljenost bila manja, od 64—87,5%, odnosno od 50—84%. Endoskopsko otkrivanje prisutnosti žući u želudačnom sadržaju kod 94,4% uz prisutnost inflamacionih promena na sluz-



Slika 2.: Radioziotopni " Tc EHIDA test — gornji deo slike je prva faza prolaska radioizotopa kroz parenhim jetre, a donji deo slike je daljna faza izlučivanja radioizotopa kroz bilijarne puteve i prelaska u duodenum i creva bez regurgitacije istog u želudac. Nalaz: Nema DGR

nici u 90,3%, potvrđenih histologijom kod 86,1%, govori o sposobnosti endoskopije da otkrije i dokaže postojanje DGR i njegovih posledica i da ih diferencira od drugih stanja sa sličnom simptomatologijom. Promene na sluznici endoskopski i histološki su u 2/3 slučajeva bile lakšeg stepena. EHIDA biliscintigrafiju i histološko ispitivanje kod DGR i bilijarnih gastritisa treba uvek učiniti za sigurnu podkrepu endoskpskog nalaza, jer kako se vidi od malog broja kontroliranih ispitanika, postoje gastriti druge etiologije i moguće je postojanje DGR bez simptomatologije i bez posledica.



Slika 3.: Radioizotopni " Tc EHIDA test — gornji deo slike je prva faza prolaska radioizotopa kroz parenhim jetre, a donji deo slike je daljna faza izlučivanja radioizotopa kroz bilijarne puteve u duodenum i creva, ali ujedno i regurgitacija istog u želudac prikazan strelicom. Nalaz: ima DGR.

Tabela broj 2. — Simptomi ispitivanih sa duodenogastričnim refluksom

Dijagnoze	Broj	Simptomi: Bol/ Piroza	Emeza/ Vomit	Diareja/ Slabljenje
1. Reflux duodeno-gastrica Antrumgastritis biliaris	25=	12/8	21/12	2/5
2. Billroth II (I) reflux duodeno-gastrica. Anasto- mositis et gastritis CHR (Polyp 3 Ca 3)	23=	12/2	14/3	3/3
3. Reflux gastrooesophageal -is et duodeno-gastrica. Oesophagogastritis CHR. (HH 12, des incomp. 5, exul. 6	16=	12/7	9/9	3/3
4. Reflux duodeno-gastrica gastritis CHR. et ulcera (antropylor 3, UBD 2)	8=	5/4	7/8	1/3
U k u p n o:	72	41/21	51/42	9/14
	62			
	86,1%		70,8%	58,3%

Tabela broj 3. — Dokazivanje postojanja duodeno-gastričnog refluksa (endoskopski histološki i EHIDA testom)

Dijagnoza	Broj	Endoskopski:		Histološki:		BO	EHIDA test	D/G R+
		D/G R+	Žuč+	Gastrit	Gastritis Incip. CHR			
1. Reflux duodeno-gastrica antrumgastritis biliaris	25=	16	22 64%	22 88%	15—55 80%	5	21 84%	
2. Billorth II (I) reflux duodeno-gastrica. anasto-mosistis et gastritis chr. (polyp 3, CA 3)	23=	23 100%	23 100%	20	10—11 95.7%	2	21 91.5%	
3. Reflux gastroesophagealis et duodenogastrica oesophagogastritis chr. (HH 12, des incomp. 5, exulceratio 6)	16=	14 87.5%	15 94%	15	11—2 81%	3	9 56.2%	
4. Reflux duodeno-gastrica gastritis chr et ulcera (antropiloris 3, ubd 2)	8=	7 87.5%	8	8	6—2 100%	—	4 50%	
U k u p n o:		72	60 83.3	68 94.4	65 90.3	42—20 86.1	10 55	72.7
%								
5. Kontrolni (hernia hiatus)	5=	—	—	2	1	4	1	
	77							

Diskusija i zaključak

Više od 20 g. je refluks žuči u želudac subjekt interesa a i uloga žuči u patologiji želuca, posebno gastritisa, nije do kraja ispitana ni razumljiva. Ranije jednostavno crpljenje želučanog sadržaja i određivanje žučnih soli u njemu, korišćeno za otkrivanje bilijarnih gastritisa i ulceracija u želucu i jednjaku, zamenjeni su danas endoskopskim otkrivanjem DGR, žuči ili patoloških promena na sluznici. Histologija ne može da razlikuje etiološki oblik gastritisa, ali pomaže u proceni stepena inflamacije ili njene lokalizacije. Ipak Dixon i sar.¹ 1986. g. smatraju da se kod bilijarnih gastritisa češće nego kod drugih oblika gastritisa sreću: foveolarna hiperplazija, edem i glatka muskulna vlakna u lamini proprii, kao i vazodilatacija i kongestija površnih mukoznih kapilara uz daleko manju zastupljenost akutnih i hroničnih upalnih ćelija. Svenson i sar.² 1986. g. su dokazali, da bolesnici sa žučnim kamen-

cima imaju izrazitu tendenciju za DGR, koja se povećava posle holecistektomije, najverovatnije zbog smanjene rezervoarne i eliminacione funkcije žučnog mehura. DGR i njegove posledice na gornjem delu GI trakta su najčešće zastupljene kod bolesnika sa gastroenteroanastomoznim operacijama što je i eksperimentalno dokazano (Heil i sar.³ 1981. g.), prouzročene samim vidom operacije, dok se kod drugih drenažnih operacija (Roux en-Y) i visoko-selektivnom vagotomijom ove promene ne sreću.

⁹⁹Tc EHIDA biliscintigrafija objektivizira postojanje DGR i kod pacijenata gde još nema simptoma, ni biliarnog gastritisa, pogotovo ako se učini pre i posle operacije na biliarnim putevima, ili na želucu. Prema Sohraler-u i sar.⁴ 1987. ona otkriva DGR kod 80% ispitivanih sa gastritisom i ulkusnom bolešću.

Naš rad i rezultati potvrđuju visoku vrednost ⁹⁹Tc EHIDA biliscintigrafije u otkrivanju DGR, ali endoskopsko otkrivanje istog i njegovih posledica na želucu i jednjaku, takođe ima ne manji značaj u dijagnostici ovog stanja.

NOVO IZ PROIZVODNOG PROGRAMA

U cilju efikasne supstitucione terapije kod svih stanja gde je oštećena endogena produkcija u bubrežima 1,25-dihidroksi-holekalciferola, aktivnog metabolita vitamina D₃ registrovan je:

ALPHA D₃

— ALFAKALCIDOL —
kapsule od 0,25 i 1 mg

INDIKACIJE

- renalna osteodistrofija
- hipoparatiroidizam
- vitamin D zavistan rahičis
- hipofosfatemički rahičis i osteomalacija
- nutritivni rahičis i osteomalacija
- malapsorpcioni sindrom

ALPHA D₃ je indikovan u terapiji renalne osteodistrofije, hipoparatiroidizma, različitih formi rahičisa i osteomalacije.

ALPHA D₃ efikasno koriguje biohemijeske poremećaje i narušenu koštanu strukturu normalizovanjem nivoa Ca, fosfata, alkalne fosfataze i parathormona. ALPHA D₃ unet oralnim putem, konverzijom u jetri premoščava proces hidroksilacije vitamina D₃ u oštećenim bubrežima.

ALPHA D₃ je uspešan u regresiji renalno-osteodistrofičnih promena kod bolesnika na hemodializi.

ALPHA D₃ smanjuje bol u kostima i mišićnu slabost.

ALPHA D₃ pri dugotrajnoj terapiji ne ispoljava toksičnost.

Za detaljne informacije obratite se proizvođaču.



ZDRAVJE - LESKOVAC

NOVO!

Budućnost supstitucijske terapije pankreasnim enzimima — fiziološka nadoknada enzimskog deficit-a egzokrine funkcije pankreasa:

OPTILAZA® kapsule od 300 mg

- Potpuno nova farmaceutska formulacija — mikropelete sa punom acidorezistentnošću
- 300 mg visoko potentnog pankreatina sa standardizovanom aktivnošću lipaze, amilaze i proteolitičkih enzima
- Rastvaranje kapsula u toku nekoliko minuta sa programiranim oslobađanjem enzima u duodenumu
- Klinička delotvornost i sa manjim brojem kapsula dnevno — bolji „Compliance“ — manji troškovi lečenja
- Dobra podnošljivost i kod dugotrajne terapije

INDIKACIJE

Hronični pankreatitis
Cistična fibroza (Mukoviscidoza)
Resekcija pankreasa
Resekcija želuca (npr. Billroth II)
Dispeptički sindrom sa maldigestijom
Opstrukcija izvodnih kanala tumorom iz okoline glave pankreasa

PAKOVANJA

Kutije sa 50 kapsula
Kutije sa 100 kapsula



ZDRAVJE – LESKOVAC

AKROMEGALIJA UDRUŽENA SA DIJABETES MELITUSOM**ACROMEGALIA ASSOCIATED WITH DIABETES MELITUS**

Jovica PAVLOVIĆ i Vladimir COLIĆ

*Internistička služba bolnice Leskovac***REZIME**

Prikazan je jedan slučaj akromegalije udružene sa insulin zavisnim oblikom šećerne bolesti. Istovremeno sa razvojem akromegalije javila se i šećerna bolest koja nije progredirala. Šećerna bolest se, suprotno od očekivanja, dobro regulisala insulinom.

SUMMARY

We presented a case of acromegalia associated with a form of diabetes dependent on insulin. Simultaneously with the development of acromegalia the diabetes, which did not make progress, appeared. Contrary to expectation, the diabetes was well regulated by insulin.

Uvod

Akromegalija je retko hronično oboljenje srednjeg životnog doba koje se karakteriše prekomernim rastenjem kostiju, vezivnog tkiva i unutrašnjih organa kao odgovor na dugotrajno i preterano lučenje hormona rasta (STH). Kada se bolest javi kod odraslih gde su epifize dugih kostiju spojene sa diafizama, tada se ne raste u visinu, već dolazi do rasta mekih tkiva, povećanja mase i veličine parenhimskih organa, a kosti rastu transverzalno. Najčešći uzrok bolesti je eozinofilni adenom hipofize, znatno manje hiperplazija eozinofilnih ćelija, maligni tumori i hromofobni ili mešani adenom hipofize. Prolazno fiziološko povećanje sekrecije STH dešava se i u trudnoći, pa zbog toga često dolazi do prolaznog povećanja nosa, brade i zadebljanja usana.

Bolest je dosta retka (1:10000—15000 stanovnika). Dva puta je češća kod žena. Obično se pojavljuje oko 40-te godine života, najčešće postepeno. Fizički izgled bolesnika je tipičan. Šake i stopala stalno rastu i postaju nesrazmerno veliki. Dolazi do povećanja obima glave, porasta nosa, jače izraženosti supraorbitalnih luka, porasta i isturenosti donje vilice (prognatizam). Zubi postaju široko razmaknuti i ispadaju. Istovremeno se razvija i povećanje ušnih školjki, mekih delova nosa, usana i jezika. Koža postaje masnja, neelastična, naborana, a u nivoj poglavine prekrivena mul-

tiplim tumorima mesnatog izgleda (mollusca). Dolazi do porasta svih viscerálnih organa (kardiomegalija, hepatomegalija, splenomegalija, pulmomegalija, třeodomegalija, doliko i megakolon). Glas je obično hrapav. Jedan od prvih simptoma bolesti je »stalna« i »uporna« glavobolja. Bolesnici se često žale na oštećenje organa vida u smislu hemianopsije, gubitka sposobnosti razlikovanja boja i suženja širine vidnog polja.

Pošto je STH antagonist insulinu, u 10—25% bolesnika razvija se manifestna šećerna bolest, a smanjenje tolerancije ugljenih hidrata, koje se otkriva testovima opterećenja, postoji u oko 50% bolesnika. Česti su hipogonadizam, galaktoreja i struma.

Dijagnoza akromegalije se postavlja na osnovu kliničke slike, laboratorijskih analiza (povećana koncentracija STH u serumu), rendgenskog nalaza (balonirana sella turcica, »kitnjast« izgled distalnih falangi prstiju šake i stopala), kompjuterizovane tomografije mozga i pregleda vidnog polja (bitemporalna hemianopsija).

Diferencijalno dijagnostički treba isključiti primordijalni gigantizam, rasni gigantizam, primarni hipogonadizam, miksedem i pahidermoperiostitis.

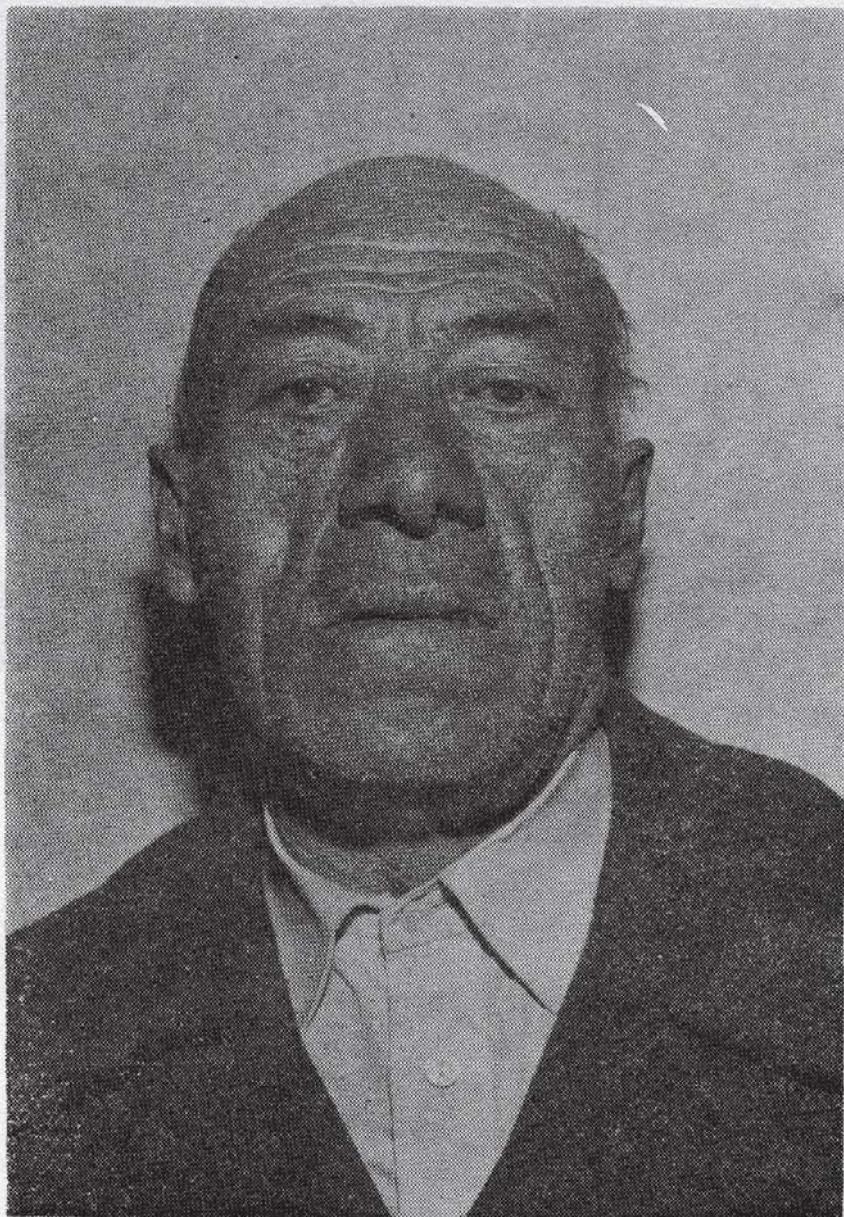
Bolest ima sponi tok, traje čak i decenijama, a moguće su i spontane remisije. Tok bolesti je često pogoršavan nastankom srčane dekompenzacije, arterijskom hipertenzijom i njenim komplikacijama, koronarnom insuficijencijom i pojavom metaboličkih i degenerativnih komplikacija šećerne bolesti. Nekada tumor može »izgoreti« posle čega nastaju simptomi hipogonadizma.

Danas se u lečenju akromegalije primenjuje radioterapija, implantacija radioizotopa u hipofizu transnazalnim putem i hirurška hipofizektomija. U novije vreme pominje se medikamentozno lečenje akromegalije pomoću bromokriptina (2-bromo-alfa-ergokriptin), ali su dosadašnja iskustva još nedovoljna za davanje preciznije ocene ovog načina lečenja.

Naš slučaj

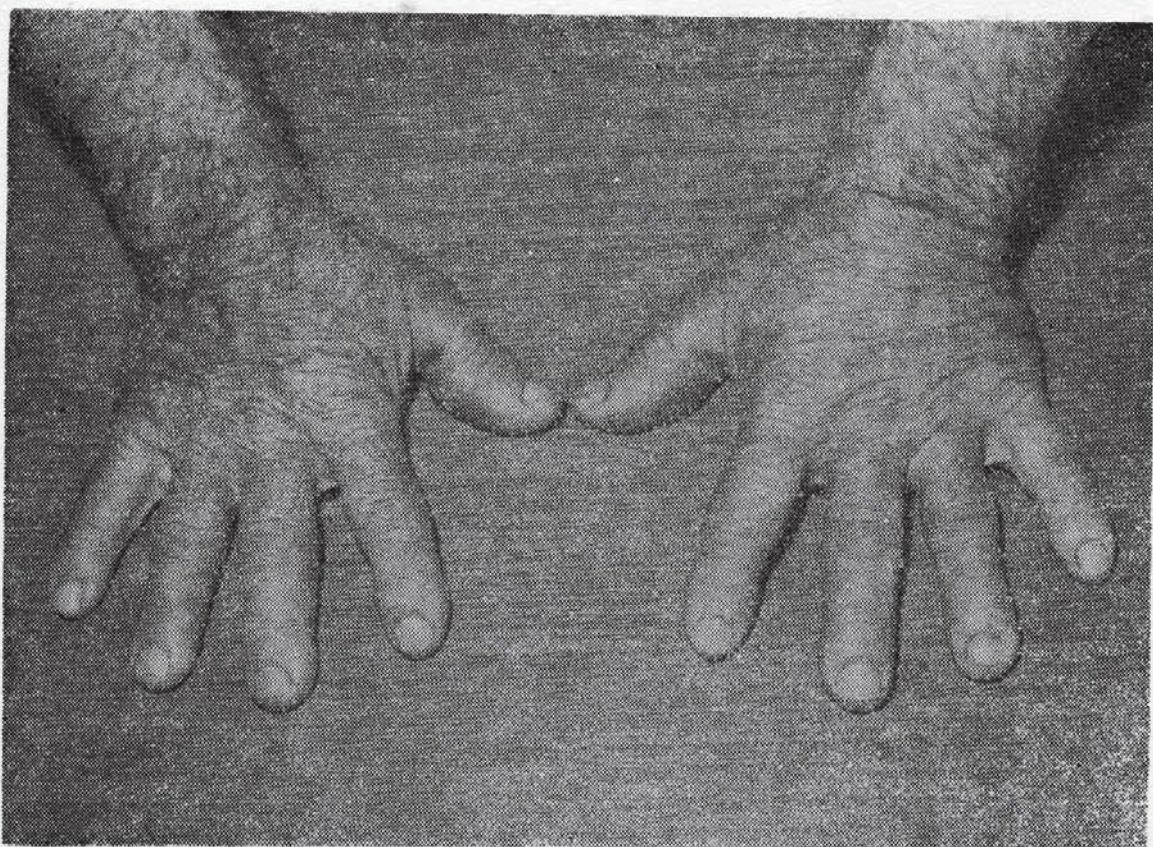
Bolesnik S. D. poljoprivrednik, star 56 godina. U svojoj 43-oj godini života se razboleo sa pojavom upornih glavobolja, hiperglikemijom, polidipsijom, poliurijom i ketonurijom. Uključen je na insulinsku terapiju. Pošto su glavobolje bile i dalje uporne, a promene spoljašnjeg izgleda bolesnika upućivale na akromegaliju, pacijent biva upućen na Internu A Kliniku u Beogradu. Tamo je potvrđena dijagnoza adenoma hipofize i akromegalije. Predloženu operaciju bolesnik odbija i prihvata radioterapiju. Posle 80 seansi zračenja glave nastaje remisija u trajanju od dve godine kada se ponovo javljaju uporne potiljačne, pulzirajuće glavobolje. Šake i stopala trnu i otiču. Cipele mora da menjaju od broja 41 na 44. Nos, vilica i jezik rastu. Ponovo dobija 50 seansi zračenja glave i stanje se opet stabilizuje. Istovremeno redovno kontroliše svoj dijabet u

Savetovalištu za dijabetičare u Leskovcu. Od početka šećerne bolesti pā do danas prima 48 jedinica insulina lente i postiže dobru glikoregulaciju. Pri prvom susretu sa pacijentom njegov izgled je karakterističan: jezik mesnat, naglašena donja vilica (Sl. 1). Šake

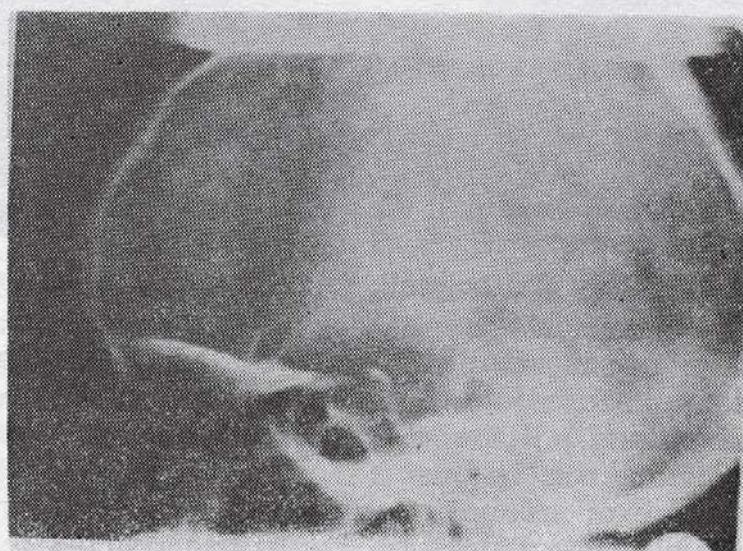


Sl. 1 — Naš bolesnik sa akromegalijom

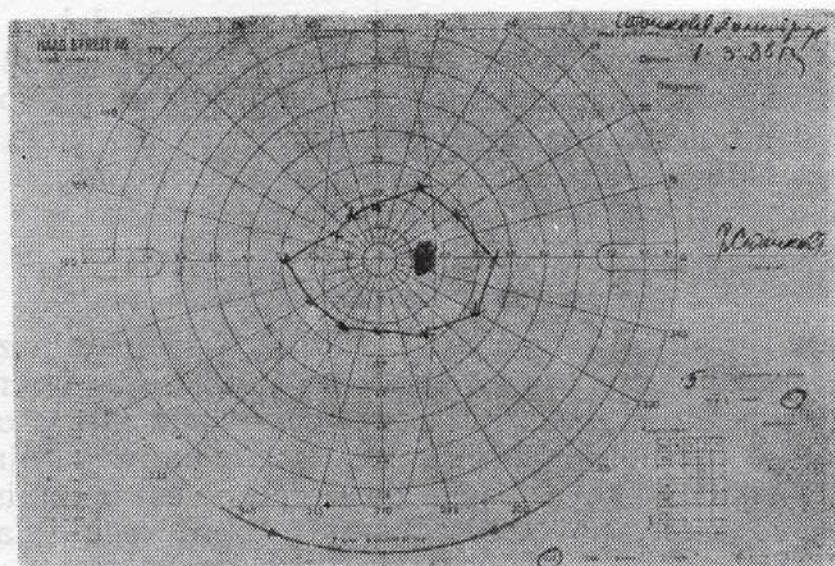
su velike, odaju utisak »džinovske« osobe (Sl. 2). Rentgenska slika turskog sedla pokazuje jako bālonirano sedlo veličine 20x15 mm (Sl. 3). Širina vidnog polja obostrano je sužena na oko 25%, pacijent kao da gleda kroz »tubus« (Sl. 4). Kod pacijenta nema arterijske hipertenzije ni srčane insuficijencije. EKG je uredan. Insulin zavisni oblik dijabetičara redovno kontroliše i sa 48 jedinica insulina lente postiže dobru glikoregulaciju.



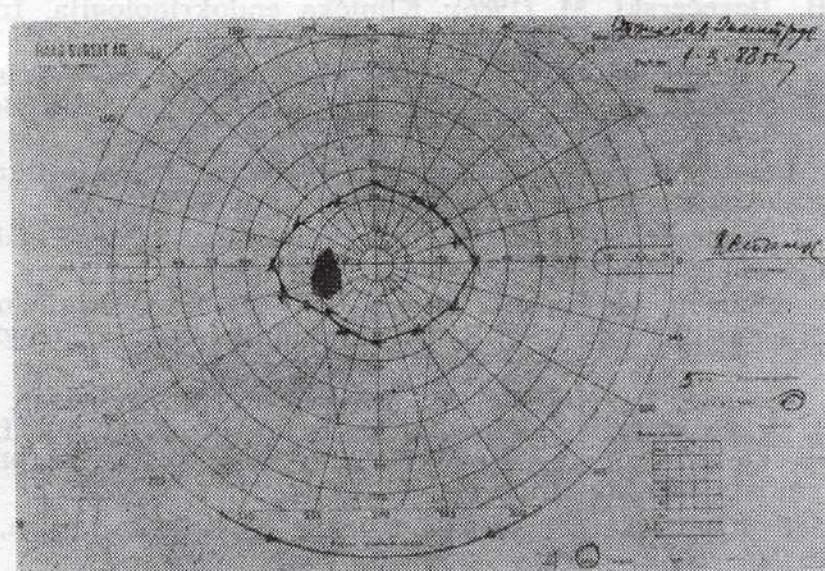
Sl. 2 — Šake našeg bolesnika



Sl. 3 — Balonirano tursko sedlo



levo oko



desno oko

Sl. 4 — Suženo vidno polje levog (25%) i desnog (25%) oka

Komentar

U akromegaliji je povećana koncentracija STH u krvi. Najnovijim ispitivanjima je utvrđeno da su bolesnici u akromegaliji imali značajno sniženje periferne insulinske senzitivnosti (Micić i sar. 1988). Klasično se radi o labilnom obliku dijabetesa koji slabo reaguje na dijetsku ishranu i insulin, a koji se povlači, ili regredira, posle izlečenja akromegalije.

U našem slučaju dijabetes se javio istovremeno kada i akromegalija. Međutim, od početka šećerne bolesti pa do danas paci-

gent prima istu dozu insulina (48 jedinica) i postiže dobru glikoregulaciju. Takođe, šećerna bolest se nije povukla ili regredirala kada se javila remisija akromegalije. Ovo nam daje za pravo da razmišljamo o dve bolesti koje su se pojavile nezavisno jedna od druge. Koncentraciju insulina i STH u serumu nismo mogli utvrditi zbog tehničkih razloga.

Zaključak

Prikazan je slučaj akromegalije udružen sa insulin zavisnim oblikom šećerne bolesti. Karakteristično je da se istovremeno sa razvojem akromegalije javila i šećerna bolest koja nije progredirala. Pacijentu je predložena operacija hipofize koju odbija, ali je radioterapija imala efekta i uspela da uvede bolest u remisiju. Šećerna bolest se, suprotno od očekivanja, dobro regulisala insulinom.

LITERATURA:

- Božović, B., Devečerski, M.** (1986): Klinička endokrinologija, Institut zaštite na radu, Beograd, 128—137.
- Daniels, G. H. and Martin, J. B.** (1987): Akromegalija, U Harrisons Principles of internal medicine, XI izdanje, Mc Graw — Hill Book Company, 1703—1705.
- Hadžić, N. i sar.** (1983): Priručnik interne medicine, Dijagnostika i terapija, Jugoslovenska medicinska naklada, Zagreb, 591—592.
- Kovač, T., Čepšanović, L. i sar.** (1982): Endokrinologija, Medicinska knjiga, Beograd—Zagreb, 32—37.
- Krupp, M., Chatton, M. i grupa autora** (1979): Interna medicina, Savremena dijagnostika i lečenje, Savremena administracija, Beograd, 863—865.
- Mikić, D., Popović, V., Nešović, M., Dragašević, M., Šumarac, M., Kendereški, A., Đorđević, P., Manojlović, D., Mićić, J.** (1988): Izučavanje osetljivosti perifernih tkiva na insulin u bolesnika sa akromegalijom (euglikemijski clamp), Endocrin. Jugoslav. 11, 1, 9—18.
- Stefanović, S. i sar.** (1985): Interna medicina, Medicinska knjiga, Beograd—Zagreb, 927—929.

Autor: Jovica dr Pavlović, internista. Ul. Niška 8/8, 16000 Leskovac

ničajno i uvek aktuelno pitanje glasi: „Kako omogućiti
najbrže, i istovremeno i bezopasno, zaceljivanje ulkusne
niše delovanjem na lučenje HCl u želucu?“

Omeprazol dovodi do dugotrajne supresije sekrecije
želudačne kiseline inhibirajući protonsku pumpu (H^+ , K^+
ATP-aza) parijetalne ćelije želuca. Ovakav mehanizam delo-
vanja u završnom stadijumu sekrecije kiseline omogućava
najefikasniji način inhibicije lučenja HCl jer je nezavisan
od tipa primarnog stimulansa.

OMEPROL® OMEPRAZOL kapsule od 20 mg

- Prvi antiulkusni lek iz grupe inhibitora „protonске pumpe“
- Novi mehanizam dejstva koji se razlikuje od svih do-
sadašnjih lekova
- Najsuperioriji kod zaceljivanja i bola u duodenalnom
i gastričnom ulkusu
- Efikasan i kod ulkusa rezistentnih na dugotrajanu tera-
piju antagonistima H_2 receptora
- Dvostruko efikasniji u terapiji refluksnog ezofagitisa od
antagonista H_2 receptora
- Neprikosnoven u terapiji Zollinger-Ellisonovog sindroma
- Bez klinički značajnih neželjenih dejstava
- Doziranje — jednom dnevno.

Terapija omeprazolom je neuporedivo najefikasnija u odnosu
na sve do sada primenjivane lekove.



ZDRAVJE - LESKOVAC

Stalni neugodni problem u lečenju bakterijskih infekcija je svakako bakterijska rezistencija i ona predstavlja snažan **stimulus** za pronalažeње novih i moćnijih hemoterapeutika.

CIPROCINAL® – 250 CIPROFLOKSACIN tablete

Novi hlinolonski hemoterapeutik sa najjačim baktericidnim delovanjem.

- Široki spektar delovanja na gram-negativne i gram pozitivne patogene bakterije
- Jača baktericidna aktivnost od penicilina, cefalosporina i aminoglikozida
- Baktericidno deluje u fazi rasta i mirovanja bakterija
- Izuzetno efikasan u lečenju infekcija izazvanih Pseudomonasom aeruginosa
- Dobra distribucija i u slabo vaskularizovanim tkivima
- Nema ukršteno reakcije sa penicilinima, cefalosporinima i aminoglikozidima
- Doziranje dva puta dnevno uz minimum neželjenih efekata



ZDRAVIJE – LESKOVAC

Učestalost arterijske hipertenzije kod bolesnika od šećerne bolesti je uobičajena i u vezi sa polom, godinama starosti bolesnika, trajanjem i težinom dijabetesa.

UČESTALOST ARTERIJSKE HIPERTENZIJE KOD BOLESNIKA OD ŠEĆERNE BOLESTI

THE FREQUENCY OF ARTERIAL HYPERTENSION IN DIABETICS

Jovica PAVLOVIĆ, Vladimir COLIĆ, Bećir MUSTAFIĆ

Interni odeljenje Bolnice Leskovac

REZIME

Analizirana je učestalost arterijske hipertenzije kod dijabetičara i korelirana u vezi sa polom, godinama starosti bolesnika, trajanjem i težinom dijabetesa.

U grupi od 1500 bolesnika sa dijabetesom registrovanih u Dispanzeru za dijabetes u Leskovcu utvrđeno je postojanje hipertenzije u 595 (39,67%) slučajeva. Učestalost arterijske hipertenzije je veća kod žena dijabetičara nego kod muškaraca (44,28% : 34,47%).

Kod analiziranih dijabetičara nismo ustanovili postojanje korelacije između težine kliničke slike i učestalosti hipertenzije. Međutim, signifikantna je zastupljenost arterijske hipertenzije kod starijih dobnih grupa.

SUMMARY

The frequency of arterial hypertension in diabetics has been analyzed and correlated according to the sex and age of the patients and duration and seriousness of diabetes.

In a group consisting of 1500 diabetics registered in Leskovac Diabetes Centre hypertension has been determined in 595 cases (39,67%). The arterial hypertension is more frequent in women than in men (44,28% vs 34,47%).

In the analyzed diabetics no correlation has been found between the seriousness off clinical condition and frequency of hypertension. However, the presence of arterial hypertension in older age groups is significant.

Uvod

Dijabetes mellitus je bolest koja daje niz komplikacija, a one su dominantne na krvnim sudovima. Primećeno je da se dijabetes i arterijska hipertenzija sve češće pojavljuju zajedno jer imaju mnoge zajedničke faktore rizika (nasleđe, godine starosti, ishrana, gojaznost, način života i rada, hormonski poremećaji, oboljenja bubreha i drugo). Hipertenzija pogoršava mikroangiopatske komplikacije kao što su nefropatija¹ i retinopatija², pa ju je važno kod dijabetičara dijagnostikovati i na adekvatan način lečiti.

Arterijska hipertenzija je vrlo česta, pa zavisno od rase i geografskog položaja od nje boluje od 8—18% odraslog stanovništva.

Pell i D'Alonzo⁸ su ispitivanjem našli da je prevalenca arterijske hipertenzije za 54% veća kod dijabetičara u odnosu na nedijabetičare. Prema statističkim podacima raznih autora 1, 4, 5, 9, 10 učestalost hipertenzije kod bolesnika od šećerne bolesti kreće se u intervalu od 20—70%.

Ispitivanja su pokazala da za nastanak hipertenzije u toku dijabetesa najznačajniju ulogu imaju starost bolesnika, dužina trajanja dijabetesa i donekle i pol 1, 2, 3, 9, 10.

Cilj rada

Cilj rada je epidemiološka analiza arterijske hipertenzije na vlastitom materijalu dijabetičara. U radu smo arterijsku hipertenziju korelirali u vezi sa polom, godinama starosti bolesnika, kao i trajanjem i težinom dijabetesa.

Materijal i metode rada

Arterijski pritisak je kontrolisan u Dispanzeru za dijabetes u Leskovcu, a dijagnoza arterijske hipertenzije je postavljena mernjem živinim manometrom u sedećem i ležećem položaju. Za ocenu hipertenzije uziman je isključivo dijastolni krvni pritisak. Svi bolesnici čiji je dijastolni pritisak bio preko 12,6 kPa smatrani su da imaju hipertenziju. U odnosu na visinu dijastolnog pritiska bolesnici su podeljeni u tri grupe: laku, sa dijastolnim pritiskom između 12,7—15,2 kPa, srednje tešku sa dijastolnim pritiskom čije su vrednosti između 15,3—17,3 kPa i tešku sa vrednostima dijastolnog pritiska preko 17,4 kPa (modifikovana klasifikacija Sokolow-Harris-a).

Sve bolesnike smo svrstali u starosne grupe od 15—20; 21—40; 41—60; 61—70; 70—80 i preko 80 godina.

Prema dužini trajanja dijabetesa bolesnike smo podelili u grupe od 0—5; 5,1—10 i preko 10 godina.

Prema načinu lečenja dijabetesa bolesnike smo podelili na one koje primaju insulin i koji ga ne primaju tj. koriste peroralne antidiabetike i dijabetičku ishranu.

Rezultati rada

Ispitivanjem je obuhvaćeno 1500 bolesnika od šećerne bolesti registrovanih u Dispanzeru za dijabetes u Leskovcu, odnosno 707 muškaraca ili 47% i 795 žena ili 53%.

Hipertenziju je imalo 595 (39,67%) dijabetičara. Muškaraca je bilo 243 (40,85) dok je žena bilo 352 (59,15%) (Tabela 1).

Tabela 1.

Dobne grupe	Pol	Broj	Arterijska hipertenzija			Ukupno	%
			I stepen	II step.	III step.		
15—20	Muški	29	—	—	—	—	—
	Ženski	25	—	—	—	—	—
21—40	Muški	102	4	1	—	5	4,91
	Ženski	95	5	2	—	7	7,37
41—60	Muški	280	46	4	1	51	18,24
	Ženski	336	70	6	1	77	22,92
61—70	Muški	179	78	11	2	91	50,84
	Ženski	189	108	16	4	128	67,72
71—80	Muški	89	62	10	—	72	80,90
	Ženski	114	93	12	—	105	92,10
preko 80	Muški	26	6	18	—	24	92,31
	Ženski	36	34	1	—	35	97,22
Ukupno	Muški	705	196	44	3	243	34,47
	Ženski	795	310	37	5	352	44,28

Kao što se iz tabele 1. vidi najveća učestalost hipertenzije u bolesnika sa dijabetesom je u sedmoj i osmoj deceniji života. Iznad 50 godina života bilo je 545 (91,60%) bolesnika. Ovi podaci ukazuju na činjenicu da starost igra određenu, ne tako malu, ulogu u pojavi hipertenzije kod dijabetičara. Takođe se vidi da je najveći broj hipertoničara imao lak oblik hipertenzije (84,90%).

Procenat dijabetičara sa lakisom oblikom hipertenzije se ravnomerno povećava sa starošću. Ovo ukazuje na činjenicu da hipertenzije koje se javljaju u starijim dobnim grupama retko poprimaju maligni karakter.

Posebna pažnja je posvećena uticaju dužine trajanja dijabetesa na pojavu hipertenzije (tabela 2). Prema dužini trajanja obo-

Tabela 2.

Dužina trajanja dijabetesa u godinama	Pol	Broj	Arterijska hipertenzija			Ukupno	%
			I stepen	II step.	III step.		
0—5	Muški	494	152	21	—	173	35,02
	Ženski	550	220	21	—	241	43,82
5,3—10	Muški	102	21	9	1	31	30,39
	Ženski	123	45	8	1	54	43,90
Preko 10	Muški	109	23	14	2	39	35,78
	Ženski	122	45	8	4	57	46,72

Ijenja od dijabetesa imali smo najveći broj bolesnika oba pola u grupi od 0—5 godina. Najveći procenat hipertoničara imali smo u grupi preko 10 godina i za muškarce (35,78%) i žene (46,72%), ali su razlike u procentima između pojedinih grupa bile neznatne.

U grupi sa lako oblikom dijabetesa bilo je 813 osoba od toga sa hipertenzijom 318 (39,11%). Sa teškim oblikom dijabetesa bilo je 687 od toga sa hipertenzijom 277 (40,32%) (Tabela 3).

Tabela 3.

Način lečenja dijabetesa	Broj	Arterijska hipertenzija			Ukupno	%
		I stepen	II step.	III step.		
Insulin	687	230	42	5	277	40,32
Peroralni antidijabetici i dijeta	813	276	39	3	318	39,11

Diskusija

Iz tabele 1. vidi se da se učestalost hipertenzije progresivno povećava sa starošću bolesnika. Verovatno zbog porasta ateromatoze kod starih dobnih grupa dolazi do učestalije pojave hipertenzije i dijabetesa, a ne da obe bolesti uslovljavaju jedna drugu. To je razlog što je kod starijih osoba dijabetes lagan i hipertenzije blage. Dijabetes mlađih je onaj faktor koji doprinosi učestaloj pojavi hipertenzije. Tako bi se možda video da su hipertenzije mlađih dijabetičara malignije i često praćene dijabetesnom nefropatijom. U ovom radu nedostaje takva korelacija zato on ima samo ograničenu vrednost.

Nismo našli neke značajnije razlike u uticaju dužine trajanja dijabetesa na pojavu hipertenzije.

Hipertenzija kod bolesnika od šećerne bolesti javlja se nešto češće kod žena nego kod muškaraca (44,28%:34,47%).

Zaključak

U grupi od 1500 bolesnika sa dijabetesom utvrđeno je postojanje hipertenzije u 595 (39,67%) slučajeva. Učestalost arterijske hipertenzije nešto je veća kod žena dijabetičara nego kod muškaraca. Najveća učestalost hipertenzije u dijabetičara bila je u sedmoj i osmoj deceniji. Iznad 50 godina života je bilo 545 (91,60%) bolesnika.

Kod analiziranih dijabetičara nismo ustanovili postojanje korelacije između težine kliničke slike i učestalosti hipertenzije. Međutim, signifikantna je zastupljenost arterijske hipertenzije kod starijih dobnih grupa.

LITERATURA:

1. Arsov, D., Macali, M., Perčinkovski, R., Vanovski, B., Sajkov, Z. (1964): Kar-diovaskularne promene kod šećerne bolesti, II kongres internista Jugoslavije, 163—166, Sarajevo.
2. Devečerski, M., i sarad. (1975): Međusobni odnos hipertenzije i poremećaja u metabolizmu ugljenih hidrata u raznim populacijama, Med. istraživanja, 2,67.
3. Drury P. L. (1983): Diabetes and arterial hypertension, Diabetologia, 1,24.
4. Goldenberg, S., Alex, M., Joshi, R., Blumunthal, H. (1959): Non atherosomatics peripheral vascular disease of the lower extremity in diabetes mellitus, Diabetes, 8, 261—273.
5. Jasny, T. (1966): Vztah otylosti k vyskytu a prubehu uplavice cukrove, Československa gastroenterologie a vyživa, 1, 39—46.
6. Konwher W. C., P. H. Beunett, E. J. Ballantine. (1980): Increased incidence of retinopathy in diabetics with elevated blood pressure, New. Engl. J. Med. 302, 645.
7. Parving H. H., A. R. Anderson, U. M. Smid, B. Oxenboll, B. Edsberg, J. Sandahl—Christiansen. (1983): Diabetic nephropathy and arterial hypertension, Diabetologia, 10, 24.
8. Pell, S., D'Alonzo, A. (1967): Some aspects of hypertension in Diabetes mellitus, Jama, Vol. 202, №1, 10—16.
9. Stanulović, D., Spevak, Lj. (1963): Učestalost dijabetes mellitusa i komplikacije ove bolesti na internom odelenju glavne pokrajinske bolnice u poslednjih 5 godina, Medicinski pregled, 8, 451—454.
10. Đurić, D., Mičić, J., Babić, D. (1962): Šećerna bolest na internoj klinici A Medicinskog fakulteta u Beogradu u periodu od šest godina (1951—1956), Medicinski glasnik, broj 2, 64—67.

NOVI ANTAGONIST KALCIJUMA

Nitrepin®

NITRENDIPIN
ANTIHIPERTENZIV

Specifičan i visoko selektivni antagonist kalijuma
u terapiji hipertenzije.

DOZIRANJE — Jedna tabletta dnevno

Izuzetno pogodan za
dugotrajnu terapiju.

- Tablete od 10 i 20 mg



ZDRAVJE — LESKOVAC

zavojom i očekujući u narednoj godini da će se naša zemlja učestvovati u ovom projektu, učestvujemo u organizaciji i realizaciji učionica i seminarova. Uz ovaj poziv, pozivamo vam da učestvujete u našim aktivnostima, a takođe i u našem seminaru.

UDRUŽENOST HRONIČNIH HEMOLITIČKIH STANJA I PIGMENTNE KALKULOZE U ŽUĆNIM PUTEVIMA

ASSOCIATION OF CHRONIC HAEMOLYTIC CONDITIONS AND THE PIGMENT CALCULUS IN BILE — DUCTS

Saša DRGOV, Dragutin NIKOLIĆ, Vladimir COLIC

Internistička služba Bolnica — Leskovac

REZIME

Ideja za ovaj rad potiče iz podataka u literaturi o visokoj učestalosti pigmentne kalkuloze žučnih puteva, u ipak retkim hroničnim hemolitičkim stanjima. Vođeni tom idejom prikazujemo jedan slučaj bolesnice sa primarnim oblikom autoimune hemolitičke anemije udružene sa trombocitopenijom pod sličkom Evansovog sindroma, kod koje nalazimo kalkuluzu žučne kese, verovatno pigmentnog karaktera. U dijagnozi ovog stanja koristila nam je anamneza, klinički nalaz, raspoloživa laboratorijska dijagnostika i ultrazvučna dijagnostika.

SUMMARY

The idea for this study has come down from the literature on high frequency of pigmentous calculus in bile-ducts in chronic haemolytic conditions, though these are rare. Having been led by that idea, we here present a case of a female patient with a primary form of autoimmune haemolytic anemia associated with thrombocytopenia giving a picture of Evans syndrome, and who is found to have calculus in her gall bladder, which is probably of a pigmentous character. To make the diagnosis of this condition we used the anamnesis, clinical findings, available laboratory diagnostics, and ultrasound diagnostics.

Uvod

Osvrnući bi se na patogenezu pojave pigmentne kalkuloze u hemolitičkim stanjima.

Vek normalnih eritrocita je oko 120 dana. Oni, kao i oštećeni eritrociti pomoću dva mehanizma se uklanjuju iz cirkulacije: 1. Ekstravaskularnom hemolizom jetri i slezini, 2. Intravaskularnom hemolizom — znatno ređe — 10—15%. U intravaskularnoj hemolizi oslobođeni hemoglobin se vezuje za haptoglobin, kojeg stvara jetra, a njegovim iscrpljenjem za hemopeksin. Kad se iscrpe i

hemopeksin višak prelazi u methemalbumin. U izraženoj intravaskularnoj hemolizi višak slobodnog hemoglobina prelazi u glomerularni filter, i kad pređe veličinu reapsorpcije u proksimalnim tubulima pojavljuje se u mokraći (dokazuje se pruskim plavim).

Postoje tri faze u metabolizmu bilirubina: 1. Splenična faza, kojom iz hema razgrađenih eritrocita u RES sistemu slezine nastaje pod dejstvom hem oksigenaze biliverdin, a ovaj se pretvara pod dejstvom biliverdin reduktaze u bilirubin. On se vezuje za albuminu plazme i odnosi u jetru. 2. Hepatična faza: Bilirubin se odvaja od albumina na spoljnoj površini sinusoidne membrane hepatocita i prelazi u citoplazmu, gde se vezuje za ligandine (Y i Z proteini), koji ga dalje prenose do GER, gde se vrši konjugacija sa glukuroniskom kiselinom u bilirubin glukuronid. Ulazak bilirubina na sinusoidnom polu hepatocita je energetski nezavistan proces, pa prema tome sa velikim kapacitetom hepatocita za kaptaju bilirubina. Izlučivanje konjugovanog bilirubina na biliarnom polu odvija se po principu aktivne ekskrecije, te zahteva utrošak energije, pa je ekskretorna funkcija hepatocita zavisna od energetskog procesa. Time bilirubin kroz kanalikularnu membranu hepatocita odlazi u primarne i sekundarne žučne kanaliće. Bilirubin se nalazi u žući u konjugovanom obliku, koji je u vodi rastvorljiv, pa je teško shvatiti zašto povećana količina bilirubina u hemolizi dovodi do nastanka žučnih kamena. Međutim, još uvek je nepoznato ponašanje konjugovanog bilirubina u različitim uslovima u humanoj žući. Postoji mogućnost da u žuči kroz membranu hepatocita ulaze i konjugovani i nekonjugovani bilirubin, pri čemu se ovaj poslednji, koji je na neki način izbegao konjugaciji u hepatocitima resorbuje, jer je u lipidima rastvorljiv. U uslovima hipersekrecije bilirubina ova resorpcija može biti insuficijentna, pa se deo slobodnog bilirubina koji persistira u žući, taloži. Istovremeno inflamacija u biliarnim strukturama dovodi do dopunske krečne precipitacije. U donjem delu tankog creva i kolonu, bakterije pod dejstvom (Živković, 1983.) 3. Crevna faza: Nastaje prelaskom žuči u duodenum. U donjem delu tankog creva i kolonu, bakterije pod dejstvom beta glukuronidaze vrše pretvaranje konjugovanih bilirubina u urobilinogen, koji se delom reapsorbuje i ponovo kaptira u jetri ili pojavljuje u mokraći, a delom izlučuje stolicom.

Hemolizna anemija će se ispoljiti tek kada koštana srž ne može da nadoknadi povećanu razgradnju eritrocita. Do tog stadijuma imamo samo hemoliznu bolest.

Klinička slika hemoliznih anemija je obuhvaćena prikazom slučaja. Laboratorijska dijagnostika hemolitičkih anemija (bez osvrta na specifičnu dijagnostiku pojedinih oblika) prikazana je na šemici 1.

Šema 1. Laboratorijska dijagnostika hemoliznih stanja

	Umerena hemoliza (vek eritrocita 20—60 dana)	Teška hemoliza (Vek eritrocita 5—20 dana)
Periferna krv:		
— anemija	0 (To je samo hemolizna bolest)	+
— retikulocitoza	↑	↑↑
— eritroblastoza	0	+
Plazma (serum):		
— p-hemoglobin	↑	↑↑
— s-bilirubin (pretežno nekonj.)	↑	↓↑↑
— s-haptoglobin	↓, nedostaje	nedostaje
— s-hemopeksin	normalan, ↓	, nedostaje
— s-methemalbumin	0	+ (intravaskulna hemoliza)
— s-Gvožđe	↑	↑
— UIBC	↓	↓
Koštana srž:		
— hiperplazija eritrocitne loze eritroblastnog tipa	+	↑↑
Urin:		
— bilirubin	0	0, +
— urobilinogen	različito	različito
— Hemoglobin	0	+ (intravaskulna hemoliza)
— hemosiderin	0	+

Najpouzdaniji parametar za dijagnozu hemolize je skraćen vek hromom (Cr 51) ili gvožđem (Fe 59) obeleženih eritrocita.

Prikaz slučaja

Bolesnica T. J. stara 49 g. domaćica, majka troje dece, lečena u dva navrata na Internom odeljenju (od 9. IV — 30. IV 1990. g. i od 13. VI — 02. VII 1990. g.). Od marta meseca 1990. g. primećuje izrazitu malaksalost, zamor na minimalni napor i povremeno žutilo kože i sluzokoža sa mokraćom boje piva. Zbog pojave tromboflebitisa leve noge primljena je 9. IV 1990. g. u Hirurško odeljenje, a odatle prebačena u Interno odeljenje zbog izraženog anemijskog sindroma. Skreće nam pažnju i podatak u anamnezi da je pre 20 g. imala slične simptome, kada se sumnjalo na »žuticu«. U objektivnom nalazu izrazito bledilo kože i sluzokoža sa subikterusom. Nalaz po sistemima sem uvećanja slezine za 2p. p., glatke površine, normalne konzistencije, ne pokazuje značajnija odstupanja. Nema uvećanih limfnih žlezda.

Biohumoralni nalaz: Se:120/140, Er: $1,12 \times 10^{12}/l$, Hb:2,72 mmol (1,Le: $12,0 \times 10^9/l$, Trombociti:62,6, $92,0 \times 10^9$) 1, diferntni leukogram bez odstupanja, Retikulociti: 10%, vreme krvarenja 1 min 30", vreme koagulacije 6 minuta, Bilirubin (direktni) :31,7 mikromol/l, bilirubin (celokupni): 125,3 mikromol/l, AST:29,4 U/l, ALT:24,1 U/l, glikemija:5,68 mmol/l, Urea: 2,4 mmol/l, Kreatinin: 62 mikromol/l u mokraći pozitivan urobilinogen, sediment b. o. s-Gvožđe 15,5 mikromol/l, LDH: 507U/l, HbsAg negativan, osmotska rezistencija eritrocita: početna hemoliza u 0,40% rastvoru, totalna hemoliza u 0,32% rastvoru (normalne vrednosti), direktan Coombsov test pozitivan, indirektneg negativan. Periferni razmaz: Dominira makroci-toza sa polihromatofilijom i eritroblastima različitih stadijuma sazrevanja: Ehotomografija abdomena: Jetra se prikazuje u vidu homogenog, solidnog ehotipa, normalne veličine, lako steatotično izmenjena. Žučna kesa je trostruk savijena, zadebljalih zidova sa solitarnom kalkulozom u vratu (slika 1). Intra i extrahepatalni žučni putevi nisu prošireni. Pankreas i oba bubrega su ehotomografski uredni, dok je slezina lako uvećana, homogene ehostrukture. Bolesnica je terapijski tretirana sa pet transfuzija izdvojenih eritrocita, kortikosteroidima, vitamonom B12 (razlog davanja je ubrzana eritropoeza sa relativnim nedostatkom B12) pa je u poboljšanom opštem stanju i boljem biohumoralnom nalazu otpuštena sa odeljenja (Er: $3,0 \times 10^{12}/l$, Hb:6,1 mmol/l, Le: $10,0 \times 10^9/l$, Trombociti: $142,0 \times 10^9/l$, ponovljen direktan Coombsov test pozitivan). Za kućnu terapiju preporučen Pronizon tbl 20 mg dnevno (2+1+1). Do juna meseca 1990. g. dobro se osećala, a tada je zbog povišene temperature, bolova ispod rebarnih lukova, prolivastih stolica i povraćanja ponovo primljena u Interno odeljenje. Laboratorijski nalazi: Se:20/50, Er: $2,5 \times 10^{12}/l$, Le: $8,4 \times 10^9/l$. Na primenjenu terapiju transfuzijom deplazmatisanih eritrocita i kortikosteroidima, dolazi do poboljšanja tako da se otpušta sa odeljenja 02. VII 1990. g. na 2tbl Pronizona. Pri zadnjoj kontroli 05. II 1991. g. pri dobrom opštem stanju i biohumoralnim nalazima (Se:100/117, Er: $3,3 \times 10^{12}/l$, Hb:6,25 mmol/l, Le: $9,6 \times 10^9/l$, bilirubin celokupni 12,7 mikromol/l) zadržana do sledeće kontrole na 2. tbl Pronizona.

Zaključak

Prikazali smo bolesnicu sa Evansovim sindromom (autoimuni, primarni oblik hemolitičke anemije sa trombocitopenijom) koja ima kalkulozu žučne kese uz znakove hroničnog holecistitisa. S obzirom na visoku učestalost kalkuloze žučnih puteva u hroničnim hemolitičkim stanjima predpostavljamo da je reč o pigmentnim kalkulusima.

Ovaj slučaj nas obavezuje da pri susretanju sa velikim brojem bolesnika koji imaju kalkulozu u žučnim putevima i pridruže-

ni anemijski sindrom, isti razjašnjavamo i u pravcu hemolitičke anemije.

Znamo da akutna hemolizna kriza ide sa bolovima u trbuhu, jezom, povraćanjem, izraženom hemoglobinurijom i mogućom akutnom bubrežnom insuficijencijom. Verovatni uzrok ovih abdominalnih tegoba su mezenterijalne tromboze usled oslobođanja ADP-a iz liziranih eritrocita i aktiviranje trombocita. Praktično bi bilo značajno, zbog različitog terapijskog pristupa, laboratorijskom i ultrazvučnom dijagnostikom utvrditi da li su u ovim stanjima bolovi u trbuhu izazvani samo akutnom hemoliznom krizom, da li se radi o napadu kalkulognog holecistitisa, ili se radi o slučajnoj koincidenciji i jednog i drugog patološkog stanja. U tom smislu drugu hospitalizaciju bolesnice shvatamo kao hemoliznu krizu a tromboflebitis u prvom prijemu kao komplikaciju osnovne bolesti.

LITERATURA:

1. Stefanović S. i sar (1985): Interna medicina, Medicinska knjiga Beograd—Zagreb, 1148—1166.
2. Stefanović S. i sar. (1987): Specijalna klinička filozofija, Medicinska knjiga Beograd—Zagreb, 573—579.
3. Stefanović S. (1989): Hematologija, Medicinska knjiga Beograd—Zagreb, 431—509.
4. Jakšić B., Labar B., Grgičević D. i sar. (1989): Hematologija i transfuziologija, Jumena Zagreb, 357—385.
5. Popović O., Stajić M. (1984): Digestivna semiologija sa patofiziološkim osnovama, Naučna knjiga, Beograd, 183—197.

A u t o r: Dr Saša Grgov, internista, Ul. Vuka Karadžića 14, 16230 Lebane

NOVO!

Selektivni holinomimetik izvanredno dobro ispitani i prihvaćeni širom sveta

CISAP®

cisaprid
tablete, ampule

- Povećava gastrointestinalni motilitet čitavom dužinom GIT-a
- Efikasno otklanja postprandijalne tegobe (podrigivanje, gorušica, nadutost)
- Kod bolesnika sa simptomima refluksa udruženih sa hijatus hernijom i/ili ezofagitisom žnačajno smanjuje regurgitaciju danju i noću
- Može biti pogodan u lečenju paraplegičara sa teškim zatvorom
- Slabo prolazi hematoencefalnu barijeru, tako da praktično nema centralnih dejstava

INDIKACIJE

Tablete:

- Refluksni ezofagitis
- Idiopatska gastropatijsa
- Dijabetična gastropatijsa

Ampule:

- Postoperativna pareza creva

Doziranje je individualno u zavisnosti od simptoma, s tim da dnevna doza ne pređe 40 mg.

KONTRAINDIKACIJE

Apsolutne kontraindikacije nisu poznate.

Za detaljne informacije obratite se proizvođaču.



ZDRAVJE - LESKOVAC

ob obnovljačkim elementima. U svim obnovljačkim mukozama uvećana je invazivnost i rastinjenost, te se u obnovljačkim mukozama uvećava i invazivnost i rastinjenost.

ENDOSKOPSKE I HISTOLOŠKE PROMENE SLUZNICE JEDNJA-KA TIPA BARRETT

ENDOSCOPIC AND HISTOLOGIC CHANGES OF BARRETT'S ESOPHAGUS

Bojan VANOVSKI, Đorđe Stavrić, Đorđi Zografski i Jelica Dimitrijević

Interni odelenje Bolnice Leskovac i Onkološki institut, Medicinskog fakulteta Skopje

REZIME

Prikazane su i opisane endoskopske i histološke karakteristike Barrett-ovog jednjaka kod 6-ce pacijenata i istaknuta njihova dijagnostička i prognostička važnost. Barrett-ov jednjak predstavlja cilindričnu metaplaziju mukoze jednjaka, sa simptomima teškog i dugotrajnog refluksnog ezofagitisa, ovisne od stepena upalnog procesa i posledica deteriorizacije epitela, premda je metaplazija sama po sebi asimptomatska. Rutinska radiologija prikazuje postojanje hijatalne hernije, ezofagealnih ulkusa i peptične stricture, ukazujući na moguće postojanje ove bolesti. Endoskopija daje najveći broj postojećih promena na sluznici, razloge za nastajanje istih i posledice Barrett-ovog jednjaka. Histologija potvrđuje endoskopski nalaz i određuje tip cilindrične metaplazije (Junkcionalnu (kardijalnu), fundusnu intestinalnu, specijalnu ili kombiniranu).

SUMMARY

We present the patterns for the diagnosis, checking the clinical, radiological, endoscopical and histological data of 6 patients suffering from Barrett's Esophagus (columnar metaplasia lining the lower esophagus). The clinical characteristics are those of severe esophagitis of long evolution, although metaplasia itself is asymptomatic, and its features depend on the inflammations degree. Radiology can bring out some data as hiatal hernia, ulcers or strictures, by means of which endobrachyesophagus can be suspected. Endoscopy provides us with accurate data about Barrett's esophagus, ulcers, stricture and inflammation. Histology reveals the type of columnar metaplasia (junctional, or cardial, gastric fundic, intestinal or specialized, or composite).

Uvod

Prisutnost elemenata cilindrične sluznice u donjoj polovini, odnosno, trećini jednjaka, samu ili zajedno sa normalnim višeslojnim pločastim epitelom je prvi opisao Barrett, 1950^o, smatrajući to

kongenitalnom promenom, da bi 7 godina kasnije zaključio da ona može biti i akvirirana. (Barrett, 1957²) Kasnije su publicirani i drugi slučajevi i radovi među kojima se ističu oni Burgess-a i sar. 1971³ sa 17 slučajeva, Endo-a i sar., 1974⁴, Desbaillets-a i Mangla, 1976⁵, i posebno Olly-a i sar., 1985⁶ sa retrospektivnom studijom 258 slučajeva. Tri su glavna problema koji dominiraju u tim radovima: patomehanizam nastanka bolesti, endoskopsko-histološke promene sluznice i njihov značaj u dijagnostici i prekancerozno značenje Barrett-ovog jednjaka.

Danas je opšte prihvaćeno da je Barrett-ov epitelijum stečena promena, nastala kao posledica dugotrajnog gastro-ezofagealnog refluksa u početku kao refluksni ezofagitis, a kasnije kao cilindrična metaplasija prvobitnog epitela sa težim komplikacijama peptičnom strikturom, cilindričnom sluznicom i peptičnim ulkusom u predelu strikture ili tela jednjaka. Kod toga kod najvećeg broja slučajeva postoji i klizajuća ili fiksirana hijatalna hernija. Ovakav tip metaplastične sluznice smatra se premalignim stanjem sa 5—10% rizika za pojavu adenokarcinoma jednjaka. (Ottenjann i Elster, 1980⁷). A kombinacija refluksnog ezofagitisa, cilindričnog metaplastičnog epitelia i karcinoma na jednjaku je opisana kao Dawson-ov sindrom. Dawson, 1964⁸, Jernstrom i Brewer, 1970⁹).

Materijal i metod rada

U toku višegodišnjeg rada i između 488 slučajeva histološki potvrđenih da imaju refluksni ezofagitis, dijagnosticirani su i ob servirani 6 pacijenata sa Barrett-ovim jednjakom. Slučajevi su endoskopirani i zbog sumnje na Barrett-ov epitel pažljivo biopsirani više centimetara iznad kardiјe i u više navrata sa po 8—10 ciljanih biopsija. Dvojica njih su operisani pa je i na tom materijalu potvrđena histološka dijagnoza. Preparati su bojeni HE.

Rezultati

Najvažniji podaci iz anamneza, rentgenskog pregleda, endoskopije i histologije su izneti na **Tabeli br. 1**. Podjednako su bili zastupljeni oba pola, dok je starost pacijenata bila od 43—72 g. (sr. 63.7). Najčešće su poteškoće bile disfagija, odinofagija i povraćanje. Rentgenski su gotovo svi imali hijatalnu herniju raznog stepena, a strikturu samo kod jednoga. Najviše podataka o Barrett-ov-

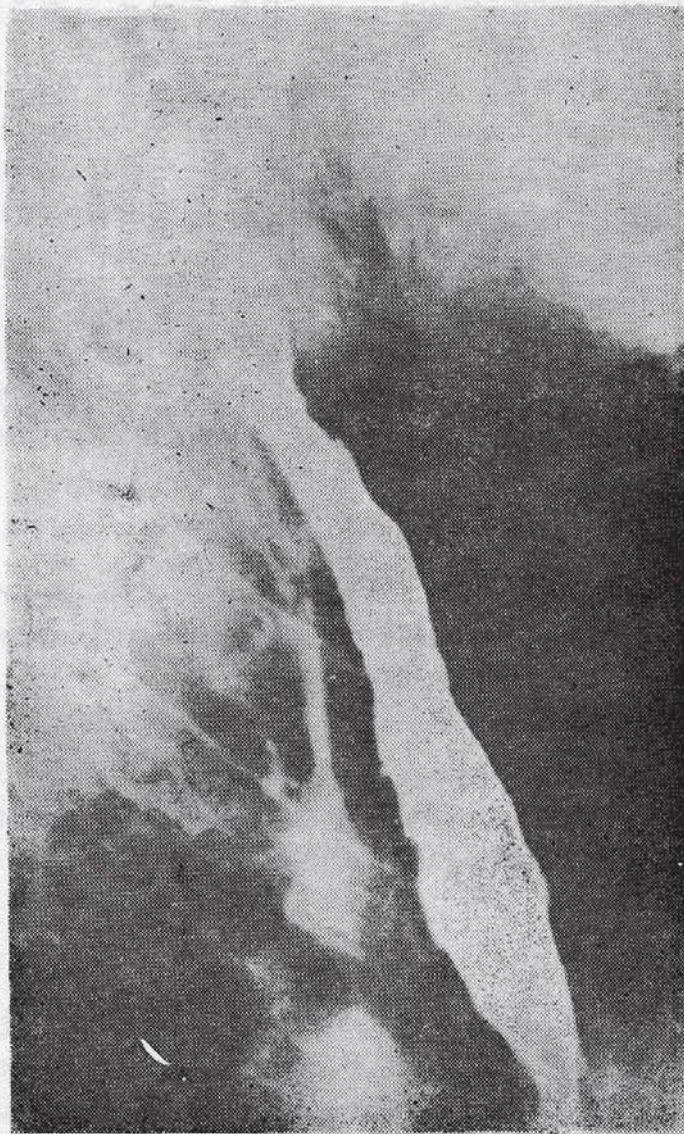
Tabela broj 1. — Anamnestički rentgenološki endoskopski i histopatološki podaci 6-ce bolesnika sa Barrett-ovim jednjakom

Broj	Pol i starost	Anamneza	Rentgen	Endoskopski	Histopatološki
1.	m 57	Disfagija	—	Substenzo na 38 cm RE žarišta sa gastričnim epitelom na distalnoj 1/3	Pločasti epitel pomešan sa cilindričnim, oba inflamirani žlezde cilin. epitel/Barrett
2.	ž 43	Disfagija ezofago-jejuno stoma	Ezofago-jejuno stoma	Substenzo IER, RE, gastrična sluznica i eozulceracije na distalnoj 1/3	Cilindrični epitel/Barrett
3.	ž 72	Disfagija Vomitus	HH GER VEB? Stric-tura na 32 cm.	Stricture na 25 i 35 cm. GER RE HH gastrični epitel vul-nerabilni ispod stricture	22cm inflamirani ezofagusni i antralni epitel 35 cm RE i fundusni inflamirani epitel
4.	ž 72	Odinofagija Vomitus	HH bulbarna substenzo	HH GER RE Linearni i ovalni ulkusi hemoragije i gas-trični epitel na distalnoj 1/3	RE i cilindrični epitel sa ne-krotičnim masama od ulku-sa/Barrett
5.	m 68	Odinofagija Vomitus	HH	HH GER hemoragija distal na 1/2 cilindrični epitel i ul-Cu: pepticum	Barrett sluznica sa cilindričnim epitelom/intestinalni tip
6.	m 70	Odinofagija	HH	HH GER hiperemija edem vulnerabilni gastrični epitel /Barrett	Fundusni epitel sa inflama-cijom

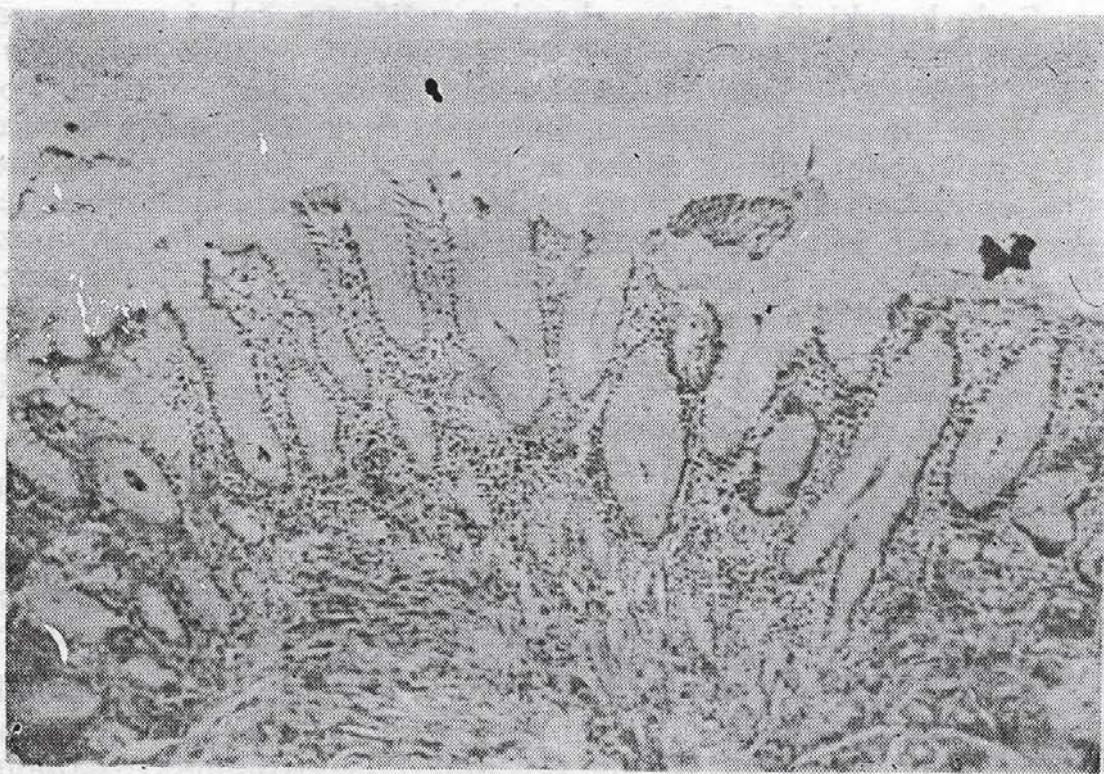
LEGENDA: RE = Refluksni ezofagitis; GER = Gastroezofagealni refluks;
IER = Intestinoezofagealni refluks; HH = Hernia hiatus

om jednjaku sa hijatalnim hernijama, refluksima, strikturama i drugim posledicama refluksnog ezofagitisa, otkrio je tek endoskopski pregled, čime je i pre biopsije postavio sumnju na refluksnii ezofagitis i Barrett-ov jednjak. Veći broj biopsija sa više mesta i na solidnoj udaljenosti od kardije nije dozvolio biopsiju prelazne i normalno mešane ezofago-gastrične sluznice. Histološki pregled biopsija otkrio je inflamiranu sluznicu sa višeslojnim-pločastim epitelom pomešanim sa cilindričnim i to različitog tipa — fundusnim, antralnim i intestinalnim (kod jednog slučaja).

Obično rutinsko bojenje histoloških preparata sa biopsija nije bilo u stanju da dalje diferencira karakter cilindričnog epitela. (Slike br. 1 i 2).



Slika broj 1. — RTG slika jednjaka — vidi se lagano proširen lumen jednjaka čiji su zidovi valoviti i ponegde izreckani kadifastom cilindričnom sluznicom tipa Barrett.



Slika broj 2. — Histološki prikaz cilindričnog epitela sa intestinalnom metaplazijom (časkaste epitelne ćelije oskudnim žlezdama i pseudovilima) na sluznici jednjaka tipa Barrett.

Diskusija

Barrett-ov ezofagus, poznat i kao endobrachioesophagus, nastaje kod najtežih i ekstenzivnih refluksnih ezofagitisa gde je germinativni sloj višeslojnog pločastog epitela kompletno oštećen i kod kojeg su egzulceracije izrazite, a da bi moglo biti reepitelizirane višeslojnim pločastim epitelom sa rubova ulceracija. Radi toga nastaje reepitelizacija sa cilindričnog epitela kardije. Drugo objašnjenje za to je i mišljenje, kako je cilindrični epitel rezistentniji od višeslojnopločastog epitela na acido-peptičnu digestiju, pa se radi toga i reepitelizacija vrši cilindričnim epitelom. Postoji i mišljenje da, reepitelizacija odpočinje od cilindričnog epitelja (mladica) ezofagealnih žlezda a ne od epitela kardije.

Dijagnostika Barrett-ovog jednjaka objašnjava poteškoće bolesnika, koje kod neuzimanja anamneze i nemogućnosti fizičkog pregleda jednjaka, te direktnog pregleda samo želuca i duodenuma rentgenom, ostaju dugo vremena neprepoznate. Endoskopski pregled sa biopsijom sluznice otkriva i potvrđuje ovu bolest i prave razloge za njenu pojavu, otkriva njene posledice i komplikacije, čime omogućuje odgovarajuću terapiju. Daljnji važan razlog postavljanja korektne dijagnoze ovog stanja je česta asocijacija istoga sa adenokarcinomom, čime se potencira važnost poznavanja endoskopskih i histoloških karakteristika Barrett-ovog jednjaka.

Endoskopski je njegova sluznica ružičasta, čak i crvena, za razliku od bledo-ružičastog višeslojnog pločastog epitelja, kongestivna je kadifastog izgleda, blagoneravna i izrazito vulnerabilna. Postoje i više linearnih ulceracija, koje takođe kod kontakta krvareno i pravi ovalni ulkusi. Sluznica je, neretko, žarišno pokrivena nekrotičnim membranama, koje se lako odstranjuju uz krvarenje. Izgled sluznice je najviše sličan ulceroznom ili pseudomembranoznom kolitisu. Ređe je moguće sresti i prave nabore želučane sluznice umesto blagih nabora ezofagusne sluznice i to u distalnim partijama jednjaka. Često se nalazi i visoko postavljena peptična struktura jednjaka ispod koje se nalazi na opisanu abnormalnu sluznicu, što je od velikog dijagnostičkog značenja.

Cilindrični epitel kojeg histološki dokazujemo kod Barrettovog jednjaka nije samo gastrični već i intestinalni. Tako Allison i Johnston, 1953¹⁰ postuliraju da ovaj cilindrični epitel ne sekernira HCL, jer nema ni glavnih ni parijetalnih ćelija. Prema njima on potiče iz normalne mukoze kardije i gastro-ezofagealne junkcije.

Abrams i Heath, 1965¹¹ opisuju ovaj cilindrični epitel jednak intestinalnom, jer nalaze tri tipa ćelija: absorptivne, čaškaste i enterohromafine, Trier, 1970¹² je običnim i elektronomikroskopom ispitivao biopsije uzete sa epitela Barrett-ovog jednjaka i našao sledeće: Mukoza iznad strikture jednjaka je bila višeslojno-pločasta, a ispod strikture cilindrična, čiji je epitel, međutim, posedovao tri tipa ćelija — najveći broj su bile cilindrične, koje su sadržale glikoproteinske granule i imale četkastu apikalnu površinu mikrovila; drugi tip su bile čaškaste ćelije; i treći enterohromafine bez sposobnosti absorbcije lipida. Kod druge dvojice sa Barrett-ovim epitelom nađene su i maligne ćelije. Autor zaključuje da se Barrett-ov epitel razlikuje od drugih normalnih cilindričnih epitelja želudca i intestinuma i da ga treba smatrati nepeptičnim metaplastičnim epitelom prekanceroznog karaktera, ovisno od stepena displazije u njemu. To potvrđuju Zwas i sar., 1986¹³, koji su na cilindričnim epitelom otkriven običnim mikroskopom, kod Barrett-ovog epitelja, našli scanning elektronomikroskopijom otkrili gastrični tip u 31% intestinalni u 41% a mešani intestinalni u 80% slučajeva. Intestinalni i mešani intestinalni tip epitelja su posebnim bojenjem na mucin pokazali acid-nesulfatni tip mucina (tankocrevni tip) kod 90% materijala a acid-sulfatni tip (kolitični tip) kod 43%.

Ovisno od zastupljenosti displazije u ovom epitelu, što nije retka pojava, kao i od stepena te displazije, samo rano otkrivanje i redovno praćenje iste, daje realističnu nadu za uspešno operativno rešenje ove bolesti.

Na kraju da iznesemo i mišljenje retkih autora da Barrett-ov jednjak može biti i kongenitalna pojava, koja se retko javlja, te

da se one mogu razlikovati imuno-histohemijskim metodama, Peroxidase anti-Peroxidase (PAP), pokazujući prisutnost Dres gastrin skretirajućih ćelija (G ćelija) kod kongenitalnih slučajeva. Trakál i sar., 1985¹⁴.

LITERATURA:

1. **Barrett, N. R.**: Chronic peptic ulcer of the oesophagus and »oesophagitis«. Brit. J. Surg. 38:175—182, 1950.
2. **Barrett, N. R.**: The lower esophagus lined by columnar epithelium Surgery, 41:881, 1957.
3. **Burges, J. N., Payne, W. S., Andersen, H. A.**: Barrett esophagus, the columnar epithelia-lined lower esophagus. Mayo Clin. Proc. 46:728, 1971.
4. **Endo, M., Kobayashi, S., Kozu, T.**: A case of Barrett epithelialization followed up for five years. Endoscopy, 6:48, 1974.
5. **Desbaillets, G. L., Mangla, J. C.**: Endoscopic Diagnosis of Barret's Esophagus, Endoscopy, 8:65—70, 1976.
6. **Ollya, J. B., Savary, M., Convers, J. G., Levi, F.**, L'endobrachy-oesophage, etude rétrospective de 258 cas. Schwetz. Med. Wschr. 115:796, 1985.
7. **Ottenjann, R., Els ter, K.**, Atlas of Diseases of the upper Gastrointestinal Tract. Smith Kline (French, Intern. Comp. Philadelph. 1980 p. 51)
8. **Dawson, J.**, Adenocarcinoma of the middle oesophagus arising in an esophagus lined by gastric parietal epithelium. Brit. J. Sur. 51:51, 1974.
9. **Jernstrom, P. L., Brewer, A.**, Primary adenocarcinoma of the mid-esophagus arising in ectopic gastric mucosa with associated hiatal hernia and reflux esophagitis (Dawson's synd.). Cancer 26:1343, 1970.
10. **Allison, P. R., Johnstone, A. S.**, The oesophagus lined with gastric mucosa membrane. Thorax, 8:87—101, 1953.
11. **Abrams, L., Heath, D.**, Lower oesophagus lined with intestinal and gastric epithelia. Thorax, 20:66—72, 1965.
12. **Trier, S. J.**: Morphology of the epithelium of the distal esophagus in patients with midesophageal pptic strictures. Gastroenterology, 58:444—461, 1970.
13. **Zwas, F., Shields, M. E. and all.** Scanning Electrono-Microscopy of Barrett's epithelium and Its Correlation with Light microscopy and Mucine Stains. Gastroenterology, 90:1932—1941, 1986.
14. **Dres, E., Trakal, A. L. L. and All.** Diagnostico Y Etiologia Del Esofago De Barrett. Acta gastroenterologica Latinoamericana. 15:67—80, 1985.

NOVO IZ PROIZVODNOG PROGRAMA

'U cilju da se dobije lek koji će da ima maksimalni antihipertenzivni efekat, sa minimalnim diuretičkim i retkim neželjenim efektima, registrovan je preparat LESCOPRID'

LESCOPRID®
INDAPAMID dražeje

- LESCOPRID zasniva svoj antihipertenzivni efekat dejstvom na glatku muskulaturu krvnih sudova.
- LESCOPRID smanjuje ulazak jona kalcijuma u ćeliju.
- LESCOPRID smanjuje reaktivnost krvnih sudova prema adrenalinu i angiotenzinu, a efekat je smanjenje vazokonstrikcije i perifernog otpora.
- LESCOPRID u većim dozama deluje diuretički.

INDIKACIJE

- blaga i umerena arterijska hipertenzija
- edemi (srčanog porekla, hepatalne ciroze ili nepoznatog porekla).

KONTRAINDIKACIJE

- akutna cerebralna krvavljenja
- teška hepatična i renalna insuficijencija
- preosetljivost na LESCOPRID ili prema sulfonamidima.

DOZIRANJE

Kod hipertenzije ili edema LESCOPRID se primenjuje oralno u dozi od 2,5 mg dnevno.

Ako nakon 1–2 meseca ne nastupi adekvatno antihipertenzivno dejstvo doza se može povećati na 5 mg dnevno ili se dodaje drugo antihipertenzivno sredstvo. Kod edema, ako je diuretički efekat neadekvatan posle tretmana od nedelju dana doza se povećava na 5 mg na dan. Kada se krvni pritisak normalizuje sa dozom od 2,5–5 mg na dan, terapija se nastavlja svakog drugog dana.

NEŽELJENI EFEKTI

Neželjeni efekti LESCOPRID-a su retki i blagi. Najčešće se javljaju: glavobolja, vrtoglavičica, ortostatska hipotenzija, palpitacija, umor, gadjenje, dijareja, suva usta, opstipacija, grčevi u mišićima.

UPOZORENJE

LESCOPRID primenjivati oprezno kod renalne insuficijencije i kod oštećenja funkcije jetre zato što primenom ovog leka dolazi do promena u bilansu vode i elektrolita koje mogu da izazovu azotemiju ili da dovedu do hepatične encefalopatije kod bolesnika sa oštećenom funkcijom jetre.

NAČIN IZDAVANJA LEKA

Lek se izdaje samo uz lekarski recept.

PAKOVANJE

Kutija sa 30 dražeja.

Služba za farmako-informatiku

ZDRAVJE – Leskovac

VANTELESNA IMUNOKOREKCIJA

Лопухин Ј.М., Куласев Д.В., Ковал'чук Л.В.: Екстракорпорал'наса иммунокорекција — Клин. Мед. (Моск), 3, 11—17, 1986

Veliku pažnju kliničara privlače poslednjih godina ekstrakorporalne metode lečenja čija je suština u izdvajaju iz krvi štetnih materija egzogenog i endogenog porekla. Tu spadaju hemodializa, hemofiltracija, plazmafereza, kriofiltracija i kaskadna filtracija, hemosorpcija (HS). Metode su perspektivne ne samo u lečenju različitih trovanja i endotoksikoza već i u kompleksnoj terapiji autoimunih i alergijskih bolesti.

Ekstrakorporalnu imunokorekciju autori posmatraju sa dva aspekta: 1) kao metodu eliminacije iz organizma antitela (At), antigena (Ag), patoloških materija i klonova patoloških ćelija, i 2) kao način vantelesnog delovanja na imuni sistem u cilju njegove modifikacije.

Iznose rezultate korišćenja HS na aktivnom uglju u terapiji sistemskog eritemskog lupusa (SEL), urticarije na hladnoću i posebno psorijaze. Rezultati lečenja 500 obolelih od psorijaze govore da su 1—2 seanse HS dovoljne za postizanje pune kliničke remisije u 50% bolesnika, remisije sa perzistencijom »dežurnih« plaža u 25% obolelih, a kod ostalih je za postizanje remisije bila potrebna primena i drugih terapijskih sredstava. U lečenju SEL autori su postizali remisije u toku kojih bolesnici nisu uzimali hormonsku i citostatsku terapiju. Navode podatke iz literature o uspešnoj sorpcionoj terapiji neurodermitisa, medikamentne i nutritivne alergije, reumatoидног artritisa, Feltyjevog sindroma, pemfigusa, herpesa i reumatske groznice. HS su primenjivali u lečenju bronhijalne astme kod 145 bolesnika (35 sa atopijskom i 110 sa infekcionalno-alergijskom astmom) pri čemu je 75% obolelih bilo zavisno od steroida. U 75% pacijenata sa atopijskom i 65% sa infekciono-alergijskom astmom posle 1—3 seanse HS imali su izražen klinički efekat, remisije bez napada dispneje u trajanju od 6—12 meseci. Kasnije su primenjivali seanse HS za održavanje efekta. HS na aktivnom uglju uspešno su primenjivali i u lečenju bolesti imunih kompleksa sa predominantnim zahvatanjem pluća (SEL, idiopatski fibrozirajući alveolitis, Wegenerova granulomatoza, progresivna sistemska skleroza). Posle primene hemosorpcije registrovali su ponovno uspostavljanje elasticiteta plućnog tkiva.

Komentarišući mehanizme koji leže u osnovi nesumnjivog uspeha terapije perfuzijom krvi kroz ugljeni sorbent autori iznose podatke o uticaju ovog postupka na imuni sistem. Priimećeno je naime posle hemosorpcije uspostavljanje funkcione aktivnosti T limfocita, normalizacija brojčanog odnosa T-helpera i T-supresora, povećanje gustine receptora za Fc fragment Ig i C₃ komponentu komplementa na površini perifernih makrofaga i neutrofila sa povećanjem njihove fagocitne aktivnosti, sniženje koncentracije imunih kompleksa u krvi. Postoje podaci koji upućuju da se HS eliminišu iz krvi produkti srednje molekulske težine sa blokirajućom i imunosupresivnom aktivnošću.

Veliku perspektivu sorpcione terapije predstavlja primena imunosorbenta (IS). Principijelno postoji mogućnost ekstrakorporalne eliminacije specifičnih At (Ag) pomoću komplementarnih Ag (At) fiksiranih na nosaču. Pored klasičnih IS koriste se imobilisane supstance koje reaguju sa imunokompetentnim ćelijama i njihovim produktima (govedi konglutinin, stafilokokni protein A, Con-A, i drugi lektini).

Autori dalje navode svoje pokušaje eliminacije At protiv tkiva bubrega pomoću IS sa fiksiranim Ag (AG-IS), na aktivnom uglju kao nosaču. Komentarišu neželjene efekte koji se pri tome javljaju (zadržavanje i do 70% trombocita na sorbantu, absorpcija i drugih ćelija sa degranulacijom bazofila i oslobođanjem lizozomskih enzima iz neutrofila, lokalna aktivacija koagulacione kaskade itd.). Zato su odustali od korišćenja aktivnog uglja kao matrice, pa koriste silohrome i silikagele. Perspektivnom se čini ideja da se AG-IS iskoristi kao »šokni organ van organizma« u alergijskim oboljenjima. Navode rezultate Čućalina i saradnika u lečenju bronhijalne astme sa alergijom na domaću prašinu. Smatraju da su postignute remisije posledica degranulacije bazofila koji nose specifična IgE—At van organizma tj. na AG-IS i apsorpcije vazaktivnih materija na koloni.

Kada je u pitanju korišćenje IS sa fiksiranim At (AT-IS) navode rezultate W. Stoffela i sar. koji su sa uspehom eliminisali lipoproteine niske i vrlo niske gustine iz krvi bolesnika sa porodičnom hiperholisterolemijom, pomoću imobilisanih At protiv apoproteina—B. Dalje diskutuju o korišćenju AT-IS u ekstrakorporalnoj detoksikaciji i iznose svoje uspešne preliminarne rezultate eksperimentalnog ispitivanja AT-IS na tetanusni toksin. Ispitivanje su radili na zamorcima.

Iz grupe imobilisanih imunoreaktanata najviše se koristi stafilokokni protein A koji je »srođan« Fc fragmentu IgG većine sisara. Navode podatke iz literature o određenim uspesima u lečenju malignoma i limfoproliferativnih bolesti ovom metodom. Ipak nije nađena veza između količine eliminisanog IgG i pojave kom-

pelement-zavisne lize tumorskih ćelija. Sorpcija IgG se pokazala efektivnom i u nizu autoimunih bolesti. Interesantni su podaci o korišćenju polivinilalkoholnog gela kao sorbensa, sa imobilisanim na njemu fenilalaninom ili triptofanom u ulozi liganda. Korišćenjem ovog sorbenta u reumatoидном artritu i SEL postignuta je značajna sorpcija imunih kompleksa, anti-DNK-At, RF, ANA i klinička remisija bolesti.

U ovoj metodi autori vide mogućnost »ekstrakorkoralne vakcinacije« čime bi se izbeglo unošenje u organizam mnogobrojnih vakcina koje pored terapijskog mogu imati i značajne neželjene efekte alergijske prirode. Konstrukcija kolona sa tačno definisanim komponentama vakcine i njihovo uključivanje u krvotok (ili limfotok) otkrivaju nove perspektive u vakcinaciji. Princip ekstrakorporalne imunomodulacije može se koristiti i za prevođenje IgE-imunog odgovora u IgG odgovor kod alergijskih reakcija, za aktivaciju imunokompetentnih ćelija na kolonama sa fiksiranim mitogenima ili medijatorima imunog odgovora, za selektivno delovanje na subpopulacije imunocita itd.

SINDROM ANTIFOSFOLIPIDNIH ANTITELA: PREGLED

Bingley P J, Hoffbrand B I: *Antiphospholipid antibody syndrome: A review*
— *J Roy Soc Med*, 80, (7), 445—448, 1987

U antifosfolipidna antitela koja se dokazuju specijalnim radioimunološkim testovima spadaju antitela odgovorna za lažnopozitivni test na sifilis, lupus-antikoagulant i antikardioličinska antitela. Klinički se sindrom antifosfolipidnih antitela (AFL—At) ispoljava arterijskim i venskim trombozama, trombocitopenijom, idiotipatskim spontanim abortusima, neurološkim poremećajima. AFL—At se veoma često sreću kod obolelih od sistemskog eritemskog lupusa ali se nalaze i kod drugih bolesti. Raspravljaju o povezanosti ovih antitela sa vaskularnim trombozama, trombocitopenijama, spontanim abortusima tj. o njihovoj ulozi u nastanku ovih poremećaja. Naglašavaju da u bolesnika sa recidivantnim trombozama koji imaju AFL—At terapija antikoagulantima mora da bude dugotrajna. Kod spontanog abortusa i u slučajevima postojanja kontraindikacija za peroralnu antikoagulantnu terapiju treba koristiti prednizolon u kombinaciji sa malim dozama aspirina. Koncentracija AFL—At se smanjuje u toku lečenja imunodepresorima, kao i posle plazmafereze kombinovane sa administracijom steroida i/ili azotoprina.

DEMENCIJA U SISTEMSKOM ERITEMSKOM LUPUSU

*Asherson R A, Baguley E, Harris E N, Derksen R H W M, Hughes G R V:
Dementia in SLE, Brit J Reumatol, 26, Suppl. 1. 2, 17—17, 1987*

Oštećenja centralnog nervnog sistema (CNS) često se nalaze u sistemskom eritemskom lupusu (SEL). Patohistološke promene obično nisu izražene — samo se u pojedinačnim slučajevima nalaže vaskulitis. Ispitivali su 12 obolelih od SEL sa prisutnim »antifosfolipidnim sindromom« kod kojih se razvila demencija. Scintigrafskim skeniranjem mozga, kompjuterizovanom tomografijom i nuklearnom magnetnom rezonancicom otkrili su multiple infarkte i ognjišta atrofije mozga. Bolesnike su podelili u dve grupe. Prvu grupu činili su pacijenti kod kojih se cerebralni poremečaji javljaju na terenu egzacerbacije lupusa, a drugu bolesnici kod kojih je početak demencije bio iznenadan i nije bio u vezi sa aktivnošću osnovne bolesti (SEL). Kod pripadnika druge grupe autori su našli veće koncentracije antifosfolipidnih antitela i lupus-antikoagulanta, a takođe su kod njih često otkrivali hipertenziju. Prepostavljaju postojanje dva mehanizma nastanka demencije u SEL. Jedan je u vezi sa egzacerbacijom bolesti, uslovljen je vaskulitismom i drugim oštećenjima izazvanim imunim kompleksima. Drugi je u vezi sa trombozama koje nastaju zbog visokih koncentracija antifosfolipidnih antitela u serumu. Smatraju da je kod svih obolelih od SEL neophodno detaljno ispitivanje na prisustvo antifosfolipidnih antitela, hipertenzije i oštećenja CNS. Rano započeta adekvatna antihipertenzivna i antitrombotična terapija, uz osnovno lečenje kod ovih bolesnika omogućava očuvanje moždanih funkcija.

UTICAJ ETANOLA I NEKIH ALKOHOLNIH NAPITAKA NA SEKRECIJU KISELINE U ŽELUCU I OSLOBAĐANJE GASTRINA KOD ČOVEKA

Singer M V, Leffmann C, Eysselein V E, Calden H, Goebell H: Action of ethanol and some alcoholic beverages on gastric acid secretion and release of gastrin in humans — Gastroenterology, 93, (6):1247—1254, 1987

Ispitivali su uticaj različitih koncentracija etanola (1,4 — 40%), piva, belog vina, konjaka i vinskija na sekreciju želudačne kiseline i oslobađanje gastrina kod zdravih ljudi. Etanol u koncentracijama 1,4 i 4% (ali ne i većim) značajno je povećavao sekreciju kiseline u želucu i to 23% odnosno 22% od maksimalnog povećanja kisele sekrecije (dobivenog kao odgovor na stimulaciju pentagastrinom u dozi 6 μ g/kg). Porast sekrecije kiseline u želucu izazvan pivom i belim vином iznosio je 96% odnosno 61% od maksimalnog

odgovora na pentagastrin. Ni konjak, niti viski nisu pokazivali bilo kakav stimulišući efekat. Odgovor na 8% pepton iznosio je 40% maksimalnog na pentagastrin, a na pepton i belo vino 77% od maksimalnog porasta.

Plazmatska koncentracija gastrina nije se menjala pod uticajem etanola, konjaka i viskija. Odgovori serumskog gastrina na pivo i belo vino iznosili su 119% i 77% odgovora na pepton.

Zaključuju da delovanje čistog etanola na sekreciju kiseline u želucu zavisi od njegove koncentracije (koncentracije 1,4% i 4% su umereno stimulišuće, dok koncentracije 5—40% ili nemaju uticaja ili čak inhibiraju sekreciju kiseline). Pivo i belo vino su potencijalni stimulatori kisele sekrecije u želucu, ali ne i konjak i viski. Mechanizam stimulativnog dejstva etanola u niskoj koncentraciji je nepoznat. Nealkoholne komponente piva i belog vina pokazuju na osnovu izloženog stimulišuće delovanje na sekreciju kiseline u želucu i oslobođanje gastrina.

OMEPRAZOL I RANITIDIN U TERAPIJI REFLUJSNOG EZOFAGITISA

UPOREĐENJE DVOSTRUKOM SLEPOM PROBOM

Havelund T, Laursen L S, Skoubo-Kristiansen E, Andersen B N, Pedersen S A, Jensen K B, Fenger C, Hanberg-Sorensen F, Lauritsen K: Omeprazole and Ranitidine in treatment of reflux oesophagitis: double blind comparative trial — Brit Med J, 296, (6615):89—92, 1988.

Uporedivali su rezultate lečenja refluksnog ezofagita u dve grupe bolesnika, starosnog doba 22—79 godina. Prvu grupu činilo je 80 bolesnika lečenih omeprazolom (40 mg/24 h), drugu 82 bolesnika lečenih ranitidinom (2 x 150 mg/24 h). Dužina trajanja bolesti je varirala u širokim granicama 0—35 godina, raspored po stadijuma ezofagitisa bitno se nije razlikovao u grupama. Efekat lečenja ocenjivali su kroz 4,8 i 12 nedelja. Prestanak subjektivnih smetnji i povlačenje endoskopski viđenih promena (sa potpunom normalizacijom sluzokože jednjaka) brže su nastupili u prvoj grupi ($p < 0,001$), u kojoj su izlečenje kroz 4,8 i 12 nedelja imali u 90%, 100% i 100%, dok su u drugoj grupi izlečenje imali u 55% 79% i 88% (kod ezofagitisa I stadijuma). Kod ezofagitisa II—III stadijuma izlečenje u prvoj grupi imali su u 70% za 4 nedelja, u 85% za 8 nedelja a u 91% za 12 nedelja. U drugoj grupi analogni pokazatelji iznosili su 26,44 i 54%. Od neželjenih efekata imali su u prvoj grupi suvoću usta kod 2, dijareju kod 3, bol u trbušu kod 1, kožnu ospu kod 1 bolesnika. U grupi lečenih ranitidinom kod 2 bolesnika su imali dijareju a kod 1 vrtoglavicu.

OMEPRAZOL U POREĐENJU SA RANITIDINOM U KRATKO-TRAJNOJ TERAPIJI DUODENALNOG ULKUSA: ITALIJANSKA MULTICENTRIČNA STUDIJA

Barbara L, Blasi A, Cheli R, Corinaldesi R, Dobrilla G, Francavilla A, Rinetti M, Vezzaldini P, Abiati R, Gradnik R, Ciancameria G, Chilović F, Felder M, Ingrosso M, Mangiameli A, Paternico A, Sivelli R, Tomasetti P, Labo G: Omeprazole vs. Ranitidine in the Short-term Treatment of Duodenal ulcer: An Italian Multicenter Study, Hepato—Gastroenterology, 34, (5):229—232, 1987

Dvostrukom slepom probom sprovodili su randomizirano proučavanje efektivnosti lečenja duodenalnog ulkusa kod 121 bolesnika (dijagnoza je postavljena na osnovu endoskopskog pregleda) omeprazolom u dozi 20 mg dnevno — ujutro, i ranitidinom u dozi 150 mg dnevno — uveče. Dužina lečenja 6 nedelja. Omeprazol je dobijao 61 bolesnik, ranitidin 60 bolesnika. Posle 2, 4 i 6 nedelja od početka lečenja ponovo je rađena endoskopija. Zatvaranje ulkusnog defekta kroz 2, 4 i 6 nedelja imali su 66,97 i 100% bolesnika lečenih omeprazolom, a u grupi lečenih ranitidinom kod 53,85 i 92%. U toku terapije omeprazolom i ranitidinom značajno je redukovani bolni sindrom i danju i noću, a takođe je značajno smanjena doza upotrebljenih aniticida. Bolesnici su dobro podnosi oba preparata. Umereno izražene neželjene reakcije primetene su kod 2 bolesnika lečena omeprazolom (kod 1 glavobolja, kod 1 vrtoglavica), i kod 2 bolesnika koji su dobijali ranitidin, (kod oba pacijenta javila se kožna ospa). Zaključuju da je lečenje duodenalnog ulkusa omeprazolom u dozi 20 mg ujutru efektivnije od lečenja ranitidinom u dozi 150 mg uveče.

MEHANIZAM HEMATURIJE U HEMATURIJSKIM NEFRITISIMA

Nikolaev A J, Šcerbin A A, Borzova L B, Žmurkina E B: Mechanizm hematurii pri gematuričeskih nefritah, Ter Arkh, 6:34—37, 1988

Hematurijski nefriti zauzimaju važno mesto u klinici kao rasprostranjena forma primarnog nefrita odnosno kao »bubrežna maska« ili komplikacija sistemskih bolesti (sekundarni hematurijski nefriti). Često imaju nepovoljan, na terapiju refrakteran progresivan tok i dovode do uremije otprilike kod svakog desetog bolesnika.

Patogeneza hematurijskih nefrita i njihovog vodećeg simptoma — hematurije malo je izučena. Iako je u pojedinim slučajevima elektronomikroskopski verifikovan prolaz eritrocita (ER) kroz bazalnu membranu glomerulskih kapilara, glomerularnim mehaniz-

mom teško je objasniti kliničarima poznatu diskrepancu između izražene hematurije i umerene, često minimalne proteinurije. U isto vreme se kod hematurijskih nefrita, za razliku od uroloških bolesti praćenih hematurijom, nalaze u mokraći deformisani ER. Po podacima autora u više od 30% obolelih od primarnog ili sekundarnog hematurijskog nefritisa nalaze se i drugi poremećaji ER (normohromna anemija, tendencija ka eritrocitozi) koji nisu u korelaciji sa veličinom proteinurije i visinom glomerulske filtracije, te nisu u vezi sa otocima i hemokoncentracijom. U vezi s tim predstavlja interes izučavanja uloge poremećaja ER periferne krvi u genezi hematurije.

Autori su proučavali električni naboј (naelektrisanje) i fragmentaciju ER periferne krvi u 31 bolesnika sa hematurijskim nefritom: 18 je malo primarni a 13 sekundarni hematurijski nefritis (na terenu hemoragijskog vaskulitisa, alkoholizma, SEL, reumatičnog artrita). Histološki je preovladavao mezangioproliferativni nefritis (80%). U 50% su nađeni glomerulski IgA depoziti. U 30% detektovana su prateća oštećenja bubrežnih arteriola (produktivni vaskuliti, segmentna skleroza, hijalinoza) uz znake generalizovane mikroangiopatije. Kontrolnu grupu činilo je 15 obolelih sa hroničnim glomerulonefritisom i 10 praktički zdravih osoba. Svima su urađena biohemijska i imunološka ispitivanja. O naboju ER periferne krvi sudili su na osnovu elektroforetske pokretljivosti, a fragmentaciju ER detektovali su metodom S. Locka i saradnika (upućuju na literaturu). Fazno-kontrastnu mikroskopiju ER u sedimentu mokraće radili su kod svih bolesnika sa hematurijskim nefritisom i u svim slučajevima konstatovali dominaciju deformisanih ER.

Naboј ER periferne krvi na osnovu elektroforetske pokretljivosti bio je snižen kod 90% bolesnika sa hematurijskim nefritisom, podjednako kod primarnih i sekundarnih, sa ili bez glomerulskih IgA depozita. Nije nađena zavisnost između veličine naboja ER periferne krvi i stepena hematurije, iako je naboј ER u kontrolnoj grupi bio u granicama normalnog. U 20 od 28 bolesnika sa sniženim ER nabojem nivo IgA u serumu bio je veći od 2 g/l. Statistički je dokazana obrnuta korelacija između stepena sniženja ER naelektrisanja i koncentracije IgA u serumu.

Fragmentaciju ER periferne krvi autori nalaze u 43% obolelih od hematurijskog nefrita i to samo u onih sa sniženim ER naboljem, ali korelacija između ova dva parametra nije nađena.

Transmembranski prolaz ER iz krvi u mokraću olakšan je gubitkom normalnog (negativnog) električnog naboja što može biti u vezi sa uticajem na ER periferne krvi alkohola, organskih rastvarača, soli teških metala, imunih kompleksa, virusa. Posebno važnu ulogu u oštećenju ER očvidno mogu igrati imuni mehanizmi povezani sa IgA odgovorom, opšti za sve hematurijske nefritise.

Faktor oštećenja ER može biti i mikroangiopatija (renalna i sistemska) koja je često opisivana u ovoj bolesti.

Sniženje elektrostatskog naboja ER periferne krvi trebalo bi po mišljenju autora posmatrati kao »povišenu gotovost« za hematuriju, za čiju je realizaciju potrebna povećana vaskularna propustljivost koja je u atacima hemoragiskog vaskulitisa dobro proučena. Slične su promene nedavno opisane kod alkoholne bolesti. Ustanovljeno je da kod primarne IgA-nefropatije monociti periferne krvi sintetišu faktor koji povećava vaskularnu i glomerulsку propustljivost.

Gubitak elektrostatskog naboja ER i mikroangiopatija stvaraju povoljnu osnovu za razvoj lokalne (renalne) intravaskularne koagulacije koju su kod hematurijskih nefrita opisivali mnogi autori. Citiraju podatke iz literature o povezanosti hematurijskog IgA-nefritisa sa trombocitopatijama i kriofibrinogenemijom, te podatak o često detektovanim depozitim fibrina u glomerulima i arteriolama i njihovom nepovoljnem prognostičkom značaju. Interesantni su preliminarni podaci o lečenju hematurijskog nefritisa antikoagulantima, urokinazom itd.

Autori smatraju da su za terapiju hematurijskog nefritisa perspektivne tri grupe lekova: novi antikoagulansi, preparati koji smanjuju vaskularnu propustljivost i stabilizatori električkog naboja ćelijske membrane.

Pripremio
COLIĆ Dr VLADIMIR, internista

IZVEŠTAJ O RADU PODRUŽNICE SRPSKOG LEKARSKOG DRUŠTVA U LESKOVCU ZA PERIOD 1988. — 1991. GODINE

Na prethodnoj Izbornoj skupštini Podružnice Srpskog lekarskog društva u Leskovcu, održanoj 25. decembra 1988. godine, izabrani su predsednik Predsedništva i članovi Predsedništva Podružnice, kao i članovi Samoupravne kontrole i Suda časti.

Za predsedavajućeg Predsedništva izabran je prim. dr Milan Levi, za blagajnika dr Tomislav Cvetanović, za podpredsednika dr Bisenija Stanković, a za članove: prim. dr Branislava Savić, dr Ljubiša Đorđević, prim. dr Tomislav Stojičić, prim. dr Miloš Matić, dr Rada Dimitrijević, dr Miomir Ljubić, dr Ivica Ilić, dr Verica Cvetković, dr Branko Davinić i dr Stanoje Pejić.

Za članove Samoupravne kontrole izabrani su: Prim. dr sci med. Milorad Sokolović — predsednik i dr Jagoda Filipović, prim. dr Ljubiša Matić, prim. dr Trajko Miljković i prim. dr Veselin Petrović za članove.

U Sud časti imenovani su: prim. dr Miodrag Tasić — predsednik i članovi prim. dr Siniša Stamenković i prim. dr Miodrag Pavlović.

U izveštajnom periodu, Podružnica Srpskog lekarskog društva u Leskovcu, organizovala je u saradnji sa farmaceutskom industrijom, medicinskim fakultetima u Nišu i Beogradu, kao i sa renomiranim stručnjacima iz različitih oblasti medicinske nauke, brojne stručne sastanke na kojima je kroz diskusije, razmatrana aktuelna problematika i dat doprinos razvoju i unapređenju savremene medicinske misli.

U 1988. godini održani su sledeći stručni sastanci:

Sekcija saobraćajne medicine i Podružnica SLD u Leskovcu organizovali su stručni sastanak 11. marta. Podneta su sledeća stručna saopštenja:

- Značaj medicinske dokumentacije u procesima veštačenja
- doc. dr S. Veljković,
- O nekim veštačenjima kod saobraćajnih nezgoda — prof. dr S. Pandurović i
- Neki problemi u veštačenju kod alkoholisanosti — prof. dr Niković.

Posle pozdravne reči akademika prof. dr Vojina Šulovića, predsednika Srpskog lekarskog društva u Beogradu, na stručnom sastanku održanom 1. aprila, prof. dr Vladimir Ilić govorio je o

epidemiologiji i kliničkoj slici SIDE, a prim. dr Milinko Bjelogrlić o psiho-socijalnom aspektu SIDE.

Podružnica Srpskog lekarskog društva u Leskovcu u saradnji sa Farmaceutskom industrijom »Alkaloid« iz Skoplja, organizovala je 14. aprila stručni sastanak na temu Ulkusna bolest sa osvrtom na savremenu terapiju.

— Doc. dr Ivanka Stamenković sa Interne klinike »Randel Cvetković — Raša« iz Niša govorila je o Savremenom pristupu u lečenju ulkusne bolesti, a

— Prof. dr Bojan Vanovski sa saradnicima o Famotidinu — Famosanu novih H₂ blokera u modernom tretiranju peptične ulkusne bolesti.

Na stručnom sastanku Podružnice SLD u Leskovcu održanom 20. aprila, prof. dr Vlasta Mladenović govorio je o Reumatoidnom artritu i o perkutanoj terapiji u reumatologiji.

Sekcija za perinatalnu medicinu i Podružnica SLD u Leskovcu, organizovali su stručni sastanak 22. aprila. Teme sastanka bile su:

— Savremena perinatalna zdravstvena zaštita — B. Lazarević i M. Ignjatović,

— Razvoj Neonatalnog odeljenja Ginekološko-akušerske službe u Leskovcu — B. Jović i M. Popović i

— Pupčanik obmotan oko ploda kao problem u toku porođaja — Z. Dinić, R. Vukadinović i M. Ivanović.

Sekcija za ortopedsku hirurgiju i traumatologiju Srpskog lekarskog društva u Beogradu i Podružniča SLD u Leskovcu organizovali su stručni sastanak 6. maja. Podneta su sledeća stručna saopštenja:

— Ređe forme luksacije ramenog zgloba — dr Đ. Dimitrijević i saradnici,

— Prelomi dijafize humerusa i njihov tretman u materijalu našeg odeljenja — dr D. Mladenović i saradnici,

— Prilog problematici lečenja luksacionih preloma kostiju prvog reda ručja — dr P. Nikolić i saradnici,

— Prava i rotatorna nestabilnost kolenog zgloba — prim. dr Ž. Stanojlović i

— Pripreme amputiranih delova ekstremiteta za transport u centar za replantaciju. dr M. Stevanović i saradnici.

Na stručnom sastanku održanom 23. juna podneti su sledeći referati:

— Intervalno opterećenje — prof. dr Obrad Kostić,

— Ocena fizičkog razvoja učenika — analiza sistematskih pregleda — doc. dr Olga Kostić i saradnici,

— Efekat pušenja na zdravstveno stanje studenata sportista

— G. Ranković i saradnici i

— Mesto, uloga i značaj upućivanja radnika u SZOSR — dr B. Mustafić i saradnici.

U Leskovcu je od 21. do 24. septembra održana XII stručna konferencija opšte medicine. Na ovom stručnom skupu, podneti su brojni stručni referati kao prilog osvetljavanju problematike vezane za ovu oblast medicine.

28. oktobra o Infekcijama u trudnoći, govorio je prof. dr Vladimir Ilić, a o AIDS ili HIV infekcijama, prim. dr sci. med. Božidar Antonijević.

Organizacija nepušača »Dr Jovan Cekić« i Podružnica SLD organizovali su zajednički stručni sastanak, 11. novembra na kome je prof. dr Maksim Šternić govorio o Pušenju danas — mogućnostima i načinima njegovog suzbijanja.

O najnovijim saznanjima o SIDI, na stručnom sastanku održanom 27. decembra govorili su prim. dr sci. med. Milorad Sokolović, prim. dr Slobodan Stevanović, prim. dr Živojin Petrović i dr Aleksandar Janković.

Podružnica Srpskog lekarskog društva u Leskovcu objedinjuje rad lekara sa područja Leskovca, Vučja, Medveđe, Bojnika, Grdelice, Lebana i Vlasotinca. Broji blizu 600 lekara. U našim redovima je 195 lekara specijalista, 75 na specijalizaciji, 124 lekara opšte medicine, 33 stomatologa specijalista, 9 na specijalizaciji, 7 diplomiranih farmaceuta, 11 psihologa, kao i 38 zubnih lekara. Od ovog broja 37 je steklo zvanje primarijusa, dvojica imaju naučni stepen magistra, a dvojica su doktori medicinskih nauka.

U 1988. godini akademsko zvanje primarijus stekli su: dr Miladin Nikolić, dr Ljiljana Marković, dr Mile Stanković i dr Tomislav Petković.

Stručna aktivnost u 1989. godini, kretala se utvrđenom dinamikom, i to:

Zajednički stručni sastanak Podružnice SLD u Leskovcu i Internističke službe Medicinskog centra »Moša Pijade« u Leskovcu, organizovali su 17. januara zajednički stručni sastanak sa sledećim temama:

- Etiopatogeneza i klasifikacija bolesti tireoideje — dr Vlastimir Perić,
- Imunološki poremećaji u oboljenjima tireoideje — dr Vlastimir Colić,
- Dijagnoza bolesti štitaste žlezde — dr Dimitrije Jovanović i
- Savremeno lečenje bolesti tireoideje i značaj saradnje pacijenta za njen uspeh — akademik prof. dr sci. med. Isak Tadić.

8. februara o Antagonistima kalcijuma u lečenju hipertenziјe, govorio je prof. dr sci. med. Maksimilijan Kocijančić.

23. marta prof. dr sci. med Vlastimir Mladenović, govorio je o Nesteroidnim antiflamacijskim lekovima u lečenju reumatskih bolesnika.

19. aprila održan je stručni sastanak na kome su podneta sledeća stručna saopštenja:

— Povrede pešaka u saobraćaju — prof. dr med. sci. Srećko Pandurović,

— Uzroci i profilaksa povreda karlice kod saobraćajnih nezgoda — prim. dr M. Jekić i

— prikazana je video — kaseta »Lečenje politraumatizovanih pacijenata«.

O savremenoj dijagnostici i terapiji karcinoma dojke govorili su 27. aprila, na stručnom sastanku održanom u Leskovcu Doc. dr med. sci. M. Stoilković, dr med. sci. B. Poček, mag. dr S. Filipović i dr. M. Prokić.

Podružnica SLD u Leskovcu u saradnji sa »Plivom«, organizovala je stručni sastanak na temu: SUMAMED — prvi originalni jugoslovenski antibiotik. Predavači su bili mag. ph. Branka Bogić, prof. dr med. sci. Milena Nedeljković, naučni saradnik dr med. sci. Slobodanka Konstatinović i prof. dr sci. med. Vesna Bošnjak. Sastanak je održan 8. juna 1989. godine.

22. jula prof. dr Norman Sartorius, predsednik Komiteta za mentalno zdravlje Svetske zdravstvene organizacije u Ženevi i počasni član SLD, govorio je o temi »Zdravlje u 21. veku«.

Podružnica Srpskog lekarskog društva u Leskovcu, Sekcija za medicinu rada Srpskog lekarskog društva i Udruženje psihologa SRS, organizovali su u Predejanu stručni sastanak sa sledećim temama:

— Ergometrija u oceni radne sposobnosti obolelih od kardiovaskularnih oboljenja — naša iskustva — dr Milivoje Stanković i saradnici,

— Antagonisti kalcijuma u lečenju arterijske hipertenzije — dr Vlastimir Perić i

— Psihofiziološke osobine ličnosti kao činilac u nastajanju saobraćajnog recidivizma — M. Hajduković.

Podružnica Srpskog lekarskog društva u Leskovcu i Društvo psihologa opštine Leskovac, organizovali su stručni sastanak, 27. oktobra na kome je mr. psiholog Divna Perić — Todorović govorila o temi Vilhelm Rajh i bioenergetska psihoterapija. Posle predavanja, bila je projekcija filma Dušana Makavejeva »WR misterije organizma«.

8. novembra, Društvo psihologa opštine Leskovac organizovalo je WORKSHOP BIHEJVIOR TERAPIJU, namenjenu prvenstveno psiholozima u cilju njihove stručne informisanosti.

O oboljenjima srca i krvnih sudova u trudnoći, na stručnom sastanku održanom 10. novembra, govorio je akademik prof. dr Vojin Šulović.

Podružnica Srpskog lekarskog društva u Leskovcu, u saradnji sa Ginekološkim odeljenjem i Odeljenjem neonatalne pedijatrije, organizovali su 17. novembra svečani i radni sastanak po

vodom odlaska u penziju prim. dr Božidara Jovića i dr Božidara Spasića.

O perinatalnom mortalitetu na Odeljenju neonatalne pedijatrije u Leskovcu za period 1974 — 1985. godine, govorili su prim. dr B. Jović i dr M. Popović.

Zajednički stručni sastanak Podružnice Srpskog lekarskog društva u Leskovcu i »Galenike« organizovan je 23. novembra sa Spasića.

— Racionalna terapija antibioticima — prof. dr sci. med. B. Vlajić,

— Terapija antibioticima sa posebnim osvrtom na cefalosporine (LONGACEF i ALFACET) — mr. ph. Katarina Stojeva.

Stručna aktivnost u 1990. godini:

24. januara održana je Redovna Godišnja skupština Podružnice SLD u Leskovcu. Istom Predsedništvu i predsedavajućem, kako je na Skupštini ocenjeno, nakon brojnih diskusija, ukazano je poverenje i za sledeći dvogodišnji mandatni period.

22. februar: prof. dr sci. med. Spira Strahinjić i saradnici: »Rezultati istraživanja endemske nefropatije na području Kutleša i Brestovca«.

— Prim. dr Slobodan Stojanović i saradnici: »Razvoj nefrološke zdravstvene zaštite na području međuopštinskog medicinskog centra u Leskovcu«.

11. maja, akademik prof. dr Vojin Šulović govorio je o Ekologiji i humanoj reprodukciji.

15. juna održan je stručni sastanak sa sledećim temama:

— Transfuziologija danas — prim. dr V. Gligorović,

— Savremena hemoterapija u kliničkoj praksi — dr V. Nedeljković,

— Limfadenopatija kod dece sa diferencijalnom dijagnozom

— prof. dr I. Vuković i

— Posttransfuzione reakcije — prim. dr Ž. Petrović.

Na sastanku održanom 27. junu bilo je reči o Planu razvoja mreže zdravstvenih ustanova u SR Srbiji.

18. oktobra održan je stručni sastanak sa sledećim temama:

— Povrede mišića — dijagnostika, lečenje i rehabilitacija povređenih sportista — prim. dr Branko Nešović,

— Urođene srčane mane kod sportista — dr. sci. med. Ratimir Đurašković i

— Arterijska hipertenzija u aktivnih sportista leskovačkog regiona — dr Slobodan Cvetanović i saradnici.

24. oktobra, prof. dr sci. med. Vladimír Ilić govorio je o SIDI — najnovija dostignuća i saznanja.

9. novembra obeležen je značajan jubilej — 40 godina dečje i preventivne stomatologije u Leskovcu, pa je povodom toga održan stručni sastanak Sekcije za dečju i preventivnu stomatologiju SLD.

— Video film, autora dr Ilije Konića i saradnika, koji beleži razvoj i dostignuća ove službe, prikazan je na samom početku, a zatim je o Školskoj stomatološkoj nezi u uslovima savremene preventivne stomatološke zaštite, govorio prof. dr Vojislav Popović,

— Dr I. Vračarić — »Značaj primene SMU za održavanje oralne higijene u sistematskom radu sa školskom decom i

— Prof. dr D. Beloica — Specifičnosti primene kompozitnih materijala u dečjoj stomatologiji.

Na zajedničkom sastanku Podružnice SLD i Zdravstvenog centra u Leskovcu, razmatran je radni materijal Zakona o lekarskim komorama.

U saradnji Podružnice SLD u Leskovcu i »Jugoremedije« iz Zrenjanina, održan je zajednički stručni sastanak sa sledećim temama:

— Aneurizme aorte i perifernih arterija — prof. dr Veljko Đukić i

— Farmakokinetičke osobine cefalosporina III generacije — mr. ph Vesna Drenovac.

Podružnica u ovoj godini broji 642 člana. U svojim redovima ima 272 lekara specijalista, 79 na specijalizaciji, stomatologa specijalista 53, primariusa oko 40, diplomiranih farmaceuta 26, lekara biohemičara 3 i farmaceuta biohemičara 5.

— Stručna aktivnost Podružnice Srpskog lekarskog društva u Leskovcu za 1991. godinu:

Podružnica Srpskog lekarskog društva i Udruženje zdravstvenih radnika, organizovali su 13. marta instruktivni sastanak za lekare pedijatre i srednje medicinsko osoblje sa temom: »Najnovije preporuke za jedinstvenu primenu ishrane odojčadi«. Predavač je bio prim. dr sci. med. Milorad Sokolović.

Stručni sastanak traumatologa Srbije, održan je u Leskovcu 12. aprila. Podneta su sledeća stručna saopštenja:

— Koronarna bolest, hirurško lečenje — prof. dr sci. med. P. Petrović,

— Povrede grudne aorte — prof. dr sci. med. B. Vujađinović,

— Kliničko-radiološka dijagnostika povreda trbuha — dr R. Miletić i saradnici,

— Analgetici u lečenju povreda grudnog koša — prim. dr sci. med. A. Mladenović i saradnici,

— Luksacioni prelomi skočnog zgloba — dr Petrušić i saradnici,

— Prelomi butne kosti kod dece — dr D. Mladenović i saradnici,

— Povrede bubrega — dr D. Jovanović i saradnici i

— Akutna trauma šake — prim. dr Vukadin Ristić i saradnici.

Podružnica SLD Leskovac, Hirurška sekcija SLD i Hirurško odeljenje Zdravstvenog centra u Leskovcu, organizovali su stručni sastanak hirurga Srbije, 19. aprila.

Teme stručnog sastanka bile su:

- Hirurško lečenje karcinoma kardije — Ž. Gerzić i saradnici,
- Rekonstruktivni zahvati na ekstrakranijalnom delu kardiotičnih arterija — V. Đukić i saradnici,
- Zbrinjavanje holedohotomija nakon ekstrakcije kamena iz glavnog žučnog puta — M. Jeremić i saradnici,
- Učestalost i značaj kliničkih znakova u dijagnostici akutnog apendicitisa — N. Drinković i saradnici,
- Doprinos urgentne planendoskopije u dijagnostici i terapiji krvarećih procesa gornjih delova gastrointestinalnog trakta — B. Vanovski i saradnici,
- Nehirurška ekstrakcija zaostalih konkremenata iz hepatikoledohusa — Đ. Cekić i saradnici,
- Učestalost Meckelovog divertikuluma i njegovo hirurško lečenje — J. Stanojković i saradnici i
- Novi glikopeptidni antibiotik »Vankogal« — K. Stojeva.

Srpsko lekarsko društvo, Sekcija za medicinu rada Srbije i Podružnica SLD u Leskovcu, organizovali su 22. juna u Sijarinskoj banji stručni sastanak Sekcije medicine rada Srbije.

Podneta su sledeća stručna saopštenja:

Procena radijacionog rizika za stanovništvo Republike Srbije — R. Radovanović i M. Tomašević i

— Mesto, uloga i značaj lekarske komisije kod upućivanja radnika u stacionarne zdravstvene ustanove za specijalizovanu rehabilitaciju — dr. B. Mustafić i saradnici.

29. juna organizovana je tribina sa temom »Od laserskog zraka do linearно polarizovane svetlosti i mogućnosti Bioptron® terapije«.

11. septembra vođena je rasprava o Nacrtu Zakona o zdravstvenoj zaštiti SR Srbije, razmatran je Zakon o socijalnom osiguranju SR Srbije i Zakon o lekarskim komorama.

12. septembra održan je sastanak povodom odlaska u penziju članova Podružnice SLD i to prim. dr Miloša Manića, dr Aleksandra Jankovića, dr Istraela Berahe i dr Blagoja Kulića.

19. novembra održan je stručni sastanak sa sledećim temama:

- Sistemski eritematozni lupus, dijagnostika i terapija — prim. dr Milica Budimir,
- Diferencijalna dijagnoza degenerativnih i zapaljenjskih reumatskih oboljenja — prof. dr Vlastimir Mladenović i
- Naša iskustva u terapiji reumatoidnog artrita solima zlata — dr Dragutin Nikolić.

Podružnica SLD u Leskovcu, Društvo veterinara i veterinarskih tehničara u saradnji sa Zavodom za zaštitu zdravlja u Les-

kovcu i Veterinarskim centrom u Nišu, organizovali su savetovanje lekara i veterinara o Brucelozi kao zoonozi.

Teme ovog savetovanja su bile:

- Epizootiološke karakteristike bruceloze — dr M. Stojadinović,
- Epidemiološke karakteristike bruceloze — dr Z. Čukurasević,
- Pojava bruceloze kod životinja na području južnomoravskog regiona i njeno suzbijanje — dr R. Ignjatović i
- Pojava bruceloze kod ljudi na području Zavoda za zaštitu zdravlja u Vranju — dr D. Vasiljević.

Stručno zvanje primarijus u ovoj godini stekla je dr Katariна Simić.

U okviru Podružnice Srpskog lekarskog društva u Leskovcu postoje dva Aktiva, Aktiv lekara opšte medicine i Aktiv stomatologa, koji uspešno rade i ostvaruju svoje zadatke predviđene programom i planom rada.

U izveštajnom, četvorogodišnjem periodu, sastanci predsedništva Podružnice, održavili su se redovno, svakog drugog četvrtka u mesecu, a po potrebi i češće. Razmatrana su pitanja iz delokruga rada ovog tela, kao što su: razmatranje i usvajanje tro-mesečnog, šestomesečnog, devetomesečnog i godišnjeg finansijskog izveštaja, analiziran je rad Podružnice i Predsedništva, donošen Plan i program rada za narednu godinu, utvrđivanja dinamika održavanja stručnih sastanaka Podružnice i vršene pripreme za održavanje istih, odlučivano o nabavci stručne literature, vršena su predlaganja članova Podružnice za dodelu godišnjih nagrada Srpskog lekarskog društva i razmatrana su pitanja koja su od vitalnog značaja i interesa za rad Podružnice.

U ovom periodu, Predsedništvo je organizovalo četiri lekarske zabave i jednu ekskurziju svojih članova.

Časopis Podružnice SLD Apollinem medicum et Aesculapium izlazi po već utvrđenoj dinamici, dok Uređivački odbor i Izdavački savet održavaju sastanke kada se za to ukaže potreba.

Komisija za davanje mišljenja za dodelu stručnog zvanja primarijus ima obavezu da svoje sastanke održava jedanput u tri meseca. Na sastancima se rešavaju prispeti zahtevi članova Podružnice za sticanje ovog akademskog zvanja.

— Komisija za pregled kandidata za polaganje vozačkog ispita, članovi Suda časti i Samoupravne kontrole, svoje sastanke održavaju onda kada se za to ukaže potreba, bez unapred određene dinamike.

Sa posebnim zadovoljstvom, ističemo i sve bolje i masovnije korišćenje stručne literature Biblioteke Podružnice SLD u Leskovcu, koja se stalno dopunjava novim knjigama iz svih oblasti medicine.

Isto tako, foto-laboratorija pruža usluge svim aktivnim članovima Podružnice Srpskog lekarskog društva.

Podružnica Srpskog lekarskog društva u Leskovcu broji blizu 650 lekara. Od tog broja, 349 su lekari specijalisti, stomatolozi, psiholozi i farmaceuti. Lekara na specijalizaciji je 69, lekara 183, stomatologa 55, farmaceuta 26, logopeda 3, stomatologa na specijalizaciji 8. U redovima našeg članstva je oko 40 lekara sa akademskim zvanjem primarius, 5 magistra i 2 doktora nauka (podaci zaključno sa 30. VI 1991. godine).

Svakako je važno istaći, da su naši članovi, ujedno i članovi užih, strukovnih sekcija, i da ispoljavaju aktivnost u radu, bilo da su članovi sekcija ili članovi predstavništava odgovarajućih sekcija.

Podružnica Srpskog lekarskog društva u Leskovcu, ostvarujući svoj osnovni cilj — stručno i permanentno usavršavanje svojih članova, beleži vidne rezultate.

Podružnica Srpskog lekarskog društva je uvek finansirala putovanja svojih članova na kongrese i simpozijume, kao i stručne sastanke širom zemlje. Tako je, u ovoj godini, preko 80 lekara čitalo svoje stručne rade na brojnim stručnim manifestacijama, stičući kako ličnu, tako i afirmaciju naše Podružnice.

Nadamo se, da smo vam ovim izveštajem o našem četvoro-godišnjem radu, bar donekle pružili realnu sliku o radu i aktivnostima Podružnice Srpskog lekarskog društva u Leskovcu.