

APOLLINEM MEDICUM ET AESCULARIUM

YU ISSN 0352-4825



ЧАСОПИС ПОДРУЖНИЦЕ СРПСКОГ ЛЕКАРСКОГ ДРУШТВА У ЛЕСКОВЦУ



КОМПАРАТИВНА АНАЛИЗА УЛТРАСОНОГРАФСКИХ ПАРАМЕТАРА ПРИМАРНОГ КАРЦИНОМА И МЕТАСТАТСКИХ ТУМОРА ЈЕТРЕ.....	3
Саша ГРГОВ, Драгутин НИКОЛИЋ, Нинослав ЗЛАТАНОВИЋ, Светислав КРСТИЋ	
ФИКСНА КОМБИНАЦИЈА ПРАЗОСИНА И ПОЛИТИЈА-ЗИДА У ТЕРАПИЈИ АРТЕРИЈСКЕ ХИПЕРТЕНЗИЈЕ.....	7
Драгутин НИКОЛИЋ, Владимир КОЛИЋ и Властимир ПЕРИЋ	
ЕНДОСКОПСКА ПОЛИПЕКТОМИЈА У ТЕРАПИЈИ КОЛОРЕКТАЛНИХ ПОЛИПА	9
Саша ГРГОВ, Милосав СТЕФАНОВИЋ, Вука КАТИЋ, Јелица ДИМИТРИЈЕВИЋ, Перица СТАМЕНКОВИЋ и Милорад ПАВЛОВИЋ	
ОСОБЕНОСТИ ИСХРАНЕ И НУТРИТИВНОГ СТАТУСА ОДОЈЧАДИ ПРАЋЕНЕ У ДЕЧЈЕМ ДИСПАНЗЕРУ У ЛЕСКОВЦУ	14
Зоран МАРКОВИЋ	
ПРОБЛЕМ АРТЕРИЈСКЕ ХИПЕРТЕНЗИЈЕ КОД ВОЗАЧА ПРОФЕСИОНАЛЦА ПУТНИЧКОГ САОБРАЋАЈА АТП „ЈУГЕКСПРЕС“ У ЛЕСКОВЦУ	18
Предраг ШАЛИНГЕР, Војислав МИТРОВИЋ, Миле СТАНКОВИЋ, Соња ШАЛИНГЕР	
ИЗМЕНЕ У ВИТАЛНИМ ДОГАЂАЈИМА НА ПОДРУЧЈУ ОПШТИНЕ ЛЕСКОВАЦ	21
Зоран МАРКОВИЋ, Братислав НИКОЛИЋ, Олга НИКОЛИЋ, Љубица КРСТИЋ	
ПОВРЕДЕ СЛЕЗИНЕ У ПОЛИТРАУМИ	24
Нинослав ЗЛАТАНОВИЋ, Ђорђе ЦЕКИЋ, Александар ЂОРЂЕВИЋ, Јовица ВУЧКОВИЋ	
ДИЈАГНОЗА И ЛЕЧЕЊЕ ПОВРЕДА СЛЕЗИНЕ.....	27
Нинослав ЗЛАТАНОВИЋ, Александар ЂОРЂЕВИЋ, Драгољуб СТАМЕНКОВИЋ, Миливоје СТОЈАНОВИЋ	
ХОЛЕЛИТИЈАЗА И DIABETES MELLITUS КОД ХИРУРШКИХ БОЛЕСНИКА.....	29
Александар ЂОРЂЕВИЋ, Нинослав ЗЛАТАНОВИЋ, Драгољуб СТАМЕНКОВИЋ	
НАША ИСКУСТВА У ЗБРИЊАВАЊУ РАТНИХ ПОВРЕДА ..	31
Вукадин РИСТИЋ	
ПОЛИЦИСТИЧНА БОЛЕСТ ЈЕТРЕ, ПРИКАЗ БОЛЕСНИКА. 33	
Драгутин НИКОЛИЋ, Саша ГРГОВ и Томислав ЈОВАНОВИЋ	
НАСЛЕДНА ХЕМОРАГИЈСКА ТЕЛЕАНГИЕКТАЗИЈА	35
Драгутин НИКОЛИЋ, Јовица ПАВЛОВИЋ	
НЕСТАБИЛОСТ, ВРТОГЛАВИЦА И НЕСТАБИЛАН ХОД	37
Владимир МАРКОВИЋ, Секула МИТИЋ, Горан ЛУКОВИЋ	
ОЧНЕ ПРОМЕНЕ У РЕУМАТОТИДНОМ АРТРИТИСУ	41
Марина МАРКОВИЋ	
ПОВРЕДЕ МЕНИСКУСА КОД СТАРИЈИХ ЉУДИ	43
Милош СТАНОЈЛОВИЋ	
НАША ЗАПАЖАЊА У ЛЕЧЕЊУ ОЗЕНЕ	45
Зоран ПЕТРОВИЋ, Владимир МАРКОВИЋ	
СЕДАМДЕСЕТ ГОДИНА ПОСТОЈАЊА ХИРУРШКЕ СЛУЖБЕ У ЛЕСКОВЦУ (1926–1996)	47
Нинослав ЗЛАТАНОВИЋ	
Приказ књиге: „ПРОКТОЛОШКА ХИРУРГИЈА“	53
ПЕНЗИОНИСАНИ ЧЛАНОВИ ПОДРУЖНИЦЕ СРПСКОГ ЛЕКАРСКОГ ДРУШТВА У ЛЕСКОВЦУ	54
ВЕСТИ	56

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF ULTRASONOGRAPHIC PARAMETERS OF PRIMARY CANCER AND METASTATIC LIVER TUMORS.....	3
Saša GRGOV, Dragutin NIKOLIĆ, Ninoslav ZLATANOVIĆ, Svetislav KRSTIĆ	
FIXED COMBINATION OF PRAZOSIN AND POLYTHIAZIDE IN THERAPY OF ARTERIAL HYPERTENSION	7
Dragutin NIKOLIĆ, Vladimir COLIĆ, Vlastimir PERIĆ	
ENDOSCOPIC POLYPECTOMY IN COLORECTAL POLYPS THERAPY	9
Saša GRGOV, Milosav STEFANOVIĆ, Vuka KATIĆ, Jelica DIMITRIJEVIĆ, Perica STAMENKOVIĆ, Milorad PAVLOVIĆ	
CHARACTERISTICS OF NOURISHMENT AND NUTRITIVE STATUS OF INFANTS STUDIED AT THE PEDIATRIC DISPENSARY IN LESKOVAC.....	14
Zoran MARKOVIĆ	
PROBLEM OF ARTERIAL HYPERTENSION IN PROFESSIONAL DRIVERS EMPLOYED IN PASSENGER TRAFFIC OF THE TRANSPORT COMPANY „JUGEKSPRES“ IN LESKOVAC.....	18
Predrag ŠALINGER, Vojislav MITROVIĆ, Mile STANKOVIĆ, Sonja ŠALINGER	
CHANGES IN THE VITAL INDEX AT THE TERRITORY OF LESKOVAC COMMUNITY	21
Zoran MARKOVIĆ, Bratislav NIKOLIĆ, Olga NIKOLIĆ, Ljubica KRSTIĆ	
SPLenic INJURIES IN POLITRAUMA	24
Ninoslav ZLATANOVIĆ, Đorđe CEKIĆ, Aleksandar ĐORĐEVIĆ, Jovica VUČKOVIĆ	
THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF THE SPLENIC TRAUMA.....	27
Ninoslav ZLATANOVIĆ, Aleksandar ĐORĐEVIĆ, Dragoljub STAMENKOVIĆ, Milivoje STOJANOVIĆ	
CHOLELITHIASIS AND DIABETES MELLITUS IN SURGICAL PATIENTS.....	29
Aleksandar ĐORĐEVIĆ, Ninoslav ZLATANOVIĆ, Dragoljub STAMENKOVIĆ	
OUR EXPERIENCES IN WAR INJURY MANAGEMENT.....	31
Vukadin RISTIĆ	
POLYCYSTIC DISEASE OF THE LIVER. A CASE REPORT .33	
Dragutin NIKOLIĆ, Saša GRGOV, Tomislav JOVANOVIĆ	
HEREDITARY HAEMORRHAGICAL TELEANGIECTASIA	35
Dragutin NIKOLIĆ, Jovica PAVLOVIĆ	
UNSTABILITY VERTIGO AND UNSTABIL WALK	37
Vladimir MARKOVIĆ, Sekula MITIĆ, Goran LUKOVIĆ	
INJURIES OF MENISCUS IN ELDER PEOPLE	43
Miloš STANOJLOVIĆ	
OUR OBSERVATIONS IN TREATMENT OF OZENA.....	45
Zoran PETROVIĆ, Vladimir MARKOVIĆ	
SEVENTY YEARS OF EXISTENCE OF THE DEPARTMENT OF SURGERY IN LESKOVAC (1926–1996).....	47
Ninoslav ZLATANOVIĆ	

КОМПАРАТИВНА АНАЛИЗА УЛТРАСОНОГРАФСКИХ ПАРАМЕТАРА ПРИМАРНОГ КАРЦИНОМА И МЕТАСТАТСКИХ ТУМОРА ЈЕТРЕ

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF ULTRASONOGRAPHIC PARAMETERS OF PRIMARY CANCER AND METASTATIC LIVER TUMORS

Саша ГРГОВ, Драгутин НИКОЛИЋ, Нинослав ЗЛАТАНОВИЋ, Светислав КРСТИЋ

Здравствени центар Лесковац – Гастроентеролошки одсек Интерног одељења, Хируршко одељење
и Служба социјалне медицине, Завод за заштиту здравља Лесковац

САЖЕТАК

У раду је извршена упоредна анализа ултрасонографских параметара у 28 (25,5%) болесника са примарним карциномом јетре и 82 (74,5%) са метастатским туморима јетре. Примарни карцином је најчешће био солитаран (64,3%), углавном локализован у десном лобусу јетре (57,1%), док су метастазе углавном имале мултипле нодусе (96,3%), дисеминоване најчешће у оба лобуса јетре (71,9%). У болесника са примарним карциномом промене у јетри су најчешће величине преко 5 cm (67,9%), док су промене у метастатским туморима јетре углавном средње величине, од 2 до 5 cm (69,5%). Присутна су била седам ехо типова малигних тумора јетре: хиперехогени, хипоехогени, мешовити, анехогени, изоехогени, цистични и таргет тип. У обе групе малигних тумора промене у јетри су најчешће показивале хиперехогени, а затим хипоехогени и мешовити ултразвучни изглед, са статистички значајном разликом у заступљености између група ($p < 0,05$). Анехогени и изоехогени изглед показивао је само примарни карцином јетре, а цистични и таргет тип само метастазе. Закључује се да ултрасонографија у великој мери може диферентовати примарни карцином од метастатских тумора јетре. Она је користан screening метод за усмеравање даљег испитивања болесника у циљу долажења до коначне дијагнозе природе тумора у јетри.

Кључне речи: ултрасонографски параметри, примарни карцином јетре, метастатски тумори јетре, компаративна анализа

SUMMARY

In this work we made a comparative analysis of ultrasonographic parameters on 28 (25,5%) patients with primary cancer of the liver and 82 (74,5%) patients with metastatic tumors of the liver. The primary cancer was usually solitary (64,3%), mainly localized in the right liver lobe (57,1%), while metastatic tumors mainly had multiple nodes (96,3%) usually disseminated in both liver lobes (71,9%). In patients with primary cancer the changes in the liver were mostly over 5 centimeters large (67,9%), while the changes in metastatic liver tumors were mainly medium from 2 to 5 centimeters (69,5%). There were 7 echo types of malignant liver tumors: hyperechoic, hypoechoic, mixed, anechoic, isoechoic, cystic and target tupe. In both groups of malignant tumors, the changes in the liver mostly showed hyperechoic, then hypoechoic and mixed ultrasonic appearance, with statistically significant difference in their presence among the groups ($p < 0,05$). Anechoic and isoechoic appearance indicated only primary cancer of the liver, while cystic and target type indicated only metastases. We conclude, therefore, that ultrasonography, to a large extent, can differentiate primary cancer from metastatic liver tumors. It is a useful screening method for directing further patients examinations in order to reach the final diagnosis of the nature of liver tumors.

Key words: ultrasonographic parameters, primary liver cancer, metastatic liver tumors, comparative analysis.

Увод

Малигни тумори настају у самој јетри (примарни) или се јављају у јетри као знак проширености обољења било које друге локализације (секундарни или метастатски). За обе врсте малигних тумора заједничко је да се тешко лече и да имају лошу прогнозу (Николић и сар., 1991). Изузетно добри дијагностички резултати, са сензитивношћу и специфичношћу преко 90% постижу се ултразвучним прегледом јетре, који је постао метод избора. У највећем броју случајева овим методом се дијагностикује тумор, његова локализација и величина, као и однос са суседним структурама у јетри (Николић и сар., 1991, Перишић и сар., 1990). Ултрасонографија често служи као screening метода у дијагностичком поступку за индикацију других метода испитивања, а ултразвучно вођена циљана биопсија омогућује у већини случајева постављање коначне дијагнозе природе тумора и јетри.

Циљ рада је да се кроз компарацију ултрасонографских параметара примарног карцинома јетре (ПКЈ) и метастатских тумора јетре (МТЈ) укаже на

евентуалне специфичности у њиховим ултразвучним карактеристикама, како би се кроз „ултразвучни screening” што прецизније и селективније каналисао поступак даљег испитивања болесника.

Материјал и методе

У раду је извршено ретроспективно испитивање 110 болесника са малигним туморима јетре, прегледаних у Кабинету за ултразвучну дијагностику Интерног одељења Здравственог центра у Лесковцу, у периоду од септембра 1990. године до септембра 1995. год. Болесници су упућени на ултразвучни преглед у току амбулантног испитивања или хоспитализације углавном у Интерном или Хируршком одељењу.

За анализу су узете две групе болесника са малигним туморима јетре:

I ГРУПА: 28 болесника са примарним карциномом јетре (ПКЈ), од којих је у 24 (85,7%) хистолошки верификован хепатоцелуларни карцином, а у 4 (14,3%) холангиоцелуларни карцином.

II ГРУПА: 82 болесника са метастатским туморима јетре (МТЈ), са локализацијом примарног процеса у

Табела 1. Дистрибуција према полу испитиваних група болесника са малигним туморима јетре

Група	Пол				Свега	
	Мушки		Женски			
	п	%	п	%	п	%
I	20	71,4	8	28,6	28	25,5
II	51	62,2	31	37,8	82	74,5
Укупно	71	64,5	39	33,5	110	100

Табела 2. Животно доба болесника

Група	Године старости		
	$\bar{x}$	SD	min-max
I	61,8	$\pm 7,63$	41 – 82
II	62,1	$\pm 8,23$	30 – 86

дигестивном систему у 54 (65,9%) и осталим системима у 28 (34,1%) болесника.

Применом χ^2 теста утврђена је статистички значајна разлика у учесталости ПКЈ и МТЈ ($\chi^2=26,509 > \chi^2(1 \text{ и } 0,05)=3,841; p < 0,05$).

На табели 1 и табели 2 приказана је дистрибуција према полу и старосна структура испитиваних болесника по групама.

Прегледи су обављени ултразвучним апаратима ADR Ultrasound 4000 S/LC и Diasonics DRF 200, са секторским сондама фреквенције 3 MHz и 3,5 MHz, након гладовања од 8–12 h, у лежећем положају болесника, положају левог декубитуса и непотпуном левом декубиталном положају (за 30 степени улево из лежећег положаја на леђима). За добијање сагиталних, попречних и косих пресека јетре коришћен је субкостални приступ у дубоком инспиратору. У болесника са великом количином асцитеса, метеоризма и интерпонираног колона боља визуализација јетре је постигнута интеркосталним приступом у смиреној респирацији.

У неких болесника са ултразвучно откривеним туморима јетре рађена је сцинтиграфија са $^{99m}\text{Tc-Sn}$ колоидом у Кабинету за нуклеарну медицину Здравственог центра у Лесковцу и компјутеризована томографија у Заводу за радиологију у Нишу. У случајевима ултразвуком постављене сумње метастаза у јетри, за дијагнозу примарног процеса у дигестивном систему, поред ултразвучног прегледа билиопанкреасног система, коришћен је радиолошки и ендоскопски преглед езофагогастроуденума и колона. За дијагнозу примарног процеса у осталим системима коришћене су специфичне дијагностичке процедуре у зависности од локализације.

Узорци ткива за цитолошки односно хистолошки преглед добијени су у току лапаратомије хируршким биопсијом, упућивањем болесника у вишу здравствену установу ради биопсије под ултразвуком, а од фебруара 1994. године код неких болесника је урађена ултразвуком вођена циљана биопсија тумора јетре у нашој установи.

У статистичкој обради резултата коришћене су методе табелирања, мере централне тенденције ($\bar{x}$),

стандардна девијација (SD), најмањи и највећи члан низа ($X_{\min}$ и $X_{\max}$), Пирсонов χ^2 тест и Колмогоров–Смирнов тест.

Резултати

Најчешћи морфолошки тип ПКЈ је солитарни (64,3%), а МТЈ мултинодуларни (96,3%). Утврђена је статистички значајна разлика у учесталости солитарних и мултинодуларних форми између ПКЈ и МТЈ: за солитарне – $D_{\max}=0,357 > D(21 \text{ и } 0,05)=0,294, p < 0,05$; за мултинодуларне – $\chi^2=60,279 > \chi^2(1 \text{ и } 0,05)=3,841, p < 0,05$ (табела 3).

ПКЈ је најчешће био локализован у десном лобусу (57,1%), док су промене у МТЈ најчешће захватале оба лобуса (71,9%). Није нађена статистички значајна разлика у погледу локализације ПКЈ и МТЈ у десном и левом лобусу ($p > 0,05$), док је разлика у захватању оба лобуса статистички значајна ($p < 0,05$) (табела 4).

Најчешћа величина жаришних промена у ПКЈ је преко 5 cm (67,9%), а у МТЈ од 2 до 5 cm (69,5%). Постоји статистички значајна разлика у заступљености ПКЈ и МТЈ у величини промена до 2 cm и од 2 до 5 cm ($p < 0,05$), док разлика није статистички значајна у променама величине преко 5 cm ($p > 0,05$) (табела 5).

Табела 3. Морфолошке форме малигнух тумора јетре

Група	Морфолошки тип						Свега	
	Солитарни		Мулти-нодуларни		Дифузно-инф.			
	п	%	п	%	п	%	п	%
I	18	64,3	7	25	3	10,7	28	100
II	3	3,7	79	96,3	—	—	82	100
Укупно	21	19,1	86	78,2	3	2,7	110	100

Табела 4. Локализација малигнух тумора у јетри

Група	Локализација						Свега	
	Десни лобус		Леви лобус		Оба лобуса			
	п	%	п	%	п	%	п	%
I	16	57,1	4	14,3	8	28,6	28	100
II	17	20,7	6	7,3	59	71,9	82	100
Укупно	33	30	10	9,1	67	60,9	110	100

Табела 5. Величина жаришних промена у јетри

Група	Величина промена						Свега	
	До 2 cm		Од 2 до 5 cm		Преко 5 cm			
	n	%	n	%	n	%	n	%
I	3	10,7	6	21,4	19	67,9	28	100
II	15	18,3	57	69,5	10	12,2	82	100
Укупно	18	16,4	63	57,3	29	26,4	110	100

Табела 6. Ехо изглед малигнух тумора јетре

Ехо налаз	Група				Свега	
	I		II			
	п	%	п	%	п	%
1. Хиперехогени	16	57,1	37	45,1	53	48,2
2. Хипоехогени	5	17,8	24	29,3	29	26,4
3. Анехогени	1	3,6	–	–	1	0,9
4. Изоехогени	1	3,6	–	–	1	0,9
5. Мешовити	5	17,8	16	19,5	21	19,1
6. Цистични	–	–	1	1,2	1	0,9
7. Таргет тип	–	–	4	4,9	4	3,6
Укупно	28	100	82	100	110	100

Табела 7. Пропратне ултразвучне промене код болесника са малигним туморима јетре

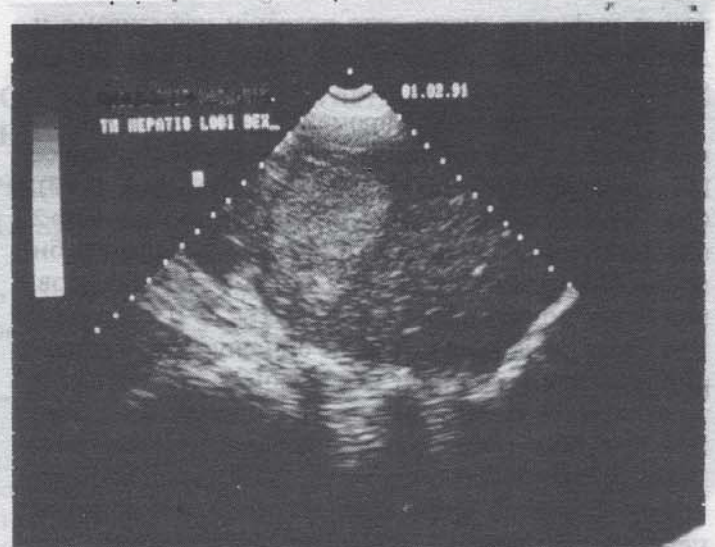
Ехо налаз	Група				Свега	
	I		II			
	n	%	n	%	n	%
1. Хепатомегалија	22	78,6	58	70,7	80	72,7
2. Асцитес	7	25	25	30,5	32	29,1
3. Дилатација жучних путева	2	7,1	7	8,53	9	8,2
4. Тромбоза портне вене	2	7,1	1	1,2	3	2,7
5. Плеурални излив десно	–	–	5	6,1	5	4,5

У већини случајева промене у јетри у ПКЈ и МТЈ показивале су хиперехогени, хипоехогени и мешовити ултразвучни изглед, док су остали ехо типови у мањој мери заступљени. Разлика у присуству хиперехогених, хипоехогених и мешовитих ехо типова између ПКЈ и МТЈ је статистички значајна ($p < 0,05$) (табела 6 и слике 1 и 2).

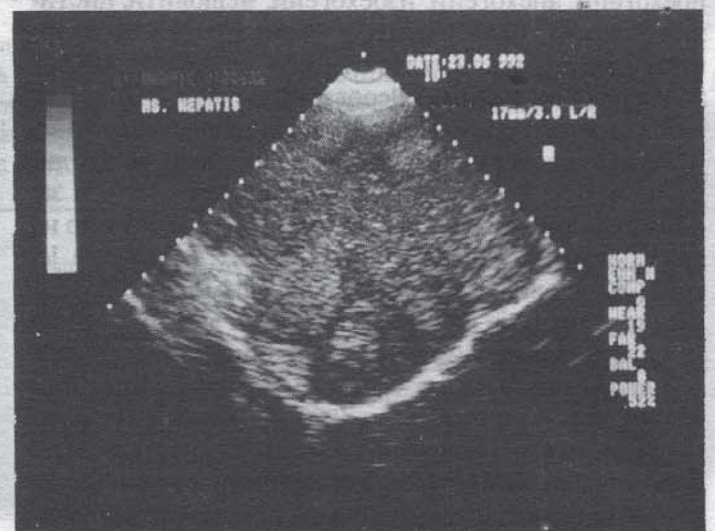
Од пропратних ултразвучних промена код болесника са малигним туморима јетре запажена је хепатомегалија, асцитес, дилатација интрахепатичних жучних путева, тромбоза портне вене и плеурални излив десно, са апсолутном и релативном заступљеношћу по групама приказаном на табели 7.

Дискусија и закључак

Од 110 болесника са малигним туморима јетре, 28 (25,5%) је са ПКЈ, а 82 (74,5%) са МТЈ. Мушки пол је заступљенији код болесника са ПКЈ (71,4%), као и код оних са МТЈ (62,2%), а обе врсте тумора се јављају у старијем животном добу ($\bar{x}$ преко 60 година). Наша испитивања одговарају подацима у литератури, пре-



Слика 1. Солитарни тип примарног карцинома десног лобуса јетре, хиперехогеног ултразвучног изгледа.



Слика 2. Мултипле мета промене у десном лобусу јетре, хиперехогеног типа, у примарном карциному колона.

ма којима су секундарни тумори знатно чешћи и њихов однос према примарним малигним туморима је 1:20 и више. Однос обољевања мушкараца и жена од ПКЈ је 10:1, а највећа инциденца карцинома је после педесете године (Николић и сар., 1991, Живковић, 1988).

Унутар групе са ПКЈ, већина је хистолошки одговарала хепатоцелуларном карциному (85,7%) и нисмо запазили разлике у ултразвучном изгледу у поређењу са знатно ређим холангиоцелуларним карциномом (14,3%), што наводе и други аутори (Лукач, 1990, Кунштек, 1987, Portnoi et al., 1989).

ПКЈ је најчешће био солитарног морфолошког типа (64,3%), углавном локализован у десном лобусу јетре (57,1%), док је мултинодуларни тип тумора најчешће виђен у МТЈ (96,3%), са претежном локализацијом у оба лобуса (71,9%). Реусс и сар. налазе највећу учесталост солитарног типа ПКЈ, док Јешић налази највећу учесталост мултинодуларног типа ПКЈ (Reuss et al., 1993, Јешић, 1988), који се тешко разликује од МТЈ презентованих у виду мултиплих нодуса. Код наших болесника најређи морфолошки тип ПКЈ је ди-

фузно инфилтративни, што показују испитивања и других аутора (Reuss et al, 1993, Јешић, 1988) и нисмо уочили овај морфолошки тип у МТЈ.

У болесника са ПКЈ промене су углавном величине преко 5 цм (67,9%), док су промене у болесника са МТЈ углавном средње величине, од 2 до 5 цм (69,5%). Само два болесника са ПКЈ и променама величине до 2 цм и од 2 до 5 цм имала су до три нодуса у јетри, што би према Макуучи и сар. и Ниhei и сар. одговарало тзв. малом карциному јетре (Макуучи et al., 1991, Ниhei et al., 1992), док према Канно и сар. не би испуњавало критеријум за „мали карцином“, с обзиром на схватање да је то солитарни тумор мањи од 2 цм, односно 3 цм, који не инфилтрише околне крвне судове јетре (Канно et al., 1992). То значи да се дијагноза ПКЈ у нашој средини поставља у касној фази, вероватно зато што у пракси немамо организовани протокол праћења ризичних група болесника.

Код наших испитаника присутна су била седам ехо типова малигних тумора јетре: хиперехогени, хипоехогени, анехогени, изоехогени, мешовити, цистични и таргет тип. У обе групе малигних тумора доминира хиперехогени ултразвучни изглед (у ПКЈ у 57,1%, у МТЈ у 45,1%). Вероватни разлог што је највише било хиперехогених ПКЈ код наших болесника је тај што се радило углавном о туморима већих димензија, откривених у касној фази. Више аутора запажа да са растом ПКЈ добија у ехогености, мада то не значи да нема хиперехогених „малих карцинома јетре“ (Живковић, 1988). Разлог највећем проценту хиперехогених мета промена је што су углавном потицале од примарних тумора дигестивног система, за које се зна да већином дају „светле“ метастазе у јетри, без обзира на величину (Лукач, 1990, Јешић, 1988). Поједини већи хиперехогени нодуси (преко 5 цм) у јетри болесника са ПКЈ и МТЈ показивали су централна некротична хипоехогена поља, што налазе и други аутори (Живковић, 1988, Кунштек, 1987). Хипоехогени и мешовити ултразвучни изглед промена нађен је у ПКЈ и у МТЈ, уз већу процентуалну заступљеност у МТЈ. Анехогени и изоехогени изглед показивао је само ПКЈ, а цистични и таргет тип је виђен само у метастазама, а пореклом од муцинозног аденокарцинома ректума (цистични) и карцинома плућа и жучне кесе (таргет тип). Анехогене и изоехогене промене су биле нејасно ограничене од околине, а цистичне су имале јасно уочљиве контуре, што је био један од ултразвучних критеријума њихове диференцијације. Код наших испитаника био је присутан само таргет тип МТЈ

са ехогеним центром и анехогеним рубом (облик „би-вољег ока“).

Пропратне ултразвучне промене (хепатомегалија, асцитес, дилатација жучних путева, тромбоза портне вене) биле су заступљене у приближно једнаком односу у ПКЈ и МТЈ, те нису биле много од помоћи у диференцијалној дијагнози.

На основу спроведених испитивања и анализом добијених резултата закључује се да се ултрасонографијом у великој мери може диферентовати ПКЈ од МТЈ. Она служи као користан screening метод у селективном усмеравању даљег испитивања болесника: конфронтација са другим морфолошким методама (сцинтиграфија јетре, компјутеризована томографија, селективна ангиографија хепатичне артерије), трагање за примарним процесом код сумње да се ради о МТЈ и биопсија под ултразвуком, која у већини случајева омогућује постављање коначне дијагнозе.

Литература

- Живковић Р (1988): Гастроентеролошка клиничка ултрасонографија, Медицинска књига, Београд-Загреб, 140-166.
- Јешић Р (1988): Одређивање ехографских маркера циркумскрипних лезија јетре и процена поузданости интерпретације ехо слике, Докторска дисертација, Београд.
- Kanno T, Oka H, Kim K, et al. (1992): Prognostic significance of echogenic lesion within small hepatocellular carcinoma, Nippon-Shokakibyō-Gakkai-Zasshi, 89(1): 55-60.
- Кунштек Н (1987): Дијагностика обољења јетре ултразвуком. У: Увод у дијагностички ултразвук у медицини, Школа ултразвука, Крагујевац-Београд, 161-167.
- Лукач И. Ултрасонографија у дијагностици обољења јетре. У: Џамбас Д, Гудурић Б (1990): Болести јетре, Медицински факултет Нови Сад, Нови Сад, 155-171.
- Makuuchi M, Takayama T, Kosuge T, et al. (1991): The value of ultrasonography for hepatic surgery, Hepatogastroenterology, 38 (1): 64-70.
- Николић В, Бегић-Јанева А. Тумори и цисте јетре. У: Теодоровић Ј, и сар. (1991): Гастроентерологија, Трећи део, Дечје Новине, Београд, 344-382.
- Ниhei T, Ebara M, Ohto M, Kondo F (1992): Study of sonographic findings of small hepatocellular carcinoma based on its pathologic findings, Nippon-Shokakibyō-Gakkai-Zasshi, 89(6):1360-1368.
- Перишић В, Хаџић Н, Перишић-Савић М, Чоловић Р. Тумори јетре. У: Глишић Љ, Перишић В, Давчев П, Хаџић Н, Сатлер Ј (1990): Гастроентерологија, Научна књига, Београд, 608-650.
- Portnoi LM, Roslov AL, Mokshantseva MV (1989): Ultrasonic diagnosis of tumorous lesions of the liver, Sov-Med, 12: 86-89.
- Reuss J, Seltz K, Rettenmaier G (1993): Ultrasound diagnosis of hepatocellular carcinoma, Bildgebung, 60 (1): 18-22.

Др Саша Гргов, интерниста-гастроентеролог,
16000 Лесковац, Мајора Тепића 19/9.

ФИКСНА КОМБИНАЦИЈА ПРАЗОСИНА И ПОЛИТИЈАЗИДА У ТЕРАПИЈИ АРТЕРИЈСКЕ ХИПЕРТЕНЗИЈЕ

FIXED COMBINATION OF PRAZOSIN AND POLYTHIAZIDE IN THERAPY OF ARTERIAL HYPERTENSION

Драгутин НИКОЛИЋ, Владимир ЦОЛИЋ и Властимир ПЕРИЋ
Здравствени центар Лесковац – Интерно одељење

САЖЕТАК

Испитивали смо антихипертензивно дејство и подношљивост фиксне комбинације празосина (1 mg) и политијазида (0,5 mg) - Polyflex® (Алкалоид, Скопје) у групи од 32 болесника са есенцијалном хипертензијом. Од тога је било 28 болесника са клинички лаком, а четворо болесника је имало средње тешку есенцијалну хипертензију. Појединачном дневном дозом од једне половине до једне таблете успешно су контролисане вредности како систолног тако и дијастолног крвног притиска у 25 од 28 болесника (89,28%). Четворо болесника је добијало лек у дневној дози од једне ипо таблете, без резултата код једног болесника. Нежељени ефекти у смислу малаксалости, мучнине, несвестице и вртоглавице регистровани су код једног болесника.

SUMMARY

Therapeutic efficiency and bearableness of fixed combination of prazosin (1 mg) and polythiazide (0,5 mg) - POLYFLEX® (Alkaloid, Skopje) has been examined in a group of 32 patients with hypertension. A single daily dose from 1/2 to 1 pill was given to 28 patients. Both systolic and diastolic blood pressure were successfully controlled with 25 patients (89,28%). Four of the patients where given the medicine in a daily dose of one and a half pill. This dose gave no results on one patient. Unwanted effects such as: exhaustedness, nausea, dizziness and vertigo were registered in one case.

Увод

За употребу фиксних комбинација антихипертензива постоји теоријска основа и много експерименталних и клиничких доказа о оправданости, посебно када састојци делују адитивно или синергистички што резултује јачим антихипертензивним ефектом. Несумњиво је показано да диуретици појачавају антихипертензивно дејство вазодилатора, бета блокатора, резерпина. Смањењем дозе појединих састојака смањује се број и интензитет њихових потенцијалних нежељених дејстава. Узимањем два или више активних састојака у „једном леку” смањује се учесталост примене, осигурава добра сарадња лекар-пацијент и обезбеђује редовно узимање лекова. Све заједно води бољој контроли хипертензивне болести и бољој профилакси компликација са мањом ценом лечења ове савремене незаразне епидемије. Dollery 1977. године предвиђа да ће велики број болесника са благом или умереном хипертензијом бити лечен комбинованим препаратима (Кажић, 1989).

Антихипертензивно дејство prazosina резултат је периферне вазодилатације изазване функционом блокадом постсинаптичких α_1 -адренергичких рецептора и директним релаксантним дејством на глатку мускулатуру артериола. Ради се о провереном антихипертензиву који повољно делује на профил липида у крви а не мења срчану фреквенцу и минутни волумен, не индукује бронхоспазам, не доводи до пораста плазма-ренинске активности и на њега се не развија толеранција чак ни код продужене терапије.

Politijazid је диуретик и антихипертензив са пролонгираним дејством који снижава повишен артеријски крвни притисак редукијом волумена плазме (спречавањем ресорпције јона Na^+ и K^+ у тубулима бубрега) и

редукијом осетљивости крвних судова на неуроефекторне импулсе симпатичког нервног система.

ЦИЉ нашег рада је утврђивање терапијске ефикасности и подношљивости Polyflex-a (комбиновани препарат који садржи 1 mg празосина и 0,5 mg политијазида) у болесника са артеријском хипертензијом.

Болесници и метод рада

У групи од 32 болесника са повишеним артеријским крвним притиском (23 жене и 9 мушкараца) просечне старости 50,16 година и са просечним трајањем артеријске хипертензије од 5,78 година испитивали смо терапијску ефикасност и подношљивост фиксне комбинације празосина и политијазида. Пре испитивања 9 болесника (28,12%) нису лечени другим лековима, а код осталих је примењена фармакотерапија била неефикасна, недовољна или нередовна.

У испитивање су укључени амбулантни болесници чије вредности артеријског крвног притиска (аКР) после седмодневног периода без медијације („wash out period”) нису биле изнад 26/16 kPa (осим код 4 болесника) и који нису имали клинички манифестну инсуфицијенцију срца, јетре или бубрега. Пре укључивања у испитивање обављен је клинички интернистички преглед, регистрован Ekg и узете су рутинске лабораторијске анализе. После седмодневног периода без лекова мерене су вредности аКР и срчане фреквенце (SF) у стојећем и лежећем положају. Ординирана је дневна доза од 1/2 таблете Polyflex-a ујутру. После две недеље у истим условима је мерен аКР и SF. Уколико није било задовољавајућег смањења аКР доза лека је повећана - јутарња на једну таблету или је додавана поподневна доза од 1/2 таблете. Максимална дневна доза је износила једна таблета дневно осим код поменутих 4 болесника који су имали једну таблету

ујутру и 1/2 таблете у поподневној дози. На крају четворонедељне терапије поново смо извршили иста мерења и сумирали резултате.

Резултати рада

Polyflex-ом у појединачној дневној дози од 1/2 до једне таблете ујутро, или у две подељене дозе по 1/2 таблете, успешно су контролисане вредности како систолног тако и дијастолног крвног притиска у 25 од 28 болесника (89,28%). У једног од преосталих троје болесника постигнута је нормализација систолног али не и дијастолног крвног притиска, а код два болесника су после једномесечне терапије вредности аКР и даље биле високе, но значајно ниже од иницијалних.

Четири болесника који су имали на почетку испитивања вредности аКР изнад 26/16 kPa (26-28, 5/14-18 kPa) добијали су лек у дневној дози од једне ипо таблете (по шеми 1+0+1/2 табл.). Код два болесника постигнута је нормализација аКР, код једног значајно смањење иницијалних вредности, а код једног болесника су вредности и систолног и дијастолног КР после једномесечне терапије и даље биле високе (24/16 kPa).

Већ после две недеље лечења Polyflex-ом долази до значајног смањења средњих вредности како систолног (од 24,31 на 20,43 kPa) тако и дијастолног КР (од 14,87 на 13,15 kPa) у нашој групи од 32 болесника. Током даљег лечења и прилагођавања дневне дозе како је описано наставља се тренд смањења тако да су на крају периода праћења средње вредности аКР у испитиваној групи биле 19,17/12,20 kPa.

На почетку лечења средња вредност фреквенције срчаног рада износила је 88,03/минут. У току терапије регистровани смо континуирано и постепено, умерено смањење SF: 82,06/мин после двонедељног лечења, а 78/мин после једномесечне терапије. Иницијалне вредности SF на крају праћења смањене су у посматраној групи за 11,39% али ни код једног болесника испод нормалних вредности.

Нежељене ефекте у смислу опште малаксалости, мучнине у желуцу, несвестице и вртоглавице имали смо код једне болеснице али која није реаговала „ефектом прве дозе“ нити смо касније регистровали ортостатску хипотензију. Уз задовољавајућу регулацију хипертензије, али због изражених субјективних тегоба на крају једномесечног лечења пацијенткиња је искључена из терапије Polyflex-ом.

Дискусија и закључак

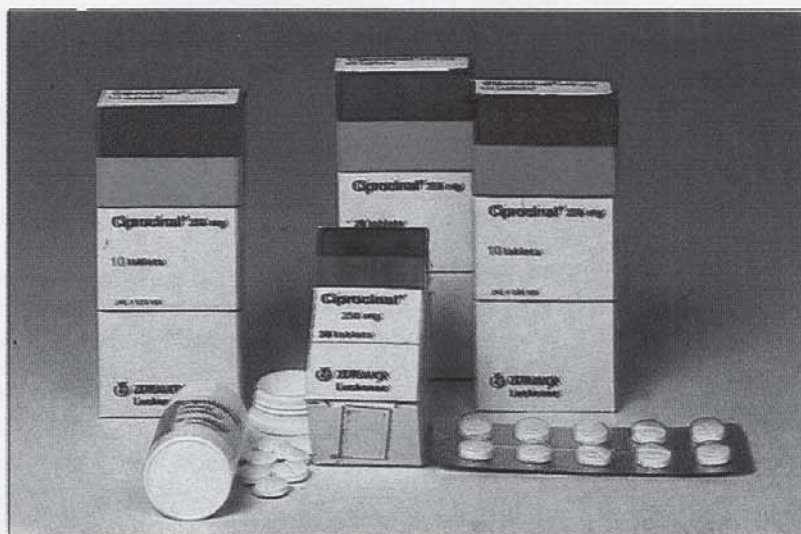
Из бројних извештаја је видљиво да празосин доводи до значајног пада повишеног аКР у великом проценту хипертоничара, а да се у комбинацији са диуретиком и/или бета блокатором постиже задовољавајућа регулација хипертензије код још већег броја болесника. Испитивана је (Маринковић и сар., 1980) и у пракси коришћена и комбинација празосина са политијазидом уз врло добре резултате. Сада смо ту комбинацију добили у једној таблети.

Комбинованим препаратом празосина и политијазидом (Polyflex[®]) ми смо постигли успешну регулацију повишених вредности аКР у скоро 90% хипертоничара, и то како систолног тако и дијастолног КР, како у лежећем тако и у стојећем положају уз умерено смањење SF у испитиваној групи али ни у једног болесника испод нормалних вредности.

Литература

- Маринковић М., Врховац Б., Winter-Фудурић И., Кузманић Д. (1980): Властита искуства у примени празосина у артеријској хипертензији. Симпозијум о хипертензији-Сарајево, октобра 1980. Зборник радова. 55-64
- Герц В., Нумић Н. (1981): Антихипертензивна терапија празосином у свакодневној пракси. Резултати мултицентричне студије. У: Vasoflex-искуства из праксе. Супплементум 21. Алкалоид-Скопје. 7-28
- Кажич Т. (1989): Фиксне комбинације антихипертензива. У: Клиничка кардиоваскуларна терапија. Уредници Кажич Т. и Румболдт З. Медицинска књига, Београд-Загреб. 205-209
- Румболдт З. (1984): Антихипертензиви. У: Клиничко испитивање лијекова. Уредник Врховац Б. Школска књига. Загреб. 327-349

Др Драгутин Николић, интерниста,
Грделица



Hinolonski baktericid širokog spektra delovanja

CIPROCINAL®

ciprofloksacin

- Široki spektar delovanja na Gram-negativne i Gram-pozitivne bakterije
- Jača baktericidna aktivnost od penicilina, cefalosporina i aminoglikozida
- Baktericidno deluje u fazi rasta i mirovanja bakterija
- Efikasan u lečenju infekcija izazvanih *Pseudomonas aeruginosa*
- Dobra distribucija i u slabo vaskularizovanim tkivima
- Nema ukrštene reakcije sa penicilinima, cefalosporinima i aminoglikozidima
- Klinička iskustva u našoj zemlji i u svetu potvrdila su odličnu efikasnost oralno primenjenog ciprofloksacina
- Doziranje dva puta dnevno uz minimum neželjenih efekata

DOZIRANJE

INDIKACIJE	ORALNO	INTRAVENSKI
<i>Nekomplikovane infekcije donjih i gornjih mokraćnih puteva</i>	<i>2 x 125 mg</i>	<i>2 x 100 mg</i>
<i>Komplikovane infekcije gornjih mokraćnih puteva</i>	<i>2 x 250 mg ili 2 x 500 mg</i>	
<i>Komplikovane infekcije donjih mokraćnih puteva</i>	<i>2 x 500 mg</i>	<i>2 x 200 mg</i>
<i>Teške infekcije (npr. pneumonija, osteomijelitis)</i>	<i>2 x 750 mg</i>	
<i>Ostale infekcije</i>	<i>2 x 500 mg</i>	<i>2 x 200 mg</i>
<i>Hronično kliconoštvo salmonela</i>	<i>4 x 250 mg</i>	

Ž ZDRAVLJE-Leskovac

**FARMACEUTSKO
HEMIJSKA
INDUSTRIJA**

ЕНДОСКОПСКА ПОЛИПЕКТОМИЈА У ТЕРАПИЈИ КОЛОРЕКТАЛНИХ ПОЛИПА

ENDOSCOPIC POLYPECTOMY IN COLORECTAL POLYPS THERAPY

Саша ГРГОВ, Милосав СТЕФАНОВИЋ, Вука КАТИЋ, Јелица ДИМИТРИЈЕВИЋ,

Перица СТАМЕНКОВИЋ и Милорад ПАВЛОВИЋ

Здравствени центар Лесковац – Гастроентеролошки одсек Интерног одељења, Одељење за патологију и Клиника за патологију, Клинички центар Ниш

САЖЕТАК

У периоду од годину ипо дана методом ендоскопске електроресекције уклоњен је 41 полип колоректума (40 аденома и један инфламаторни полип), код 28 пацијената. Полипи су уклоњени у целини, а они већих димензија (преко 3 cm) део по део. Ни у једном случају није било компликација после полипектомије. Материјал је хистолошки обрађен по класичној HE методи, а у неким случајевима су коришћене и допунске хистохемијске методе: HID/AB, за верификацију сулфомуцина и сијаломуцина и PAS, за неутралне муцине. Највећи проценат уклоњених аденома је био тубуларног хистолошког типа (72,5%), са најчешће I степеном епителне дисплазије (62,1%), док су тубуловилосни и вилосни аденоми углавном били II и III степена дисплазије. Са растом аденома увећавао се степен епителне дисплазије и вилозна компонента у хистолошкој структури. У жлездама са лаким и умереним степеном дисплазије хистохемијски је констатована редукција киселих муцина, док је у високодиспластичним жлездама аденома констатовано присуство муцина у траговима или њихово одсуство. У свих пацијената са колоректалним аденомима ендоскопска ресекција је била коначна терапија, сем у једног са великим (3,5 cm), сесилним, тубуловилосним аденомом десценденса, са дисплазијом III степена и фокусима карцинома, који је упућен на хируршку интервенцију. Закључујемо да је ендоскопска електроресекција колоректалних полипа безбедна и поуздана, што се односи и на полипе већих димензија који се морају уклонити у деловима. Ендоскопска полипектомија је коначна терапија за већину пацијената са аденомима различитог степена дисплазије и има велики значај у превенцији настанка колоректалног карцинома.

Кључне речи: колоректални полипи, ендоскопска полипектомија

SUMMARY

During the period of a year and a half 41 colorectal polyps (40 adenomas and one inflammatory polyp) were removed by endoscopic electroresection method, in 28 patient. The polyps were removed as a whole, while larger ones (over 3 cm) were removed part by part. Not in a single case there were any complications after polypectomy. The material was histologically treated according to the classical HE method, while in some cases additional histochemical methods were used: HID/AB, for sulfomucins and sialomucins verification, and PAS, for neutral mucins. Majority of the adenomas removed were of the tubular histological type (72,5%), with the I degree of epithelial dysplasia mostly (62,1%), while tubulovillous and villous adenomas were of the II and III dysplasia degree mostly. When the adenomas were larger the degree of epithelial dysplasia was higher and villous component in histological structure was more frequent. In lower and moderate dysplastic glands presence reduction of acid mucins, while in highly dysplastic adenoma glands presence in traces or absence of mucins were histochemically determined. For all patients with colorectal adenomas endoscopic resection was final therapy, except for one with a large (3,5 cm) sessile, tubulovillous descending colon adenoma with the III dysplasia degree and cancer focuses, who had to be operated on. We can conclude that endoscopic electroresection of colorectal polyps is safe and reliable, which conclusion also applies to large polyps that have to be removed in parts. Endoscopic polypectomy is final therapy for most patients with adenomas of different epithelial dysplasia degree and is very important in prevention of colorectal cancer appearance.

Key words: colorectal polyps, endoscopic polypectomy.

Увод

Под „полипом“ се подразумевају све израслине на слузокожи без обзира на порекло и хистолошку структуру. Могу бити повезане са слузокожом широким базом или петљом (Теодоровић, 1990).

Колоректални епителни полипи су подељени у две велике групе: ненеопластичну, у коју спадају хиперпластични, хамартоматозни и инфламаторни полипи и неопластичну или аденоматозну. И поред тога што се сматра да су ненеопластични полипи без малигног потенцијала, новија саопштења указују да је однос ових типова полипа и карцинома колона много комплекснији. У 13% хиперпластичних полипа присутне су аденоматозне промене, док су прави мешовити (хиперпластично-аденоматозни) полипи ретки и откривају се у 0,6–2,3% (Живковић, 1994). Аденоматозни полипи (аденоми) су бенигне неоплазме колоректума и зависно од величине,

хистолошког типа и степена епителне дисплазије, потенцијално малигне промене (Теодоровић, 1990).

Неопластична еволуција у колоректуму праћена је променама епителних муцина, који се детектују хистохемијским методама.

У нормалној колоректалној мукози сијалинска киселина садржи О–ацетил групу на C8 положају и део је протективних механизма од дејства цревног садржаја, посебно неураминидазе коју секретује бактеријска флора (Jass et al., 1986). О–ацетил сијаломуцини присутни у зрелим пехарастим ћелијама, одсутни су у тешкодиспластичним аденомима, у аденомима са фокалним карциномом и аденокарциномима, који су праћени појавом N–ацетил сијалинске киселине (Agawa, 1990, Eide et al., 1987).

Циљ рада је да изнесемо наша прва искуства у ендоскопском уклањању полипа колоректума у целини и део по део.

Табела 1. Ендоскопски изглед аденома

Ендоскопски изглед	Број	Проценат
Сесилни	22	55
На петељци	18	45
Укупно	40	100

Пацијенти и методе

У периоду од јануара месеца 1994. године до јуна 1995. године методом ендоскопске електроресекције уклоњен је 41 полип колоректума, код 28 пацијената (20 мушкараца и 8 жена), просечне старости $59,3 \pm 8,43$ године (min. 43, max. 79 година).

Од 41 колоректалног полипа, 40 је имало хистолошку структуру аденома код 27 пацијената, а један је био инфламаторни полип ректума.

Од 27 пацијената са колоректалним аденомима, 22 (81,5%) је имало солитарне аденоме (до 2), а 5 (18,5%) мултипле аденоме (преко 2), локализоване у истим сегментима колоне у 2 (40%) и различитим сегментима у 3 (60%) пацијената. Највећи број уклоњених аденома у једној сеанси је био 12, код пацијента са мултиплим аденомима колоне. На табели 1 приказан је ендоскопски изглед уклоњених аденома.

Код 4 (14,8%) пацијената са аденомима постојао је синхрони аденокарцином колоне, од којих су у два виђени остаци тубуловилнозних аденома. Шест пацијената (22,2%) је оперисано од аденокарцинома колоне различите локализације.

Најчешћи симптоми пацијената са колоректалним аденомима, изузимајући оне са синхроним карциномом ($27-4=23$), били су: хематохемија у 8 (34,8%), ирегуларно цревно пражњење у 7 (30,4%), тенезми у 5 (21,7%) и избацивање слузи у 2 (8,7%) пацијента. Четири пацијента (17,4%) је било без абдоминалних тегоба. Они су колоноскопирани због контроле после операције карцинома колоне.

Код свих пацијената, после добре припреме у болничким условима и провере коагулационог статуса, урађена је тотална колоноскопија ендоскопом марке Olympus OM-1. Полипи величине до 3 cm ресековани су у целини, заједно са базом, у једном акту. Два полипа на петељци величине 3,5 и 4,5 cm и један сесилни величине 3,5 cm ресекована су део по део. За електро-ресекцију је коришћена дијатермијска омча и струја јачине до 60 W (слике 1-3). После интервенције пацијенти су праћени болнички 24-48 h, а затим амбулантно још неколико дана. Ни у једном случају није било непосредних и одложених компликација после полипектомије (крварење, перфорација црева).

После ендоскопског уклањања полипа ткиво је хистолошки обрађено. Примењене су следеће методе бојења:

I Хематоксилин-еозин (HE) метода, за рутинску морфолошку анализу.

II Код неких аденома примењене су хистохемијске методе за приказивање типа и количине епителних муцина:



Слика 1. Полип ректума на дебљој петељци, режњевитог изгледа, наранџасте боје, величине 3,5 cm



Слика 2. Електроресекција ректалног полипа део по део. Приказано друго уомчавање полипа



Слика 3. Формиран термокоагулациони улкус непосредно после полипектомије. У горњем левом углу слике види се део уклоњеног полипа

а) HID/AB (high iron diamine/Alcian blue) (ph-2,5), за верификацију сулфомуцина (јако киселих) и сијало-муцина (слабо киселих);

б) PAS (Periodic acid Schiff), за доказивање неутралних муцина.

У обради и анализи резултата коришћене су дескриптивне статистичке методе: табеларни приказ, мере централне тенденције ($\bar{x}$), мере варијабилитета (SD) и најмањи и највећи члан низа (X_{min} и X_{max}).

Резултати

Најчешћа локализација аденоматозних полипа код наших пацијената је била у ректуму, са опадањем у броју према цекуму (табела 2).

Табела 2. Дистрибуција аденома

Локализација	Број	Проценат
Ректум	15	37,5
Сигма	11	27,5
Десценденс	6	15
Трансферзум	4	10
Асценденс	2	5
Цекум	2	5
Укупно	40	100

Табела 3. Корелација величине аденома са степеном дисплазије епитела

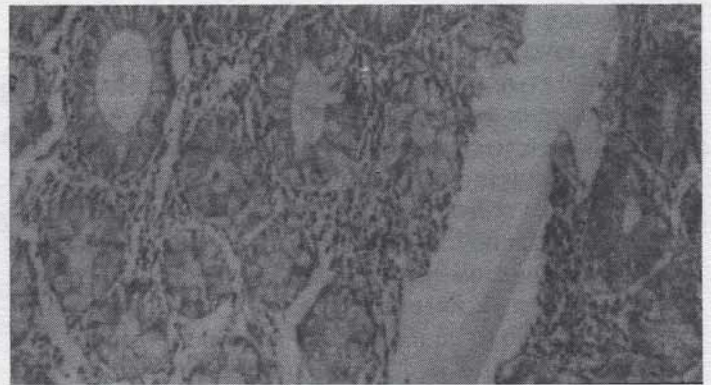
Величина аденома (цм)	Степен дисплазије						Свега	
	I		II		III			
	п	%	п	%	п	%	п	%
До 1	16	64	7	28	2	8	25	62,5
1–2	3	27,3	3	27,3	5	45,4	11	27,5
2–3	–	–	1	100	–	–	1	2,5
3–5	–	–	2	66,7	1	33,3	3	7,5
Укупно	19	47,5	13	32,5	8	20	40	100

Табела 4. Корелација хистолошког типа аденома са степеном епителне дисплазије

Хисто- лошки тип аденома	Степен дисплазије						Свега	
	I		II		III			
	п	%	п	%	п	%	п	%
Тубуларни	18	62,1	9	31	2	6,9	29	72,5
Тубулови- лозни	1	11,1	3	33,3	5	55,5	9	22,5
Вилозни	—	—	1	50	1	50	2	5
Укупно	19	47,5	13	32,5	8	20	40	100

Ендоскопски уклоњени аденоми су најчешће мањих димензија, до 1 цм (62,5%), а у највећем броју случајева уклоњених аденома присутна је дисплазија I степена (47,5%). У мањих аденома доминира дисплазија I степена (64%), док се са растом аденома јавља већи проценат дисплазије епитела II и III степена. Најмањи ендоскопски уклоњени аденом био је величине 0,4 цм, а највећи 4,5 цм (табела 3).

Највећи проценат уклоњених аденома је био тубуларног хистолошког типа (72,5%), најчешће I степена епителне дисплазије (62,1%) док су тубуловилозни и вилозни аденоми углавном II и III степена дисплазије (табела 4).



Слика 4. Тубуларни аденом са дисплазијом II степена: умерена редукција секреције киселих муцина. АБ/ПАС (пх-2,5)



Слика 5. Тубуловилозни аденом: умерена редукција секреције киселих муцина у зонама са дисплазијом II степена и присуство киселих муцина у траговима у зонама са дисплазијом III степена. АБ/ПАС (пх-2,5)



Слика 6. Тубуловилозни аденом са дисплазијом III степена: Одсуство секреције сулфомуцина. ХИД/АБ (пх-2,5).

Хистохемијском анализом епителних муцина, код аденома са дисплазијом лаког степена запажена је лакша хипосекреција киселих муцина. Редукција секреције киселих муцина изразитија је код аденома са дисплазијом умереног степена, до присуства муцина у траговима или њиховог одсуства у аденомима са тешком дисплазијом. Код аденома са фокусима дисплазије различитог степена (II и III) запажена је редукција киселих муцина у фокусима дисплазије II степена и њихово одсуство у фокусима дисплазије III степена. У аденомима колоректума PAS реакција за приказивање неутралних муцина је била негативна (слике 4-6). У случајевима постојања два или три степена епителне

дисплазије у једном истом аденому, степен дисплазије тог аденома је означавао према најтежем градусу.

Пацијенти су ендоскопски контролисани, зависно од степена епителне дисплазије, после 3 месеца ($n=4$), после 6 месеци ($n=3$), после 12 месеци ($n=3$) и после 18 месеци ($n=1$) од полипектомије. Код пацијента са великим сесилним аденомом (3,5 cm), локализованим у десценденсу, тубуловилног типа, после 3 месеца од полипектомије постојећа резидуа равно уздигнутог изгледа уклоњена је у целини техником стрип биопсије: преко игле пласиране кроз радни канал ендоскопа убризгано је 4 мл физиолошког сланог раствора субмукозно испод лезије, што је резултовало елевацијом промене и омогућило њено уомчавање и електроресекцију. Код осталих пацијената нису уочени знаци резидуе и рецидива после полипектомије.

Дискусија

Скоро све ендоскопски уклоњене полипе коло ректума код наших пацијената чинили су аденоми. Углавном су били присутни код мушкараца, у старијем животном добу и најчешће локализовани у ректуму и сигмоидном делу колона, што одговара подацима у литератури (Глишић и сар., 1990).

Најновије студије ћелијске кинетике указују да аденоми настају у једној колонској крипти као резултат убрзане пролиферације недиферентованог епитела и застоја његовог сазревања. Синтеза ДНА одвија се у свим нивоима крипта и у површинском епителу који „инверзијом“ доводи до формирања нових аденоматозних крипта или се набире и грана у виду ресица. Упоредо са губитком диференцијације епитела одвија се и губитак диференцијације перикрипталних фибробласта. Претпоставља се да је хистолошки тип аденома одређен реакцијом суседног мезенхима. У тубуларном аденому пролиферација мезенхима је минимална, док је у вилозном изразита формирајући ресичасту структуру (Risio et al., 1988).

Најчешћи хистолошки тип аденома је тубуларни (65–80%), затим тубуловилнозни (15–24%) и вилозни (3–10%) (Теодоровић, 1990), што и наша испитивања показују.

Сви колоректални аденоми су диспластични, односно поседују малигни потенцијал. Као фактори прогреси аденома у карцином истичу се величина, вилозна грађа и степен епителне дисплазије. Сасвим је извесно да се малигни потенцијал увећава са растом аденома. Код аденома мањих од 1 cm карцином се јавља у 1%, а код већих од 2 cm у 50% (Теодоровић, 1990). Изузетак чине мали равни („flat“) аденоми, дијаметра до 1 cm, који у 42% показују епителну дисплазију високог степена или интраепителни фокални карцином (Wolber, 1991). Могу се јавити као солитарни, а недавно је описан хередиитарни „flat adenoma“ синдром, као могућа варијанта фамилијарне аденоматозне полипозе, који се карактерише мултиплим аденомима колона претежно равног типа и проксималне дистрибуције, настанком карцинома колона у средњим годинама и различитим ванколонским манифестацијама као што су аденоми и карциноми танког црева и желудацни фундусни полипи (Lynch et al., 1992). Откриће високодиспластичних равних аденома умногоме негира концепт „de novo“ настанка карцинома колона и истиче аденоме као обавезне прекурзоре карцинома. Тубула-

рни аденоми ретко малигно алтериршу, док малигни потенцијал вилозних аденома достиже 40%. Ипак, најселективнијим маркером сматра се степен епителне дисплазије у аденомима без обзира на хистолошки тип, мада је дисплазија тешког степена и најчешћа у великим вилозним аденомима (Brown et al., 1985). Наша испитивања су у сагласности са наведеним подацима других аутора. Највећи проценат ендоскопски уклоњених аденома код наших пацијената је био тубуларног хистолошког типа (72,5%), са најчешће I степеном епителне дисплазије, док су тубуловилнозни и вилозни аденоми углавном били II и III степена дисплазије. Аденоми величине до 1 cm најчешће су имали дисплазију I степена (64%), док су већи аденоми углавном били II и III степена дисплазије.

Код четири пацијената са аденомима постојао је синхрони аденокарцином колона, од којих су у два виђени остаци тубуловилнозних аденома, а шест пацијената је оперисано од карцинома колона различите локализације и сви су хистолошки били аденокарциноми. Наведени резултати се могу објаснити познатим моделом колоректалне карциногенезе, познатим као „Adenoma–dysplasia–adenocarcinoma sequence“. За потврду еволуције аденома у карцином неопходно је присуство остатака аденоматозног ткива у аденокарциному. Међутим, остаци аденома су присутни само у 13–27%, те се сматра да карцином својим растом деструише аденоматозно ткиво (Adachi et al., 1991).

Према подацима у литератури, хистохемијска слика епителних муцина колона показује варијације унутар крипта у односу на диференцијацију, као и разлике у топографији између левог и десног колона. У левом колону су присутни јако кисели (сулфатирани) муцини у доње две трећине крипта, а у горњој трећини крипта секретују се сулфомуцини заједно са слабо киселим (сијало) муцинима. У проксималном колону доказано је присуство сијаломуцина у бази крипта, а у горње две трећине крипта налазе се сулфомуцини. Неутрални муцини су присутни претежно у десном колону, у горњим деловима колонских крипта и у површинском епителу. Сијаломуцини су вискознији и имају вероватно протективну улогу, а сулфомуцини су мање вискозни и имају у првом реду лубрикативну улогу (Живковић, 1994). Резултати многих аутора добијени хистохемијском HID/AB методом показују редукцију мукусне секреције са прогресивним губитком диференцијације пехарстих ћелија. Редукција секреције муцина се повећава са повећањем степена дисплазије у аденомима до асекреције у пољима карцинома (Griffioen et al., 1989, Agawa, 1990). У колоректалним аденомима PAS реакција за приказивање неутралних муцина је негативна. Смањење синтезе сулфомуцина у аденомима колоректума пропорционално степену диспластичних промена указује да се присуство сулфомуцина може сматрати „маркером ћелијске диференцијације и функције“ (Живковић, 1994). Наша хистохемијска испитивања су у сагласности са наведеним подацима других аутора. Код аденома са дисплазијом лаког степена запазили смо лакшу редукцију киселих муцина. Редукција киселих муцина је била изразитија у аденомима са умереним степеном дисплазије, до присуства муцина у траговима или њиховог одсуства у аденомима са тешком дисплазијом.

Термин тешка дисплазија се често користи као синоним карцинома ин ситу, што указује на малигну природу ћелија, односно на фокусе карцинома у аденому који нису прошли *muscularis mucosae*. Међутим, ако је фокус тешке дисплазије прошао *muscularis mucosae*, чак и ако је на глави полипа, сматра се карциномском инвазијом (Теодоровић, 1990). Ендоскопска полипектомија је коначна терапија за аденоме са фокалним карциномом. И аденоми са инвазивним карциномом могу бити успешно лечени ендоскопском полипектомијом уколико су испуњени следећи хистопатолошки критеријуми: 1. полип је комплетно уклоњен; 2. нема инвазије базе полипа; 3. ресекциона линија је најмање 3 мм удаљена од базе полипа; 4. карцином је добро или умерено диферентован и 5. није присутна лимфатична и венска инвазија (Vamosi-Nagy, 1993, Теодоровић, 1990). Код наших пацијената аденоми величине до 3 цм били су различитог степена дисплазије, без инвазивног карцинома. Уклоњени су у целини заједно са базом, у једном акту и на контролним ендоскопским прегледима нису уочени знаци резидуе или рецидива, те је ендоскопска ресекција била коначна терапија. Три аденома величине преко 3 цм ресектована су део по део. Код два аденома ендоскопска ресекција је била коначна терапија. Код једог пацијента са великим (3,5 цм) сесилним тубуловилонским аденом десценденса електроресекцијом део по део у првој сесији остао је део аденома који није уклоњен због формирања већег термокоагулационог улкуса и ризика даље ресекције. После три месеца резидуа равно уздигнутог изгледа уклоњена је у целини техником стрип биопсије, која се користи последњих година за уклањање тзв. равних и равних уздигнутих аденома. Хистолошки преглед уклоњене резидуе указао је на дисплазију III степена и фокусе карцинома у тубуловилонском аденому. Пацијент је због почетничке бојазности у првим месецима нашег рада упућен на хируршку интервенцију, иако је ендоскопска ресекција највероватније могла бити дефинитивна терапија. Ни у једног пацијента није било компликација после полипектомије (крварење, перфорација црева).

У закључку можемо рећи, на основу сопственог скромног искуства и искуства других ендоскописта,

да је ендоскопска електроресекција колоректалних полипа безбедна и поуздана, укључујући и оне већих димензија који се ресекују део по део. Ендоскопска полипектомија је коначна терапија за већину пацијената са аденомима различитог степена дисплазије и има велики значај у превенцији настанка колоректалног карцинома.

Литература

- Agawa S, Jass JR. Sialic acid histochemistry and the adenomacarcinoma sequence in colorectum. *J Clin Pathol* 1990; 43:527-532.
- Adachi M, Ryan P, Collopy B, et al. Adenoma-carcinoma sequence of the large bowel. *Aust-N-Z-J-Surg* 1991; 61 (6): 409-414.
- Brown LJR, Smeeton NC, Dixon MF. Assessment of dysplasia in colorectal adenomas: an observer variation and morphometric study. *J Clin Pathol* 1985; 38: 174-179.
- Vamosi-Nagy I, Koves I. Correlation between colon adenoma and cancer. *Eur-J-Surg-Oncol* 1993; 19 (6): 619-624.
- Глишић Љ, Перишић В, Давчев П, Хаџић Н, Сатлер Ј. Гастроентерологија, Научна књига, Београд 1990; 473-476.
- Griffioen G, Bosman FT, Verspaget HW, de Bruin PA, Blemond I, Lamers CBHW. Mucin profiles and potential for malignancy of human colorectal adenomatous polyps. *Cancer* 1989; 63: 1587-1591.
- Eide TJ, Nicolsen K, Solberg S. Dysplasia in colorectal adenomas related to the presence O-acetylated sialic mucin and to morphometric measurements. *Acta pathol microbiol immunol scand Sect A* 1987; 95: 365-369.
- Живковић В. Онкогени маркери пренеопластичних лезија колона, Докторска дисертација, Медицински факултет Ниш, Ниш 1994.
- Jass JR, Strudley I, Faludy J. Histochemistry of epithelial metaplasia and dysplasia in human stomach and colorectum. In: Polak JN, Bloom SR, Wright NA, Butler AG. *Basic Science in Gastroenterology. Diseases of the gut*. UK, Glaxo 1986; 109-130.
- Lynch HT, Smyrk TC, Watson P, et al. Hereditary flat adenoma syndrome: a variant of familial adenomatous polyposis? *Dis-Colon-Rectum* 1992; 35(5): 411-421.
- Risio M, Coverlizza S, Ferrari A, Candelaresi GL, Rosini FP. Immunohistochemical study of epithelial cell proliferation in hyperplastic polyps, adenomas and adenocarcinomas of the large bowel. *Gastroenterology* 1988; 94: 899-906.
- Теодоровић Ј, Јереб Б. Гастроентерологија, Други део, Ласер Дата Нови Сад, Београд-Нови Сад 1990; 409-436.
- Wolber RA, Owen DA. Flat adenomas of the colon. *Hum Pathol* 1991; 22: 70-74.

Др Сапа Гргов, интерниста-гастроентеролог,
Лесковац, Мајора Тепића 19/9

ОСОБЕНОСТИ ИСХРАНЕ И НУТРИТИВНОГ СТАТУСА ОДОЈЧАДИ ПРАЋЕНЕ У ДЕЧЈЕМ ДИСПАНЗЕРУ У ЛЕСКОВЦУ

CHARACTERISTICS OF NOURISHMENT AND NUTRITIVE STATUS OF INFANTS STUDIED AT THE PEDIATRIC DISPENSARY IN LESKOVAC

Зоран МАРКОВИЋ

Здравственог центра у Лесковцу – Служба за здравствену заштиту деце и омладине

САЖЕТАК

У раду се прати кретање исхране и стања исхрањености групе одојчади рођене током 1994. године, укупно њих 1.311. Чини се посебан осврт на особености исхране у категорији новорођене деце, где је на мајчином млеку до краја првог месеца чак 79,1% деце. Међутим, током наредних месеци овај број се рапидно смањује, што указује да се дојење у нашим условима недовољно одржава. Процена нутритивног статуса новорођенчади на природној исхрани указује на знатно веће присуство добро исхрањене деце (77,6%) у поређењу са групом деце која су од рођења на вештачкој исхрани (36,1%). Дају се и разлози оваквог односа. Посебно се врши преглед даљег тока исхране одојчади, дужине дојења и нутритивног статуса након шест месеци. Збирно исказано: 63,4% деце је еутрофично, 21,4% хипотрофично а 15,2% хипертрофично.

Кључне речи: *Исхрана новорођенчади и одојчади, стање исхрањености, саветовалишни рад, раст и развој детета*

SUMMARY

The paper deals with the trend of nourishment and nutritive status of a group of infants born during 1994, the total number of 1.311. A special attention is paid to the characteristics of nutrition in the category of newborn children where even 79,1% of children are nursed by mothers till the end of the first month. However, in the course of the following months this figure rapidly decreases which suggests that nursing is insufficiently maintained in our conditions. The estimation of the nutritive status of newborn infants on natural nutritoin suggests considerably greater presence of well-nourished children (77,6%) in comparison with the group of children who are on artificial nutrition (36,1%) since birth. The reasons for such a relation are also presented. A separate survey is given of further course of infants nourishment, of nursing duration and of nutritive status after six months. Expressed in percentages: 63,4% of children are entrophic; 21,4% are hypotrophic and 15,2% are hypertrophic.

Key words: *Nourishment of newborn infants and infants; nutritive status; consultation work; growth and development of children.*

Увод

Правилна и уравнотежена исхрана новорођенчади и одојчади од изузетног је значаја и практично представља водећи фактор који условљава нормални телесни и духовни развој сваке јединке. Стога, исхрана детета током прве године живота треба посветити посебну пажњу, негујући и усмеравајући је од првих дана, будући да она има доста специфичности и посебности у односу на исхрану старијих узрасних категорија. Њено спровођење и праћење захтева, пре свега, добро познавање основних поставки савремене науке о исхрани као и њену доследну примену од стране стручних лица који раде у овој области.

У нашој средини највеће ангажовање на пословица надзора исхране као и праћења физичког, психичког и социо-емоционалног развоја детета до годину дана има Саветовалиште за новорођенчад и одојчад при Служби за здравствену заштиту деце и омладине у Лесковцу. Овај пункт Дечјег диспанзера главна је карика у брижном прихватању новорођенчета по отпусту из породилишта и његовом даљем праћењу и усмеравању кроз живот.

У нашем Саветовалишту се практично забележи током прве године живота детета најмање једна посета у периоду новорођенчета (обично 15-ог дана по рођењу) и најмање четири до пет посета одојчета до годину дана (близу 10.000 прегледа). Садржај рада је врло разноврстан и усмерен правилној процени сваког детета већ при првој посети: подаци о току труд-

ноће и порођаја, карактеристике новорођенчета из отпусне листе породилишта, детаљни анамнестички подаци од значаја за бебу и родитеље и откривање ризико-фактора, детаљни клинички преглед по органима и системима, контрола BCG вакцинације извршене у породилишту, преглед кукова на могућу дисплазију, детаљан неуролошки преглед и др. Стално се прате и анализирају антропометријски параметри од значаја за процену раста и развоја детета: телесна маса, телесна дужина/висина, обим главе, обим грудног коша, стање фонтанела, дентиција и др.

Посебно се води рачуна о давању правилних савета у делу неге и исхране детета. Инсистира се на одржавању природне исхране дојењем, врши контрола и надзор над дојењем и формирање формуле оптималне исхране за свако дете појединачно. Уз ово, повремено се контролише и коригује, ако је то потребно хематолошки и биохемијски статус.

Сви налази се уписују у здравствени картон детета и пратећи „плави картон“ који свака мајка има уз себе као „личну карту“ свог детета.

Циљ и метод рада

Пратећи раст и развој деце до годину дана, током нашег свакодневног рада у Саветовалишту Дечјег диспанзера, желели смо да учинимо осврт на особености исхране и стања исхрањености новорођенчади и одојчади рођених у нашој средини.

Изабрали смо генерацију деце рођене 1994. године (укупно 1.311 деце) и анализирали податке из њихо-

вих здравствених картона добијене приликом доласка на преглед и контролу у Саветовалишту.

Пратили смо и упоређивали вредности добијене антропометријским мерењем под приближно једнаким условима (телесна маса, телесна дужина, обим главе и др.), затим процену исхрањености детета у односу на одговарајући узраст, као и детаљне податке добијене од мајке/родитеља о почетку и дужини дојења, врсти исхране (кравље млеко, адаптирана млека у праху или течном стању) и сл.

Добијене податке смо обрадили статистички и приказали табеларно.

Резултати рада и дискусија

Током 1994. године у Саветовалишту Дечјег диспанзера смо прегледали укупно 1.311 новорођене деце (први прегледи). Прегледом њихових картона, закључили смо да је у новорођеначком периоду њих 1.037 (79,1%) дојено, док од рођења уопште није добијало мајчино млеко 274 (20,9%) деце (табела 1).

Издавањем групе дојене новорођенчади и оних која то нису, анализирали смо посебно њихов нутритивни статус – на основу забележених антропометријских података и адекватне процене педијатра приликом сусрета са новорођенчетом.

Прегледом исхрањености новорођенчади која су дојена током првог месеца по рођењу, нашли смо да је 805 (77,6%) оцењено као нормално исхрањено (еутрофично), 139 (13,4%) било је слабије исхрањено (хипотрофично), док је њих 93 (9,0%) показивало знаке веће исхрањености од очекиване (хипертрофија). Углавном се ту радило о деци која су у старту имала знатно већу или мању тежину (недоношчад) на порођају од уобичајене (табела 2).

Пратећи врсту и начин исхране новорођенчади која нису дојена (или код којих је дојење практично брзо прекинуто из различитих разлога) сусрели смо се са подацима приказаним на табели 3. У кућним условима, кравље млеко добијало је 169 (61,7%) новорођенчади или 12,9% од укупног броја посматраних. Различите врсте адаптираних млека у праху или теч-

ном стању коришћене су код 105 (38,3%) новорођене деце од самог рођења, што је 8,0% свих испитиваних.

Слика нутритивног статуса ове новорођенчади, која су практично од рођења била лишена мајчиног млека, битно је одударала од оне која је нађена у дојене новорођенчади (табела 4). У овој групи, само 99 деце (36,1%) процењено је као еутрофично, 79 (28,8%) показивало је елементе слабије исхрањености, а 96 (35,1%) било је хипертрофично.

Вредно је напоменути да смо у групи посматране новорођенчади нашли 140 (10,7%) беба са постојањем фактора ризика. Будући да ови фактори могу деловати у постнаталном периоду јако неповољно, што може имати несагледиве реперкусије у даљем психомоторном развоју и формирању детета – ова деца су регистрована и праћена са посебном пажњом. Брига о деци са факторима високог ризика води се у сарадњи са комплетним тимом стручњака различитог профила у Развојном саветовалишту диспанзера. Међу многобројним факторима ризика откривеним у нашој групи деце, као најчесталије можемо поменути: различите степене аноксије (ливиди/палиди) на рођењу и едем мозга, хипербилирубинемiju и патолошку пролонгирану жутицу новорођенчета, кефалхематом и друге порођајне повреде главе, екстремитета и мишића, тежи степен недонесености/незрелости на рођењу, респираторни дистрес, конгениталне малформације и др.

Пратили смо и даљи ток исхране и нутритивни статус одојчади рођене 1994. године, посебно анализирајући дојење и дужину дојења на нашем материјалу (табела 5).

Табела 3. Преглед исхране новорођенчади која нису дојена у Саветовалишту Дечјег диспанзера током 1994. год.

ВРСТА ИСХРАНЕ	БРОЈ	%
КРАВЉЕ МЛЕКО	169	61,7
АДАПТИРАНО МЛЕКО	105	38,3
УКУПНО	274	100,0

Табела 4. Преглед заражености новорођенчади која нису дојена у Саветовалишту Дечјег диспанзера током 1994. г.

НУТРИТИВНИ СТАТУС	БРОЈ	%
ЕУТРОФИЈА	99	36,1
ХИПОТРОФИЈА	79	28,8
ХИПЕРТРОФИЈА	96	35,1
УКУПНО	274	100,0

Табела 5. Преглед исхране одојчади у Саветовалишту Дечјег диспанзера у Лесковцу током 1994 год.

ВРСТА ИСХРАНЕ	ДО 3 МЕС.		ДО 6 МЕС.		ДО 9 МЕС.		ДО 12 МЕС.	
	БР.	%	БР.	%	БР.	%	БР.	%
ДОЈЕЊЕ	525	40,0	298	22,7	113	8,6	101	7,7
КРАВЉЕ МЛЕКО	169	12,9	157	11,9	155	11,8	230	17,5
АДАПТИРАНО МЛЕКО	105	8,0	70	5,3	30	2,3	25	1,9

Табела 1. Преглед исхране новорођенчади у Саветовалишту Дечјег диспанзера у Лесковцу током 1994. год.

УКУПАН БРОЈ НОВОРОЂЕНЧАДИ	1.311	100.0%
УКУПАН БРОЈ ДОЈЕНЕ НОВОРОЂЕНЧАДИ	1037	79,1%
УКУПАН БРОЈ НОВОРОЂЕНЧАДИ КОЈА НИСУ ДОЈЕНА ОД РОЂЕЊА	274	20.9%

Табела 2. Преглед исхрањености дојене новорођенчади у Саветовалишту Дечјег диспанзера током 1994. год.

НУТРИТИВНИ СТАТУС	БРОЈ	%
ЕУТРОФИЈА	805	77,6
ХИПОТРОФИЈА	139	13,4
ХИПЕРТРОФИЈА	93	9,0
УКУПНО	1.037	100,0

Табела 6. Нутритивни статус одојчади у Саветовалишту Дечјег диспанзера у Лесковцу током 1994. године

НУТРИТИВНИ СТАТУС	БРОЈ	%
ЕУТРОФИЈА	831	63,4
ХИПОТРОФИЈА	281	21,4
ХИПЕРТРОФИЈА	199	15,2
УКУПНО	1.311	100,0

Из приказа се уочава да је 79,1% (1.037) деце дојено скоро до краја првог месеца живота, што је несумњиво врло повољан податак. Овај број се, међутим, током наредних месеци рапидно смањује. Истраживањем смо нашли да је до краја трећег месеца дојено 40,0% (525), до краја шестог месеца 22,7% (298), до краја деветог месеца (8,6%) или 111 деце, и до пуних годину дана 7,7% или 101 дете.

Ови подаци у целини нису лоши, будући да указују на одржавање природне исхране у добром постотку током прва три до шест месеци живота – када је мајчино млеко најпотребнија и незаменљива храна која је идеална за исхрану у овом периоду. Свакако, наш задатак је да овај број у наредном периоду буде још већи – те се интензивно ради на апострофирању важности и неопходности дојења у очувању здравља детета и његовом правилном расту и развоју.

Подаци о исхрани крављим млеком указују да је 12,9% (169) деце од рођења узимало 2/3 кравље млеко и да овај број из месеца у месец расте, што је и разумљиво. До 6 месеци узима га 157 (11,9%), до 9 месеци 155 (11,8%), а касније 230 (17,5%) праћене деце.

Са препаратима адаптираног млека у виду различитих индустријских прерађевина крављег млека (Импамил, Бебимил, Бебилак, Хипон и др.) ситуација је обрнута. Поредићи по тромесечјима, ова млека се све мање користе, што се рационално може и објаснити. У питању је, првенствено, економски фактор (његова висока цена, слабија куповна моћ родитеља), чест недостатак на тржишту, увођење друге немлечне хране и сл. У нашој серији, различите врсте адаптираних млека од рођења узима 105 (8,0%), до 6 месеци 70 (5,3%) и до годину дана 25 (1,9%) деце.

У делу нађеног нутритивног статуса одојчади, који смо углавном процењивали након шестог месеца живота, пронашли смо вредности које смо збирно приказали на табели 6.

Наша одојчад у делу исхрањености у 63,4% (831) сврставају се у категорију добро тј. нормално исхрањених, 21,4% (281) показује елементе који их сврставају у категорију слабије исхрањених, а 15,2% (199) је више исхрањено тј. адипозно – хипертрофично. Ова одојчад су обично стартовала са већом порођајном телесном масом, углавном се налазе на вештачкој исхрани од почетка и временом прелазе у адипозну децу – те су и она под посебним надзором као и остала ризична деца. Хипотрофична одојчад се, такође, сусрећу много чешће у групи деце која су на исхрани крављим млеком, јер су ту проблеми са исхраном много чешћи и озбиљнији. Ту су и деца рођена са ниском порођај-

ном масом и недовољном зрелости (неразвијен рефлекс сисања, гутања), која увек касне у развоју. Њихова формула и начин исхране је у саветовалишту највећи проблем, поготову ако мајка не доји. Јер, због ниске телесне масе, ова деца често буду одвојена од мајке, што је пресудно за прекид лактације и прелазак на углавном индустријске прерађевине – адаптирана млека. У овој категорији деце најчешће смо сретали анемију различитог степена која потиче од смањених или недовољних резерви гвожђа или недовољног његовог нутритивног уноса – што још више чини сложеном проблематику исхране ове деце.

На крају, непоменимо и да смо обавезном контролом хематолошког статуса у нашој групи испитиване деце, пронашли 135 (10,3%) одојчади са знацима хипохромне/сидеропенијске анемије. Анемију у ове деце брзо смо купирали увођењем терапијских концентрација пероралних препарата гвожђа, витамина Ц, као и корекцијом исхране уз правилно и благовремено увођење одговарајуће хране (жуманац, месо, поврће и др.).

Закључак

Исхрана новорођенчади и одојчади и праћење њиховог нутритивног статуса заслужује посебну пажњу током свакодневног рада педијатра, посебно у Саветовалишту Дечјег диспанзера. Недовољну, неадекватну или неуравнотежену исхрану у овом периоду треба сматрати додатним „фактором ризика“ – који може имати несагледиве последице у психомоторном развоју и формирању детета.

У нашем Саветовалишту, поготову у току последњих пет година, врши се интензивно пропагирање и инсистирање на природној исхрани одојчади – мајчиним млеком, знајући за све предности и погодности које има мајчино млеко над крављим млеком или прерађевинама млека индустријског карактера.

Анализом исхране 1.311 деце рођене током 1994. године, коју смо пратили у Саветовалишту Дечјег диспанзера, сазнали смо да је 79,1% дојено током првог месеца, што је особита повољност у самом старту.

Али, овај број током наредних месеци врло брзо опада, тако да до 6 месеци у нашој средини доји само 22,7% мајки, што није задовољавајући податак, као ни онај да до 9 месеци дојење одржава само 8,6%.

Од самог рођења, као основну храну, кравље млеко узима 12,9% новорођенчади, док је на адаптираном млеку 8,0%. Разлози недојења, овом приликом, нису детаљније испитивани.

Праћени нутритивни статус, као што смо и очекивали, у дојене новорођенчади знатно је повољнији. У овој групи хипотрофија се среће у 13,4% а хипертрофија у 9,0%. У новорођенчади која нису никако дојена ове вредности су знатно веће. Овде срећемо 28,8% хипотрофичне и 35,1% хипертрофичне новорођенчади.

Глобално гледано, стање исхрањености одојчади које смо процењивали у принципу након шестог месеца живота можемо оценити као задовољавајуће. У нашој серији од 1.311 деце, пронашли смо 63,4% еутрофичне, 21,4% слабије исхрањене и 15,2% хипертрофичне – адипозне деце. Хематолошком обрадом, установили смо, такође, да је 10,3% од укупног броја деце показивало знаке сидеропенијске анемије која је брзо и адекватно коригована.

Литература

- Fanconi, G. i Wallgren, A. (1972): Udžbenik pedijatrije. Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb.
- Филиповић, Д. (1987): Дечја гастроентерологија. Научна књига, Београд.
- Мардешић, Д. и сар. (1984): Педијатрија. Школска књига, Загреб.
- Марковић, З., Николић, Б. и Николић, О. (1988): Учесталост анемија у одојчади на вештачкој исхрани у Саветовалишту дечјег диспанзера у Лесковцу, у књ.: Зборник радова XXVII Педијатријских дана, Подружница СГД. Ниш, 239-242.

- Марковић, З., Николић, Б., Николић, О. и Димитријевић, Г. (1988): Исхрана одојчади и мале деце у Општини Лесковац, у књ.: Зборник радова Југословенског симпозијума о проблему исхране у дечјем узрасту. Удружење педијатара Југославије, Алексинац, 77-80.
- Живић, Р., Голубовић, Е. и Живић, С. (1990): Стање исхране у Југославији, у књ.: Зборник радова Југословенских педијатријских дана 1990. Покретница СлД, Ниш, 1-8.
- Живић, Р., Велисављевић, М. и Николић-Доват, В. (1994): Здравље и исхрана, у књ.: Зборник радова I Конгреса педијатара СР Југославије. Удружење педијатара СР Југославије, Ниш, 17-19.

Др Зоран Марковић, педијатар
ул. Топлички устанак 19.
Лесковац

ПРОБЛЕМ АРТЕРИЈСКЕ ХИПЕРТЕНЗИЈЕ КОД ВОЗАЧА ПРОФЕСИОНАЛАЦА ПУТНИЧКОГ САОБРАЋАЈА АТП „ЈУГЕКСПРЕС“ У ЛЕСКОВЦУ

PROBLEM OF ARTERIAL HYPERTENSION IN PROFESSIONAL DRIVERS EMPLOYED IN PASSENGER TRAFFIC OF THE TRANSPORT COMPANY „JUGEKSPRES“ IN LESKOVAC

Предраг ШАЛИНГЕР, Војислав МИТРОВИЋ, Миле СТАНКОВИЋ, Соња ШАЛИНГЕР

Здравствени центар Лесковац – Медицина рада

САЖЕТАК

Циљ наших истраживања је био да сагледа проблем артеријске хипертензије код возача путничког саобраћаја АТП „Југекспрес“ у Лесковцу, карактеристике овог обољења, могући утицај професионалних нокси на његов развој, постојање компликација и наступање инвалидности, да би се на основу добијених резултата предложили мере превенције.

За контролну групу смо одабрали административне раднике ДД „Здравље“ у Лесковцу. Резултати истраживања показују да од 268 испитаника возача професионалаца путничког саобраћаја „Југекспрес“ у Лесковцу њих 91 /33,95%/ има повишене вредности артеријске тензије есенцијалне генезе и ниједан случај секундарне хипертензије.

Број оболелих у контролној групи 40 /38,46%/ је нешто већи од броја оболелих у експонираној групи, али смо то протумачили не као одраз посебних услова рада или других оптерећујућих фактора, већ као израз строжије професионалне селекције при избору занимања, који је код возача далеко ригорознији, због сталних контролно-периодичних прегледа, а и због већег броја хипертоничара контролне групе, са позитивном породичном анамнезом у смислу постојања артеријске хипертензије.

И код једне и код друге групе утврђене су компликације у смислу постојања хипертрофије леве коморе, поремећаја ритма, знакова коронарне инсуфицијенције, као и промене на очном дну I и II степена.

SUMMARY

The aim of our investigations was to recognize the problem of arterial hypertension in drivers employed in passenger traffic of the transport company „Jugekspres“ in Leskovac, the characteristics of this disease, possible effect of professional noxae on its development, existence of complications and occurrence of invalidity and to suggest the preventive measures on the basis of obtained results.

We have chosen the administrative workers DD „Zdravlje“ as the control group. The results of the research show that of 268 professional drivers of passenger traffic employed in „Jugekspres“ in Leskovac, 91 of them /33,95%/ have increased values of arterial tension of essential genesis and not one case of secondary hypertension.

In the control group the number of diseased was 40 /38,46%/ which is somewhat greater than the number of diseased in the exposed group, but we have considered it not as a reflection of special working conditions or other contributing factors, but as an expression of more strict professional selection in profession choice, which is far more rigorous with drivers because of regular periodic medical checkups and also because of greater number of hypertonics in the control group, with a positive family anamnesis in the sense of existence of arterial hypertension.

In both groups complications were found in the sense of existence of left ventricular hypertrophy, rhythm disorders, signs of coronary insufficiency as well as changes on the eye fundus of I and II degree.

Циљ рада

Циљ наших истраживања је био да сагледа проблем артеријске хипертензије код возача путничког саобраћаја АТП „Југекспрес“ у Лесковцу, карактеристике овог обољења, могући утицај професионалних нокси на његов развој, постојање компликација и наступање инвалидности, да би се на основу добијених резултата предложили мере превенције.

Предмет и метод истраживања

Предмет истраживања је била радна средина и радници запошљени као возачи путничког саобраћаја у АТП „Југекспрес“ у Лесковцу, као и радници запошљени у административним службама у ДД „Здравље“ у Лесковцу.

Испитивана је појава артеријске хипертензије код ових радника у оквиру контролно-периодичних прегледа, а радници су одабрани по методи случајног избора.

При испитивању је коришћена следећа документација:

1. Подаци о анализи радне средине, физичко-хемијских и микроклиматских мерења.
2. Здравствени картони и остала медицинска документација.
3. Картони и извештаји о контролно-периодичним прегледима.
4. У оквиру истраживања коришћен је анкетни упитник и интервју, а објективни преглед радника је обухватио:
 - узимање анамнестичких података/лична, породична, радна и социјална анамнеза/,
 - физикални преглед,
 - помоћна, допунска дијагностика.

* Сијаринска бања, 26.05.95., Секција медицине рада

Мерење ТА је вршено после одмора од бар 30 минута у седећем положају, на левој руци, пре подне, без терапије изузев бета блокатора.

За сврху епидемиолошког испитивања, а на основу ризика за здравље и склоности компликацијама и на основу мерења артеријског крвног притиска, методом сфигмоманометрије, хипертензија се дефинише као:

– ГРАНИЧНА ХИПЕРТЕНЗИЈА – ТА – 140/90–160/95 mmHG

– ДЕФИНИТИВНА ХИПЕРТЕНЗИЈА – ТА – 160/95 mmHG и више, са подгрупама:

а/ БЛАГА или ЛАКА хипертензија са дијастолним притиском 95–104 mmHG,

б/ УМЕРЕНА или СРЕДЊЕ ТЕШКА хипертензија са ТА – 105–114 mmHG

ц/ ТЕШКА хипертензија 115 и више mmHG

У интерпретацији резултата коришћене су следеће методе:

- аналитичка метода,
- статистичка метода,
- метода клиничког прегледа.

Нумеричка анализа добијених резултата истраживања је извршена применом следећих аналитичко-статистичких метода:

1. индекс структуре,
2. аритметичка средина према обрасцу,
3. стандардна девијација,
4. за тестирање статистичке значајности разлика између пропорција узорака примењен је Т-тест, за израчунавање Т вредности за разлику између пропорција два велика независна узорка примењивана је формула.

Подаци који су статистички обрађени исказани су релативним бројевима и у процентима.

Обрађени су следећи узети подаци: генералије, УРС, ЕРС, прековремени рад, компликације, психосоцијалне релације, навике пушења, конзумација алкохола, спортске активности, начин исхране.

На основу података о телесној висини и телесној тежини израчунавана је идеална телесна тежина према табличним вредностима /Стефановић, 1979/.

Резултати рада

1. Утврђени су код великог броја возача стресогени фактори: дуготрајнији рад /велики број прековремених радних сати/, сменски рад са ротирањем дневне и ноћне смене, ризико фактори у смислу пијења алкохолних пића, пушења и истовремено пијење и пушење, позитивна породична анамнеза у смислу постојања артеријске хипертензије, повећана телесна тежина, нередовна и неправилна исхрана, физичка неактивност, нередовна употреба лекова, нервоза.

2. Од 268 испитаника, возача путничког саобраћаја АТП „Југекспрес“ из Лесковца, артеријску хипертензију има 91 возач, од чега је са граничном хипертензијом 4, а са дефинитивном хипертензијом 87 возача.

3. На основу тежине клиничке слике, а према класификацији артеријске хипертензије у односу на висину дијастолног притиска према препоруци WHO, дошло се до следећег закључка: ЛАКА хипертензија је утврђена код 37 возача, СРЕДЊЕ ТЕШКА код 40, ТЕШКА код 10 возача. Није дијагностикована ниједна малигна хипертензија.

4. У ГРАДСКОМ саобраћају од 12 хипертоничара њих 3 је са лаком, 7 са средње тешком и 2 са тешком хипертензијом.

5. У ЕКСПРЕСНОМ саобраћају од 17 хипертоничара, пронађено је 2 са лаком, 10 са умереном и 5 са тешком хипертензијом.

6. У ПРИГРАДСКОМ саобраћају од 39 хипертоничара, са граничном хипертензијом је било 4 возача, са лаком 22, са умереном 12 и са тешком 1.

7. У МЕЃУМЕСНОМ саобраћају од 23 хипертоничара, са лаком хипертензијом је било 10 возача, са умереном 11, а са тешком хипертензијом 2.

8. Код ниједног испитаника није утврђена секундарна хипертензија

9. Анализом оболелих од хипертензије, долази се до закључка да постоји позитивна корелација између повећања броја оболелих и повећања година старости, укупног и експонираног радног стажа. Исто тако се закључује и анализом по појединим облицима саобраћаја.

10. Број оболелих од хипертензије експониране групе /91,33,95%/, мањи је од броја оболелих у контролној групи /40,38,46%/.

Делом се ова парадоксална разлика у преваленцији артеријске хипертензије може објаснити тиме што је учесталост позитивне породичне анамнезе, у смислу постојања артеријске хипертензије, код возача (35,16%) мања у односу на контролну групу (65,0%), а већим делом као последица строжије професионалне селекције при запошљавању возача и редовних годишњих периодичних прегледа у складу са законским прописима.

По Правилнику о здравственим условима које морају да испуњавају возачи моторних возила код нас су елиминисани из саобраћаја случајеви који би због свог здравственог стања могли да угрозе безбедност саобраћаја. У случају хипертензивне болести као контраиндикација за управљањем моторним возилима, превасходно код возача професионалаца, предвиђено је „хипертензивна болест са дијастолним притиском преко 16 КПа са знацима оштећења крвних судова, ока, мозга, срца или бубрега“.

11. Утврђене су тегобе код возача са хипертензијом: диспнеја, главобоља, несвестица, палпитација, стенокардија, депресија, крварење из носа, нервоза. Не постоји статистички значајнија разлика у односу на испитанике контролне групе.

12. Утврђене су компликације на срцу у смислу постојања хипертрофије леве коморе, поремећаја ритма, знаци коронарне инсуфицијенције. Промена на очном дну I и II степена. Промене на очном дну III и IV степена нису дијагностиковане код ниједног испитаника експониране групе.

Предлози и мере

Да би се адекватно поставио здравствени проблем повишене артеријске тензије код возача, првенствено се мора имати увид у мере за њену превенцију, и инциденцију, што је могуће само у синхронизованом раду превентивних и куративних служби.

Потребно је уочавање и праћење свих ризико фактора и одређивање утицаја /степен/ појединих ризико фактора на појаву хипертензије.

Требало би психолошком тестирању у оквиру професионалне оријентације и селекције посветити већу пажњу у смислу одређивања типова „А и Б коронарног начина реаговања, да би се избегло запошљавање професионалних возача са изразитим типом А” реаговања, који већ конституционално инклинисају развоју хипертензије и коронарне болести.

У оквиру примарне превенције факторе ризика свести на најмању могућу меру, као и изложеност истим/укидање прековременог рада/.

Омогућити чешће и адекватније одморе у току рада.

Избегавати честе промене ритма рада и одмора/рад у одређеној смени усталити на дужи временски период/.

Поред претходних и периодичних прегледа било би медицински оправдано увести прегледе након ванредних догађаја.

Физиолошки оптимум је 5 сати вожње у току 12 сати, после 3–4 часа непрекидне вожње саветује се 30–60 минута одмора на свежем ваздуху уз освежење и лако разгибавање. Идеално би било омогућити краће одморе од 5–10 минута на сваки сат вожње. Помиње се и оправданост скраћивања радног времена професионалних возача као превентивна мера.

Треба инсистирати на редовним мерењима нивоа буке/пожељно и вибрација/, микроклиме, појединих хемијских штетности у самим возилима, са акцентом на правилно одржавање превозних средстава и набавци што савременијих и удобнијих модела.

Радити на организовању заједничке исхране и упражњавању спортских активности.

Здравствено васпитање спроводити плански и континуирано у смислу измене штетних навика и неправилних облика понашања/пушење, пијење алкохола, енергетски и квалитативно неправилна исхрана, смањена физичка активност/.

Значајне су и мере секундарне превенције, у смислу ране дијагностике, благовременог и адекватног терапијског приступа, превенције компликација.

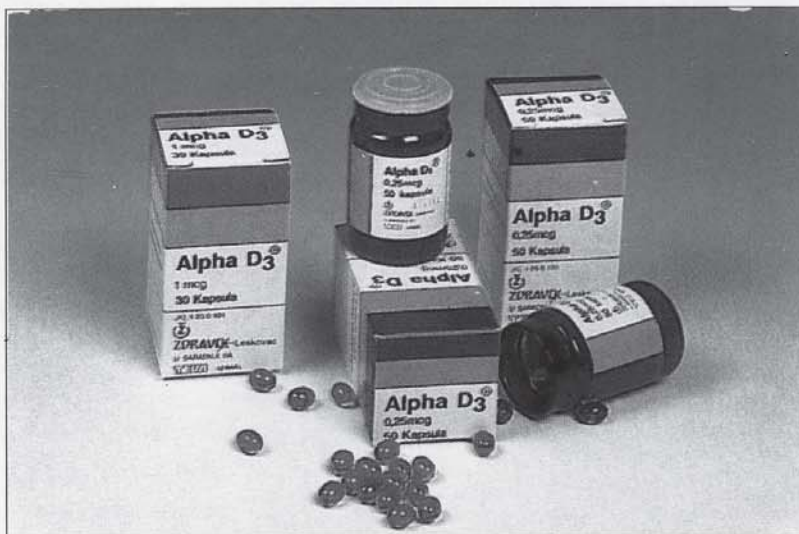
Све ове мере се могу спровести мултидисциплинарним приступом, на свим нивоима, почев од радне организације, стручних служби, здравствених организација и друштва у целини.

Веома је битно да и лекари медицине рада који се баве овом проблематиком буду довољно стручно едуковани из ове области, да се стално стручно усавшавају и да буду стално ангажовани у решавању ове проблематике.

Литература

- Guyton, A. C /1976/: *Medicinska fiziologija*, Beograd-Zagreb
- Стефановић. С. /1975/: *Интерна медицина*, Медицинска књига, Београд-Загреб
- Ђорђевић. М. /1979/: *Здравствени прегледи возача-битна мера превенције саобраћајних незгода: Зборник радова симпозијума о превентиви у безбедности саобраћаја на путевима*. Народна техника Београд
- Костић. С., Гвоздановић Н /1986/: *Клинички осврт на начин оспособљавања и безбедности професионалних возача у СР Србији*, у: *Зборнику радова о образовању и техничкој култури у функцији безбедности саобраћаја на путевима*. Народна техника Београд
- Sokolow. M. Wcleroy. V. M.: *Klinička kardiologija*, *Savremena administracija*
- Северовић. М. П.: *Хемодинамика артеријске хипертензије*, Кардиологија, Београд
- Glodblatt. H. *Experimental renal hypertension circulation*, 17, 642. 1985
- Савет лек. друштва Југославије, Удружење кардиолога Југославије, артеријска хипертензија, Београд, 1988.
- Савез лек. друштва Југославије, Удружење кардиолога Југославије: *Фактори ризика КВС болести*, Београд, 1988.
- Европско друштво за кардиологију: *Превенција КВС болести срца*, Зрењанин, 1980.
- Живковић. Н., Цвијан. З.: *Образложење експлицитних критеријума за анамнезу артеријске хипертензије*, Консензус конференција за хипертензију, Београд, 1990.
- Најдановић. Б.: *Рационализација дијагнозе и терапије артеријске хипертензије*, Зборник радова I књига IX конгрес лекара Србије, Врњачка Бања, 203–216. 1984.
- Најдановић. Б.: *Лечење артеријске хипертензије*, Кардиологија, Београд, 1990.

Др Предраг Шалингер
Булевар ослобођења П/10, Лесковац



Kod svih stanja sa poremećenom homeostazom kalcijuma i fosfora preporučujemo:

ALPHA D₃[®]

(alfakalcidol)
kapsule od 0,25 i 1 mcg

INDIKACIJE

- renalna osteodistrofija
- hipoparatiroidizam
- vitamin D zavisan rahitis
- hipofosfatemički rahitis i osteomalacija
- nutritivni rahitis i osteomalacija
- malapsorpcioni sindrom
- osteoporoza

ALPHA D₃ efikasno koriguje biohemijske 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 bubrezima.

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

ALPHA D₃ u renalnoj osteodistrofiji efikasno smanjuje bol u kostima i mišićnu slabost.

ALPHA D₃ predstavlja budućnost prevencije i terapije osteoporoze.

ALPHA D₃ i pri dugotrajnoj terapiji ne ispoljava toksičnost.

ALPHA D₃ pokazuje začajne imuomodulatorne efekte.

Ž ZDRAVIJE-Leskovac

**FARMACEUTSKO
HEMIJSKA
INDUSTRIJA**

ИЗМЕНЕ У ВИТАЛНИМ ДОГАЂАЈИМА НА ПОДРУЧЈУ ОПШТИНЕ ЛЕСКОВАЦ CHANGES IN THE VITAL INDEX AT THE TERRITORY OF LESKOVAC COMMUNITY

Зоран МАРКОВИЋ, Братислав НИКОЛИЋ, Олга НИКОЛИЋ, Љубица КРСТИЋ
Здравствени центар Лесковац – Служба за здравствену заштиту деце и омладине

САЖЕТАК

У раду се прате три основна параметра природног кретања становништва на подручју општине Лесковац (наталитет, природни прираштај и морталитет одојчади) и даје анализа њиховог тока у периоду од три деценије (1961–1991). Оцењује се да наталитет и природни прираштај у овом раздобљу показују врло неповољне токове, што указује на демографску депресију овог подручја у блиској будућности. Једино кретање стопе смртности одојчади има задовољавајућу тенденцу, будући да је у овом периоду од врло високих вредности (96,3% – 1961. г.) смањена према нивоима средње и ниске стопе (19,2% – 1987. г.) – што је циљ и императив сваке развијене здравствене службе. Дискутује се и о узроцима ових збивања везаним за прошлост, али и за могући утицај актуелних догађаја на витална збивања у будућности.

SUMMARY

The paper deals with three basic parameters of natural population trend at the territory of Leskovac Community (natality, natural increase in the population and infants mortality) and gives the analysis of their trends during the period of three decades (1961–1991). It is estimated that natality and natural increase in the population show very favourable trends in this period, which suggests a demographic depression of this territory in the near future. Only the trend of infants death rate has satisfactory tendency, considering that during this period it has been reduced from a very high rate (96,3% in 1961) toward the levels of medium and low rate (19,2% in 1987) which is the aim and the imperative of every developed public health center. The causes of the events related to the past as well as the possible influence of the present events on the future vital index have been discussed.

Увод

Општина Лесковац је највећа општина на југу Србије и захвата површину од око 1.025 км². Она представља административни, културни и економски центар Јабланичког округа, формираног априла 1992. године, који чини још пет мањих општина (Бојник, Власотинце, Лебане, Медвеђа и Црна Трава).

Лесковачка општина, према последњем попису становништва урађеном 31. марта 1991. године, има укупно 161.986 становника (М=80.757; Ж=81.229), што је 63,5% укупног броја становништва Округа. Просечна густина насељености је 158 становника по км².

На градском подручју Лесковца живи 61.963 становника, што према величини и броју сврстава овај град на десето место у СР Југославији. Најновији попис бележи 43.999 домаћинстава и 49.675 станова. Просечан број чланова по домаћинству рапидно се смањује и износи 3,68.

Посматрањем старосне структуре становништва у нашој општини евидентира се да млади (0–19 година) чине једва нешто више од 1/4 популације (42.960 = 26,52%), док је 1/3 становништва старија од 50 година живота (51.981=32,09%). Неповољност је још уочљивија ако се зна да је учешће добне групе старијих од 65 година на овом подручју читавих 10,65% (17.179), што целини подручја, према демографским критеријумима, даје одредницу „врло старог становништва“. Радно способно становништво у репродуктивној фази исказано је бројем од 67.045 становника (41,39%).

Дајући овај пресек, начињен статистичком обрадом неких података добијених пописом из 1991. године, желели смо само да забележмо тренуто стање у нашој општини. Међутим, током протеклих година и деценија, општина Лесковац и сам град на обалама Ветернице, дожи-

вео је бројне промене како у привредном, економском, културном, здравственом, тако и у демографском погледу. Многа збивања у периоду који је за нама дају неизбрисиви печат расту и развоју нашег града. Од вековне турске владавине и заоставштине на овим просторима до ратних разарања и бомбардовања 1944. године – када је Лесковац био готово сравњен са земљом, преко споре изградње и обнове индустријске производње, сиромаштва, неписмености, интензивних миграционих кретања и др. До данашњих актуелних збивања праћених сложенем проблематиком економских и других санкција према нашој земљи, падом животног стандарда и куповне моћи народа, ратом у блиском окружењу, колонама прогнаника који напуштају вековна огњишта и долазе у наше крајеве...

Све ове ће свакако у наредном периоду у многоме изменити садашњу демографску слику, која и по садашњим подацима није ни мало „ружичаста“.

Циљ и метод рада

Знајући све ове, желели смо да учинимо осврт на основне параметре природног кретања становништва, пратећи виталне догађаје у општини Лесковац за временски период од три деценије (1961–1991). Сматрамо да је овај интервал довољно дуг за правилну процену стварних природних феномена на овим просторима, будући да се прате најосетљивији показатељи преко којих се исказује биолошки потенцијал и здравље једног народа (наталитет, морталитет одојчади и природни прираштај).

У раду смо користили званично објављене податке Савезног и Републичког завода за статистику, редовне извештаје о живорођенима и умрлима према различитим модалитетима Одељења за статистику у Лесковцу, као и наша саопштења из претходних година.

Категоризацију висина стопа наталитета, смртности одојчади и природног прираштаја вршили смо према најновијим публикацијама и критеријумима Светске здравствене организације.

Резултати рада и дискусија

За циљне године праћења пораста броја становника нашег града и Општине узели смо године званично спроведених пописа: 1961, 1971, 1981 и 1991 (табела 1).

Из табеле се уочава да је у периоду шездесетих и седамдесетих година наше подручје имало много бољи тренд увећања броја становника у односу на период последње деценије. Осамдесетих година се бележи осетна депресија тенденце повећања броја житеља, како у ужем, тако и у ширем градском подручју.

Изражено у апсолутним бројевима, у периоду 1961–1970 просечан годишњи пораст броја становника лесковачке општине износио је 1.323 становника, у периоду 1971–1980 он је 1.151, док је овај вишак за период 1981–1990 износио свега 298 становника годишње.

Сличне релације смо посебно исказали и у односу на уже градско подручје (1.111 : 1.063 : 585). Сматрамо да су нађене повољније вредности у самом граду

Табела 1. Број становника у Лесковцу и општини Лесковац према становништву пописано 1961–1991 год.

ГОДИНА	ГРАД ЛЕСКОВАЦ			ОПШТИНА ЛЕСКОВАЦ		
	Број становника	Апсолутно повећање	Просечно годишње повећање	Број становника	Апсолутно повећање	Просечно годишње повећање
1961	34.369	9.816	1227	134.250		
1971	45.478	11.109	1.111	147.487	13.237	1323
1981	56.110	10.632	1063	159.001	11.514	1151
1991	61.963	5.853	583	161.986	2.985	298

Табела 2. Кретање наталитета природног прираштаја и умирања одојчади у општини Лесковац у периоду 1961–1970 г.

ГОДИНА	Број живорођене деце	Наталитет (‰)	Број умрле одојчади	Морталитет одојчади (‰)	Укупан број умрлих	Природни прираштај (‰)
1961	2825	21,0	272	96,3	1142	12,5
1962	2657	19,6	230	86,6	1204	10,7
1963	2621	19,2	185	70,6	1003	11,9
1964	2741	18,0	242	97,9	1161	9,5
1965	2481	18,0	203	81,8	1098	10,0
1966	2421	17,0	172	71,0	989	10,1
1967	2369	16,6	150	63,3	1181	8,3
1968	2291	15,9	83	36,2	966	9,2
1969	2338	16,1	114	48,8	1235	7,6
1970	2292	15,7	107	46,7	1145	7,9

релативне и резултат су миграционих помераја на релацији село–град.

Ове податке покушали смо да разјасоно и прегледније прикажемо праћењем броја живорођене деце, умрле одојчади и укупног броја умрлих на подручју наше општине. Из ових вредности израчунали смо стопе наталитета, морталитета одојчади и природног прираштаја и приказали их табеларно (табела 2, 3 и 4).

Евидентно је да се из године у годину број живорођене деце на нашем подручју смањује: од 1961. године – када је рођено 2.825 деце, до 1990. године када је свет угледало само 1984. беба.

Посматрањем стопе наталитета у овој дистанци, промене су још уочљивије. Прогресиван пад броја живорођених је очигледан; из категорије средњег (21,0% – 1961. г.) и дуго година повољног (15,3% – 1977. г.), почевши од 1988. године стопе наталитета перманентно се крећу у оквирима ниских вредности (12% – 1990. г.) и имају тенденцију даљег опадања.

Разлози за овако низак интензитет рађања, свакако, нису једноставно објашњиви и њихово разрешење захтева мултидисциплинарно сагледавање и приступ. Осим познатих фактора „опште природе”, као што су:

Табела 3. Кретање наталитета природног прираштаја и умирања одојчади у општини Лесковац у периоду 1971–1980 г.

ГОДИНА	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Број живорођене деце	2317	2381	2381	2420	2531	2399	2343	2232	2234	2322
Наталитет (‰)	15,7	15,9	16,0	16,0	16,7	15,7	15,3	14,5	14,5	14,7
Број умрле одојчади	92	81	91	78	71	59	70	61	66	66
Морталитет одојчади (‰)	39,7	34,4	38,2	32,2	28,1	24,6	29,9	27,3	29,5	28,4
Укупан број умрлих	1142	1193	1155	1065	1117	1139	1224	1295	1342	1372
Природни прираштај	8,0	7,8	8,2	9,0	9,3	8,3	7,3	6,1	5,8	6,0

Табела 4. Кретање наталитета природног прираштаја и умирања одојчади у општини Лесковац у периоду 1981–1990 г.

ГОДИНА	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Број живорођене деце	2068	2299	2263	2194	2246	2155	2133	2110	2055	1984
Наталитет (‰)	13,0	14,4	14,1	13,6	13,9	13,2	13,0	12,9	12,5	12,1
Број умрле одојчади	52	65	78	65	46	70	41	49	49	42
Наталитет одојчади (‰)	25,1	28,3	34,5	29,6	20,5	32,5	19,2	23,2	23,8	21,2
Укупан број умрлих	1399	1468	1562	1447	1495	1500	1510	1566	1746	1586
Природни прираштај (‰)	4,2	5,2	4,4	4,6	4,6	4,0	3,8	3,3	1,9	2,4

број жена у репродуктивном периоду и њихова могућност рађања, укупан број бракова ових жена, спремност здравствене службе и адекватна стручна помоћ при порођају ..., учешће „осталих фактора”, сматрамо да је, можда, на нашем подручју далеко пресудније. Из ове категорије би смо, пре свега, навели; социјално-економске услове и услове становања, низак животни стандард, одсуство правилног планирања породице, радни однос мајке и недостатак већих бенефиција мајци која је запошљена, још увек присутну миграцију према граду или одлазак на привремени рад у иностранство, промену структуре традиционалне кохерентне породице, схватања и начина живота и сл.

Праћењем релације рађања и умирања добили смо вредности природног прираштаја – као посебно важног и реалног демографског параметра стварних биолошких збивања на нашем подручју. Анализа овог показатеља, такође, указује на постојање битних промена које су уследиле у протекле три деценије.

Природни прираштај од високих вредности почетком шездесетих година (12,5‰=1961. г.), показује сталну тенденцију опадања током наредних година. Задњи пут се ова вредност одржава у категорији „повољног” 1980. године (6,0‰). Већ од наредне године вредности овог показатеља су врло неповољне и готово алармантне (1,9‰=1989. г.), указујући недвосмислено на постојећу демографску депресију нашег подручја.

Што се тиче морталитета одојчади у протеклом периоду, глобално гледано, једино кретањем овог параметра на нашем подручју можемо бити задовољни. За протекле три деценије смртност одојчади је битно смањена у бројчаном и апсолутном смислу.

Од врло високих стопа умирања одојчади почетком шездесетих година (96,3‰ – 1961. г.), бележи се врло солидан тренд опадања њених вредности према „средњој” (20–24‰) и „ниској” (18–19‰), што је императив развијене здравствене службе. Она 1987. године износи свега 19,2‰ (2.133 живорођених: 49 умрлих).

Однос неонаталне (0–28 дана) према постнеонаталној смртности (28 дана–12 месеци), у нашој општини практично је врло реалан и очекиван и износи 70%:30%. Неонаталну смртност и на нашем подручју увећава немогућност раног откривања и благовременог спречавања бројних „ендогених” фактора који се тешко могу превенирати. Водећи узроци смрти у одојачком периоду у последњој деценији превасходно су из групе поремећаја насталих у пуерпералном периоду и конгениталних аномалија, а све је мање инфекција респираторног, гастроинтестиналног и уринарног система или недефинисаних и недовољно познатих узрока смрти – који су ранијих година били на челу морталитетне листе одојчади. Свакако, овакво позитивно кретање стопе смртности одојчади на нашем терену везано је, првенствено за побољшање квалитета рада службе основне и болничке здравствене заштите одојчади и деце у делу превентивног и куративног деловања и обухвата ове популације. Уз то, поме-

нимо и елементе из културно-просветног и социјално-економског миљеа људи на нашим просторима – који је, међутим, најновијим збивањима, окружењем и санкцијама, поново доведен у питање...

Закључак

У раду смо покушали да учинимо осврт на посебности и токове три основна параметра природног кретања становништва на нашем подручју: наталитет, природни прираштај и морталитет одојчади. Дужим праћењем и анализом ових параметара током протекле три деценије (1961–1991), учили смо следеће карактеристике виталних догађаја:

1. Број живорођене деце у градском подручју Лесковца и припадајућих насеља на територији општине се перманентно смањује из године у годину. Стопа наталитета за три деценије из категорије средњег (21,0‰) долази до врло ниских вредности (12,1‰) и има тенденцију даљег пада.

2. Природни прираштај, као однос рађања и умирања, на нашем подручју такође доживљава битне негативне промене. Од високих вредности (12,5‰) спушта се у овом периоду на алармантно ниске вредности (1,9‰) – што је несумњиви знак демографске депресије која се очекује, ако се овакав тренд настави.

3. Морталитет одојчади, једини, на нашем подручју, за разлику од неких нама блиских општина, показује врло солидан тренд регресије према реално средњим и ниским вредностима стопе смртности (96,3‰ – 1961; 39,7‰ – 1971; 25,1‰ – 1981 и 21,2‰ – 1990).

Данашња збивања у нашој земљи имаће, свакако, одређене реперкусије на демографске токове у будућем периоду и на нашим просторима. Пад животног стандарда и куповне моћи, дуготрајне економске санкције, ратна збивања, психички потреси, колоне прогоника из Српских крајина и др. – битно ће изменити демографску слику, која ни по садашњим подацима није ни мало „ружичаста”.

Литература

- Ђоковић, М. (1985): Социјално-медицински аспекти смртности одојчади на територији СР Србије ван територија САП са посебним освртом на регионе Јужноморавски и Краљево. Републичка самоуправни интересна заједница здравствене заштите, Београд.
- Крстић, Д. (1989): Јужноморавска међуопштинска регионална заједница, статистички подаци. Републички завод за статистику СР Србије – Одељење у Лесковцу. Лесковац.
- Николић, Б. и Николић, О. (1992): Тенденције кретања наталитета у Јужноморавском региону. *Acta medica Medianae*, 5, 33–40.
- Николић, Б. и Николић, О. (1992): Природни прираштај у општинама Јужноморавског региона, осврт на постојеће екстреме, у књ.: Зборник радова Педијатријских дана '92. Подружница СЛД, Ниш, 335–337.
- Николић, Б., Николић, О., Сибиновић, Т., Марковић, З. и Димитријевић, Г. (1994): Неке карактеристике морталитета одојчади у Јабланичком и Пчињском округу, у књ.: Зборник радова I Конгреса педијатара СР Југославије. Удружење педијатара СР Југославије, Ниш, 201–203.
- Влајић, Б., Вуловић, Д., Вучковић, М. и Банићевић, М. (1984): Педијатри и демографска политика, у књ.: Проблеми у педијатрији '83. Институт за здравствену заштиту мајке и детета – Научна књига, Београд, 7–18.

Др Зоран Марковић, педијатар
ул. Топлички устанак 22., Лесковац

ПОВРЕДЕ СЛЕЗИНЕ У ПОЛИТРАУМИ

SPLENIC INJURIES IN POLITRAUMA

Нинослав ЗЛАТАНОВИЋ, Ђорђе ЦЕКИЋ, Александар ЂОРЂЕВИЋ, Јовица ВУЧКОВИЋ

Здравствени центар Лесковац – Хируршко одељење

САЖЕТАК

Повреде слезине у политрауми са доминантном повредом трбуха и масивним интраабдоминалним крварењем су честе и захтевају ургентну експлоративну лапаротомију због угрожености једне од виталних функција. Ретроспективно је анализиран период од 1981–1990 у Хируршком одељењу Здравственог центра у Лесковцу, хируршког лечења повреда слезине у политрауми. У овом периоду било је 218 болесника са политраумом од којих је 21 (9,6%) болесник имао повреду слезине као доминантну повреду. Узроци повреде слезине су: саобраћајне несреће, пад са висине и насиља. Од дијагностичких поступака користили смо анамнезу, клинички преглед и абдоминалну парацентезу са лаважом, која је суверена метода за постављање дијагнозе интраабдоминалног крварења и позитивна је била у 100,0% случајева. Све повреде слезине су збринуте спленектомијом, јер је то једноставан и најкраћи поступак који спречава даљи губитак крви и продубљивање клиничке слике хиповолемијског шока, без обзира што се задњих година препоручује спасавање слезине да би се превенирао настанак постспленектомичне сепсе, која је ретка са учесталошћу од 1,4% и mortalitetом од 0,58%.

SUMMARY

Injuries of the spleen in politrauma with dominated abdominal injuries and massive intraabdominal hemorrhage are very often and seek urgent explorative laparotomy, because one of the vital function. This retrospective study analysed surgically treated injuries of the spleen in politrauma in the period 1981–1990, on Department of Surgery General Hospital–Leskovac. There were 218 patients in this period with politrauma, of which 21 (9,6 per cent) patient had splenic injury as a dominant injury. The causes of splenic injuries are: traffic accidents, fall on the level and violence. As diagnostic procedures we used: anamnesis, clinical observation and abdominal paracentesis with lavage, which is a sovereign method in diagnosing of intraabdominal hemorrhage. It was positive in 100,0 per cent of cases. All splenic injuries were solved by total splenectomy, because it is simple and fastest procedure which stops further blood loss and deeper hypovolemic shock, although the splenic preservation has been recommended recently, to prevent the postsplenectomy sepsis, which is rare with incidence rate of 1,4 per cent and mortality rate of 0,58 per cent.

Увод

Слезина је најчешће повређивани абдоминални орган у политрауми са доминантном повредом трбуха и масивним интраабдоминалним крварењем које се манифестује клиничком сликом хиповолемијског шока (Баљозовић, 1991). Узроци повреда слезине у политрауми су: саобраћајне несреће, пад са висине и насиља. Постављање дијагнозе повреде слезине је некада тешко и поред коришћења свих доступних метода. Од дијагностичких метода се користе: анамнеза и клинички преглед, радиографија грудног коша и абдомена, абдоминална парацентеза са лаважом, ехотомографија и компјутеризована томографија (СТ) абдомена. Ако је болесник у хиповолемијском шоку са хемоперитонеумом, дијагноза повреде слезине се поставља при лапаротомији. Лечење повреда слезине у политрауми је оперативно, при чему се треба ограничити на једноставан и најкраћи поступак – тоталну спленектомију, која спречава даљи губитак циркулишућег волумена и продубљивање клиничке слике хиповолемијског шока (Hranilović et al., 1986).

Материјал и методе

Урађена је ретроспективна анализа повреда слезине у политрауматизованих у Хируршком одељењу Здравственог центра у Лесковцу за период од 1981–1990 год. Увидом у операциони протокол и историје болести лечено је 218 болесника са политраумом од

којих је 21 (9,6%) болесник имао повреду слезине. Због изолованих повреда слезине оперисано је 30 болесника. Све повреде слезине су третиране тоталном спленектомијом.

Резултати

Табела 1. показује однос изолованих и комбинованих повреда слезине у политрауматизованих. Табела 2. приказује дистрибуцију повреда слезине у политрауми по полу и добним групама. Најмлађи болесник је имао 15, а најстарији 77 година.

На табели 3. дати су узроци повреда слезине у политрауми.

Табела 4. показује расподелу повреда слезине по механизму повређивања. Табела 5. приказује локализацију комбинованих повреда у политрауматизованих болесника. Табела 6. нам даје приказ mortalитета код оперисаних због повреде слезине у политрауми. Са руптуром слезине у два времена био је 1 (4,7%) болесник, код кога је дијагноза руптуре слезине постављена после 5 дана од повреде.

Табела 1.

ИЗОЛОВАНЕ ПОВРЕДЕ СЛЕЗИНЕ	30 (58,9%)
УДРУЖЕНЕ ПОВРЕДЕ	21 (41,1%)
УКУПНО	51 (100,0%)

Табела 2. Дистрибуција повреда слезине у политрауми по полу и добним групама

Добне групе	мушкарци	жене	укупно
0-10			
11-20	2		2
21-30	3		3
31-40	1		1
41-50	5	2	7
51-60	2	1	3
61-70	2	1	3
71-80	2		2
УКУПНО:	17	4	21
	80,9%	19,1%	

Табела 3. Узроци повреда слезине у политрауми

Саобраћајне несреће	13	61,9%
Пад са висине	2	9,5%
Насиља	6	28,6%
УКУПНО	21	100,0%

Табела 4. Дистрибуција повреда слезине у политрауми по механизму повређивања

А. Тупе повреде	16	76,2%
Б. Пенетрантне повреде	5	23,8%
а) нанете хладним оружјем	3	14,3%
б) нанете ватреним оружјем	2	9,5%

У 15 (71,4%) болесника је дијагноза интраабдоминалног крварења постављена парацентезом трбуха са лаважом трбушне дупље 1 литром 0,9% NaCl.

Дискусија

Повреде слезине у склопу политрауме са доминантном повредом трбуха и интраабдоминалним крварењем, спадају у најчешће повреде које захтевају ургентни хируршки захват, јер је он у том случају део реанимације. Значи, акутна хиповолемија је индикација, а не контраиндикација за хируршки захват (Hranilović et al., 1986). Дијагностички поступак хирурга у случају повреде слезине у политрауматизованог болесника мора бити усмерен у првом реду на хитност експлорације. Зато је дијапазон поступака сужен и своди се на добро узету анамнезу, клинички преглед и абдоминалну парацентезу са лаважом која је у наших болесника била позитивна у 100% случајева, јер нисмо имали „лажно позитивне, ни лажно негативне“ резултате. Абдоминалну парацентезу са лаважом радили смо само код болесника са тупим повредама абдомена у политрауми, јер код пенетрантних повреда, болесника у хиповолемијском шоку или са значајним потребама за трансфузијом крви, ургентна експлорација

Табела 5. Локализација повреда у политрауматизованих болесника удружених са повредом слезине

1. Лезија плућа	2
2. Прелом ребара	9
3. Руптура дијафрагме	4
4. Руптура јетре	3
5. Лезија танког црева	3
6. Лезија дебелог црева	1
7. Прелом карлице	1
8. Лезија бубрега	4
9. Прелом бутне кости	1

Табела 6. Морталитет код оперисаних због повреде слезине у политрауми

А. Тупе повреде	2	9,5%
Б. Пенетрантне повреде	2	9,5%
УКУПНО:	4	19,0%

тивна лапаротомија се мора радити из виталних разлога и због опасности од повреде и других абдоминалних органа (Sheldon et al., 1986).

Највећи број повређених је између 30-50 година, што показује да се ове повреде најчешће јављају код људи у пуној снази и највећој активности.

Повреде слезине су највише биле удружене са преломима доњих ребара са леве стране што је и разумљиво, јер је слезина добро васкуларизован орган, али фрактуриран и профузно крвари када преломљени фрагменти ребара кидају капсулу слезине. Код повреде абдомена уз повреде слезине претежно су заступљене повреде левог бубрега, дијафрагма, потом следи јетра, па танко црево и дебело црево. Осим прелома ребара имали смо у једном случају и прелом карлице и бутне кости који су се завршили оздрављењем *quo ad vitam*.

Непосредни постоперативни морталитет до 30 дана од оперативног захвата у овом случају спленектомије је износио 19,0% што и одговара подацима из литературе (Schwartz, 1989). Стопа постоперативног морталитета је велика због масивности, тежине других доминантних пратећих повреда, старости болесника и придружених болести повређеног.

Повреде слезине у политрауми, углавном се решавају тоталном спленектомијом. Задњих година је став да свакој повреди слезине следи и тотална спленектомија измењен, због разјашњене улоге слезине у хуморалном и целуларном имунитету као и опасности од тешких бактеријских инфекција (OPSI синдром) у аспленичних болесника, па треба радити пар-

цијалну ресекцију слезине, шав слезине или трансплантацију слезинског ткива у велики оментум (Sheldon, 1986).

У нашем оперативном раду користили смо тоталну спленектомију без презервације слезине другим методама: спленорафије, парцијалне ресекције или трансплантације слезинског ткива у велики оментум и нисмо имали ни један случај фаталне постспленектомичне сепсе, чија је учесталост по подацима из литературе 1,4%, а морталитет 0,58% (Sheldon, 1986; Hohn, 1990).

Закључак

Повреде слезине у политрауми са доминантном повредом трбуха и масивним интраабдоминалним крварењем су веома озбиљне због високе стопе пре и постоперативног морталитета, јер акутна хиповолемија угрожава једну од виталних функција и продубљује клиничку слику хиповолемијског шока. Као суверену дијагностичку методу посебно истичемо абдоминалну парацентезу са лаважом зато што је једноставна, поуздана, неагресивна, лака и брза за изво-

ђење. У оперативном лечењу треба се ограничити на једноставан и најкраћи поступак—тоталну спленектомију, јер је у политрауми тешко сачувати слезину због продужавања оперативног захвата, а развој постспленектомичне сепсе (OPSI синдрома) је веома ретак.

Литература

- Sheldon GF, Croom RD, Meyer AA (1986): The spleen U Sabiston: Textbook of Surgery, ed 13, vol 1, Philadelphia, WB Saunders Company, pp 1203-1230.
- Balozović, A (1991): Politrauma, dijagnostika, reanimacija i redosled hirurškog lečenja, Acta traum Serb vol VIII: 5-21.
- Храниловић Б, Нанковић В, Муљачић А (1986): Озледе абдомена у политрауматизираних болесника старије животне доби, Мед Вјес, Сунпл 2: 123-125.
- Schwartz SI (1989): Principles of Surgery, ed 5, New York, Mc Graw-Hill Book Company, pp 1441-1457.
- Hohn DC (1990): Slezina U Way LW: Hirurgija-Savremena dijagnostika i lečenje, prevod osmog američkog izdanja, Beograd, Savremena administracija, pp 665-682.

Др Нинослав Златановић, хирург
Лесковац, Бојничка 2

ДИЈАГНОЗА И ЛЕЧЕЊЕ ПОВРЕДА СЛЕЗИНЕ THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF THE SPLENIC TRAUMA

Нинослав ЗЛАТАНОВИЋ, Александар ЂОРЂЕВИЋ, Драгољуб СТАМЕНКОВИЋ, Миливоје СТОЈАНОВИЋ
Здравствени центар Лесковац – Хируршко одељење

САЖЕТАК

У овом раду је приказана дијагноза и лечење повреда слезине за последњих 10 година у хируршком одељењу Здравственог центра у Лесковцу. У периоду од 01.01.1981 до 31.12.1990. године била је 51 повреда слезине од укупно урађених 54 спленектомија. Најчешћи узрок повреда слезине је саобраћајни трауматизам у 70,5%, пад са висине у 15,7%, насиља у 11,8% и јатрогене повреде у 2,0%.

Аутори посебно истичу благовремену абдоминалну парацентезу са лаважом и ехотомографију абдомена као суверене методе за дијагностиковање повреда слезине. Све повреде слезине су решаване оперативном терапијом – тоталном спленектомијом. У непосредном постоперативном току, до 30 дана од оперативног захвата, морталитет је износио 11,7%.

SUMMARY

Is this study showed diagnosis and treatment of splenic trauma in 10 years period on. Department of Surgery-Health Center, Leskovac. From 1981-1990 there were 51 splenic trauma were accidental traffic crashes in 70,5 per cent, falls in 15,7 per cent, violence in 11,8 per cent and yatrogenic trauma in 2,0 per cent cases. Authors particularly stress the early time abdominal paracentesis and ultrasound of the abdomen as a sovereign method in diagnosis of the splenic trauma. All traumas were surgically done-by splenectomy. In early p/o time up to 30 days from the operation, the mortality rate was 11,7 per cent.

Увод

Слезина је најчешће повређивани интраабдоминални орган после тупих траума и она бива често општењена после пенетрантних повреда абдомена. Узроци повреде слезине су: саобраћајни трауматизам, пад са висине, насиља и јатрогене повреде. Морталитет због повреда слезине је према старијим студијама износио 20%, док нове студије указују на мање од 10% захваљујући напретку анестезије и реанимације, као и антишок терапије (Sheldon et al., 1986).

Постављање дијагнозе повреде слезине је некада тешко и поред коришћења свих доступних метода. Најчешће методе које се данас користе су: анамнеза и клинички преглед, абдоминална парацентеза са лаважом, ехотомографија абдомена и СТ абдомена.

Лечење повреда слезине је углавном оперативно у смислу тоталне спленектомије. У новије време од када је Diamond 1969. године описао фулминантну постспленектомичну сепсу (OPSI синдром) чине се напори да се сачува слезина спленорафијом, парцијалном ресекцијом или имплантацијом слезинског ткива у велики оментум (Diamond, 1969; Sheldon et al., 1986). Учесталост OPSI синдрома код трауматске тоталне спленектомије износи 1,4%, а морталитет 0,58% (Sheldon et al., 1986).

Материјал и методе

Урађена је ретроспективна анализа повреда слезине у Хируршком одељењу Здравственог центра у Лесковцу за период од 01.01.1981 до 31.12.1990 год. У посматраном периоду било је 54 спленектомија. Од тога је 51 (94,4%) урађена због повреде слезине, а преостале 3 (5,6%) су биле допунске при другим оперативним захватима због захватања хилусних крвних судова патолошким процесом са желуца и панкреаса.

Од укупног броја повреда слезине са спленектомијом, по полу су више заступљени мушкарци са 80,4%, а жене знатно мање 19,6%. Најмлађи болесник је имао 6 година, а најстарији 77 година.

Резултати и дискусија

Најчешћи узроци повреда слезине су: саобраћајни трауматизам 70,5%, пад са висине у 15,7%, насиља у 11,8% и јатрогене повреде у 2,0%. Механизми јатрогене повреде слезине су обично авулзија лијеналне капсуле тракцијом перитонеалних лигамената или лошом манипулацијом екартерима при оперативним захватима на желуцу, езофагеалном хијатусу, н. вагусу (ваготомија) и лијеналној флексури колоне (левахе-миколектомија) (Hohn, 1990). Ова једна јатрогена повреда је учињена при левој хемиколектомији код елективне операције због карцинома сигме. Болесник је отпуштен кући шеснаестог постоперативног дана без компликација (табела 1).

По механизму повређивања најчешће је било тупих повреда абдомена које су довеле до повреде слезине у 88,2% и пенетрантне повреде у 9,8% (табела 2). Све пенетрантне повреде налажу императивну лапаротомију, док смо повреде слезине код тупе трауме абдомена дијагностиковали следећим процедурама: анамнезом, клиничким и лабораторијским прегледом, абдоминалном парацентезом са лаважом и ехотомографијом абдомена (Schwartz, 1989). Сматрамо да је

Табела 1. Узроци повреда слезине

САОБРАЋАЈНА НЕСРЕЋА	36	70,5%
ПАД СА ВИСИНЕ	8	15,7%
НАСИЉА	6	11,8%
ЈАТРОГЕНЕ ПОВРЕДЕ	1	2,0%

Табела 2. Дистрибуција повреда слезине по механизму повређивања

А. Тупе повреде	45	88,2%
Б. Пенетрантне повреде	5	9,8%
а) нанете хладним оружјем	3	5,9%
б) нанете ватреним оружјем	2	3,9%
Ц. Јатрогене повреде	1	2,0%
УКУПНО:	51	100,0%

абдоминална парацентеза са лаважом суверени метод за дијагнозу повреде слезине. Ми смо у 38 (74,5%) болесника урадили абдоминалну парацентезу и у свих је била позитивна. Зато је препоручујемо у свим суспектним случајевима, изузев болесника у хиповолемијском шоку и оних са пенетрантном повредом.

У зависности од врсте повреда, повреде слезине могу бити изоловане или удружене са другим органима. На нашем материјалу најчешће су изоловане повреде у 58,8%, а удружене у 41,2% (табела 3).

Руптуру слезине у два времена имали смо у 3 случаја (5,9%), а просечно време од повреде слезине до дијагностиковања њене руптуре је 8,3 дана.

Укупни непосредни постоперативни морталитет је 11,7%. Оба болесника која су умрла због изоловане повреде слезине дошли су на операциони сто у тешком хиповолемијском шоку и са декомпензованим срцем, док су болесници са удруженим повредама умрли због масивности повреда и угрожених виталних функција (Табела 4).

Просечно време хоспитализације наших болесника је 14,5 дана, што је и у сагласности са литературним подацима (Sheldon et al., 1986; Schwartz, 1989).

Табела 3. Врсте повреда слезине

А. ИЗОЛОВАНЕ ПОВРЕДЕ	30	58,8%
Б. УДРУЖЕНЕ ПОВРЕДЕ	21	41,2%

Табела 4. Морталитет код оперисаних због повреда слезине

А. ИЗОЛОВАНЕ ПОВРЕДЕ	2	3,9%
Б. УДРУЖЕНЕ ПОВРЕДЕ	4	7,8%
УКУПНО:	6	11,7%

Закључак

У овом раду је истакнута озбиљност повреда слезине и неопходност њене брзе дијагнозе. Као суверене дијагностичке методе посебно истичемо абдоминалну парацентезу са лаважом трбушне дупље. Немајући могућности да континуирано пратимо болеснике са повредом слезине ехотомографијом и СТ-ом абдомена, ми смо све повреде слезине решавали спленектомијом уз морталитет од 11,7%.

Литература

- Sheldon GF, Croom RD, Meyer AA (1986): The spleen U Sabiston DC: Textbook of Surgery, ed 13, vol 1, Philadelphia, W. B. Saunders Company, pp 1203-1230.
- Diamond LK (1969): Splenectomy on childhood and the hazard overwhelming infection, Pediatrics 43: 886-889.
- Hohn DC (1990): Slezina U Way LW: Hirurgija-Savremena dijagnostika i lecenje, prevod osmog americkog izdanja, Beograd, Savremena administracija, pp 665-682.
- Schwartz SI (1989): Principles of Surgery, ed 5, New York, Mc Graw-Hill Book Company, pp 1441-1457.

Др Нинослав Златановић, хирург
Лесковац, Бојничка 2

Табела 1. Врсте повреда слезине

ЈАТРОГЕНЕ ПОВРЕДЕ	1	2,0%
НАЧИН РА	6	11,8%
ПАД СА ВИШИНЕ	5	9,8%
ОСОБАРАЊА НЕПРЕМА	30	58,8%

ХОЛЕЛИТИЈАЗА И DIABETES MELLITUS КОД ХИРУРШКИХ БОЛЕСНИКА CHOLELITHIASIS AND DIABETES MELLITUS IN SURGICAL PATIENTS

Александар ЂОРЂЕВИЋ, Нинослав ЗЛАТАНОВИЋ, Драгољуб СТАМЕНКОВИЋ
Здравствени центар Лесковац – Хируршко одељење

САЖЕТАК

Холелитијаза је врло честа код људи, а код оних који истовремено болују и од Диабетес меллитус–а она је присутна у око 30% пацијената. На хируршком одељењу Здравственог центра у Лесковцу је у периоду од 1986–1992. год. оперисано 1478 пацијената због холелитијазе, од којих су 502 били дијабетичари. Запазили смо већу заступљеност особа женског пола (2,1 пута), већи број пацијената са мултиплом калкулозом жучне кесе и холедоха нарочито код оних који су дуже од 10 година боловали од дијабетеса, као и већа заступљеност особа старије животне доби. Постооперативни морталитет је остао скоро исти у поређењу са осталим болесницима са холелитијазом.

SUMMARY

Cholelithiasis is very often in people, particularly in those with Diabetes mellitus. It is present in about 30% of these patients. There were 1478 patients operated in period from 1986–1992. because of cholelithiasis on Department of surgery, Leskovac General Hospital. 502 patients had Diabetes mellitus. We noted that in female persons it was 2.1 time more frequent, greater number of patients with multiple calculosis of the gall bladder and common bile duct, particularly those with 10 years or longer history of Diabetes, and greater number of older patients. Post operative mortality remained the same in comparison with other patients with cholelithiasis.

Увод

Холелитијаза је веома често оболење у популацији жена и мушкараца нарочито у животној доби изнад 50 година где се код жена јавља у око 20% случајева и око 5% код мушкараца (Dunphy 1976). Од укупног броја пацијената са холелитијазом, отприлике 37% бива подвргнуто хируршкој интервенцији. Код болесника са диабетес меллитус–ом око 30% има и калкулозу жучне кесе и/или екстрахепатичних жучних путева. Ови болесници представљају ризичну групу у хируршком лечењу због бројних компликација које даје дијабетес, нарочито у смислу ангиопатије, нефропатије и склоности ка инфекцији.

Материјал и методе

На хируршком одељењу Здравственог центра у Лесковцу је у периоду од 1986–1992 године урађено 1478 операција због холелитијазе. Ретроспективно смо анализирали и статистички обрадили податке из историја болести и протокола оперисаних болесника у овом периоду. Од укупног броја оперисаних пацијена-

та због холелитијазе у овом периоду било је 502 болесника (33,9%) који су боловали и од диабетес меллитус–а. Од тог броја, њих 163 (32,4%) су били мушкараци а 339 (67,6%) жене. Однос болесника женског пола према мушком био је већи за 2,1 пута. Табела 1. приказује дистрибуцију холелитијазе код дијабетичара по добним групама. Најмлађа болесница је била стара 20 година, а најстарија 77 година. Просечна старост је била 64,4 година.

Табела 2. приказује врсту и локализацију холелитијазе код дијабетичних болесника, где је 1/3 болесника имала солитарну калкулозу жучне кесе, а остале 2/3 мултиплу калкулозу жучне кесе удружену са холедохолитијазом.

На табели 3. смо приказали учесталост холелитијазе која сразмерно расте у зависности од дужине трајања дијабета и значајно је повећана код болесника који имају дијабетес дуже од 10 година.

Хируршки проблем смо решавали класичном холецистектомијом, а где смо утврдили постојање индикација за експлорацијом *ductus choledochus*–а приступали смо холедохотомији и евентуалној екстракцији

Табела 1. Дистрибуција холелитијазе код дијабетичара по добним групама и полу

старост	мушкарци	жене	укупно
до 40 г.	–	3	3
41–50 г.	16	23	39
51–60 г.	45	87	132
61–70 г.	84	171	255
преко 70 г.	18	55	73
укупно	163 (32,4%)	339 (67,6%)	502 (100%)

Табела 2. Врсте холелитијазе према броју калкулуса и локализацији код дијабетичара

	број болесника	%
солитарна калкулоза жучне кесе	167	33,3%
мултипла калкулоза жучне кесе	230	45,8%
Холедохолитијаза	105	20,9%
УКУПНО	502	100,0%

Табела 3. Учесталост холелитијазе према дужини трајања дијабетеса

дужина трајања дијабетеса	број болесника
1-5 година	63 (12,5%)
6-10 година	132 (26,3%)
преко 10 година	307 (61,2%)
укупно	502 (100,0%)

калкулуса. Укупно је умрло 4 болесника, тако да је непосредни постоперативни морталитет до 30 дана од оперативног захвата био 0,79%.

Дискусија и закључак

Холелитијаза је врло честа код дијабетичара и према подацима из литературе креће се око 30% (Štuhof 1985).

Класични узроци холелитијазе су стаза, метаболички поремећаји и запаљење. Они су нарочито потенцирани код болесника са дијабетес меллитус-ом, па је и учесталост холелитијазе код ових болесника већа. Користећи и податке са интерног одељења и кабинета за ехотографију наше болнице, утврдили смо да је 2/3 дијабетичара са холелитијазом било инсулин-независно, а 1/3 инсулин-зависно. Заступљеност особа женског пола била је сразмерно већа као и особа старије животног доби, где је највећи број болесника са холелитијазом и дијабетом био између 60 и 70 година

Табела 4. Оперативни налази код холецистектомија

CHOLECYSTITIS CHRONICA CALCULOSA	212	42,2%
CHOLECYSTITIS ACUTA CALCULOSA PHLEGMONOSA	144	28,7%
EMPHYEMA VESICAE FELLEAE	114	22,7%
CHOLECYSTITIS ACUTA CALCULOSA GANGRAENOSA ILI GANGRAENOSA PERFORATIVA (peritonitis biliaris)	32	6,4%
УКУПНО:	502	100,0%

старости. Запазили смо значајно повећање компликација холелитијазе код дијабетичних болесника у односу на недијабетичаре и то у смислу флегмонозних и гангренозних промена зида жучне кесе као и већи проценат појаве мултипле холецисто-холедохолитијазе. Такође смо установили повећање учесталости холелитијазе код дијабетичара са дужом историјом болести дијабетеса. Што се оперативног ризика и постоперативног морталитета тиче, није било значајнијег повећања у односу на друге болеснике са холелитијазом.

Литература

- SABISTON D., Text book of Surgery, W. B. Saunders, Philadelphia, 1986.
- СТЕФАНОВИЋ С., Интерна медицина, Медицинска књига Београд, 1985.
- SCHWARTZ S., Principles of Surgery, Mc Graw-Hill, New York, 1989.
- DUNPHY E., Hirurgija, Savremena administracija, Beograd, 1976.
- ŠTULHOFER M., Digestivna hirurgija, GZH/JAZU, 1985.

Александар Ђорђевић, хирург
Партизанска 25, Лесковац

дужина трајања дијабетеса	број болесника
1-5 година	63 (12,5%)
6-10 година	132 (26,3%)
преко 10 година	307 (61,2%)
укупно	502 (100,0%)

CHOLECYSTITIS CHRONICA CALCULOSA	212	42,2%
CHOLECYSTITIS ACUTA CALCULOSA PHLEGMONOSA	144	28,7%
EMPHYEMA VESICAE FELLEAE	114	22,7%
CHOLECYSTITIS ACUTA CALCULOSA GANGRAENOSA ILI GANGRAENOSA PERFORATIVA (peritonitis biliaris)	32	6,4%
УКУПНО:	502	100,0%

НАША ИСКУСТВА У ЗБРИЊАВАЊУ РАТНИХ ПОВРЕДА OUR EXPERIENCES IN WAR INJURY MANAGMENT

Вукадин РИСТИЋ
Здравствени центар Лесковац

САЖЕТАК

Анализирали смо 238 повређених болесника лечених у болници у Глини у једном временском периоду ратних окршаја од 1991–1992. године. Највећи број повређених припадао је јединицама територијалне одбране (59,24%), затим, оружаним снагама бивше ЈНА (17,64%) и осталих (23,12), међу којима су становници са ратом захваћених територија и један број припадника непријатељских јединица.

Од 238 анализираних повређених болесника са повредама главе било је 5,46%, грудног коша 12,19%, торако-абдоминалних повреда 5,88%, абдомена 6,72%, затим са повредама на екстремитетима 47,48%, уро-гениталног тракта 1,68%, кичме 1,26% и остало 19,33%.

Конзервативним начином лечили смо наше болесника и то: 126 (52,94%); оперативном 112 или (47,06%). Резултати лечења су били добри. Инфекције код наших лечених болесника није било ни у једном случају. Имали смо један смртни случај код болесника који је био пребачен из друге установе.

SUMMARY

We have analysed 238 wounded patients, in hospital of Glina in War period 1991–92. Most of them were members of territorial forces, 59,24%, Forces of previous Yugoslav Army 17,64%, and 23,12% the others (local people, and forces of enemy).

In 5,46% of 238 patients we have had injuries of head, 12,19% thoracic injuries, 5,88% thoracoabdominal injuries, 6,72% injuries of stomach, 47,48% injuries of locomotive system, 1,68% urogenital system injuries, 1,26% injuries of vertebra and 19,33% belonged to other injuries.

126 or 52,94% patients were treated conservative, and 112 or 47,06% operatively. Results were good. We didn't have any infections. One patient died (he was settled to us from other hospital).

Увод

Збрињавање повређених у оружаним сукобима има извесне специфичности у односу на мирнодопске повреде. Те специфичности произилазе из низа фактора који на организам човека делују негативно. Пре свега, у рату постоје велика психичка напрезаја, исцрпљеност, неповољни услови живота, неповољни климатски услови и друго. Поред онога, често отежано правовремено и адекватно указивање медицинске помоћи, као и веома изражена негативна својства савременог оружја, која наносе тешке повреде. Постоје и други фактори који утичу на хируршки рад у рату а то су: масовност повређивања, изненадност настанка, често велики и неуједначени прилив повређених, мултипле повреде и друго.

Хируршки рад у условима савременог рата са наведеним специфичностима не даје јединствена решења. Суштина је да сви хирурзи ратне повреде третирају на исти начин у основним принципима: тријаже, обраде ране асепсе као и да примењују мере, поступке и методе које дају највише изгледа за успешно лечење повређеног. Збрињавање рана нанесених оружјем велике брзине или експлозивним бластом заснива се на познавању механизма којима мекци и експлозивни бласт изазивају повреде. Једино разумевање ових физичких феномена може хирурзима дати увид у различите врсте повреда које се знатно разликују од осталих врста повреда. Ове повреде захтевају различите методе лечења, чије непознавање повлачи опасност по повређеног.

Материјал

У току ратних окршаја 1991–1992. године у болници у Глини у једном временском периоду лечили смо 238 рањеника и друга повређена лица. Било је заступљено 211 или 88,66% мушкараца, а 27 или 11,34% жена; а по годинама старости највећи број припада популацији од 20–40 година 143 или 60,09%. Популацији испод 20 година 27 или 11,34%, а преко 40 година 68 или 28,57%. Према формацијској припадности највећи број је припадао територијалним јединицама 141 или 59,24%, затим припадницима оружаних снага бивше ЈНА 55 или 23,12%, а осталих 42 или 17,64% су становници са ратом захваћених подручја, а један део је припадао непријатељским јединицама. У току борбених дејстава повређено је 192 или 80,67%, а осталих 46 или 19,33% на други начин (саобраћајни удес, повреде у домаћинству у пољопривреди, у пијанству, при непажљивом руковању оружјем, налетање на мине прилоком терања стоке итд.)

Дискусија

Рањени и повређени су евакуисани у нашу болницу (Глина) углавном са положаја и терена где су вођене оружане борбе на територији Баније и Кордуну. Допремљени су углавном санитетским колима са разних удаљености. Време до доласка у болницу износило је најдуже до један и по сат од момента рањавања. Рањени и повређени су долазили у нашу установу у највећем броју случајева са указаном првом помоћи, привременом имобилизацијом и добијеним аналгетичима. У току транспорта тешки рањеници су добијали одговарајуће инфузионе растворе и другу потребну помоћ.

Табела 1. Повреде настале под дејством ватреног оружја

ГЛАВА И ВРАТ	13 или 5,46%
ГРУДНИ КОШ	29 или 12,19%
ТОРАКО-АБДОМИНАЛНЕ ПОВРЕДЕ	14 или 5,88%
АБДОМИНАЛНЕ ПОВРЕДЕ	16 или 6,72%
ЕКСТРЕМИТЕТИ	113 или 47,47%
УРО-ГЕНИТАЛНИ ТРАКТ	4 или 1,68%
КИЧМА	3 или 1,26%
УКУПНО	192 или 80,67%

Основна карактеристика повреде код рањеника је била да су повреде настајале под дејством ватреног оружја, било пројектилима или експлозивним средствима (парчади граната, нагазних мина и др.). Све ове повреде су биле праћене великим разарањем меких ткива, делови коштаног-зглобног система, са повредама и отварањем телесних шупљина, повредама крвних судова и живаца.

Организација збрињавања повређених била је постављена према условима територије и терена ратишта тако да није увек било у могућности поштовање редоследа збрињавања рањених и повређених за пружање прве, опште медицинске и специјалистичке хируршке помоћи. Често пута није било ни времена ни могућности за указивање одређене помоћи већ се повређени директно транспортовао у болницу у Глини где им је истовремено пружено и прва и дефинитивна помоћ.

Принцип рада болнице у Глини био је перманентни рад хируршке екипе од 0 до 24 сати. Екипу су чинили: општи хирург, кардиоваскуларни и грудни хирург, ортопед-трауматолог, анестезиолог, специјалиста интерниста, оториноларинголог и физијатар, као и лекар на специјализацији из хирургије. Екипу лекара пратило је добро обучен средње медицински кадар: инструментарке, анестетичари, гипсери, одељенске сестре и остало пратеће особље. Одељење је располагало операционим салама, собама за интензивну негу и реанимацију рентген кабинетом, одговарајућом опремом, и довољном количином лекова и осталог санитетског материјала. Свако опремљено одељење било је спремно да обави и обављало је најсложеније хируршке захвате. Хируршки тим је био тако организован да су сви повређени одмах по пријему у најкраћем могућем времену адекватно, брзо и ефикасно добили одговарајућу специјализовану помоћ.

Структуру повреда према етиологији настанка и по локализацији показује табела 1 и 2.

Лечење

Лечење повреда, како смо напред изнели, носе карактеристике повреда пре свега ватреним оружјем, пројектилима и експлозивним средствима велике експлозивне моћи. Из тих разлога и повреде које су настале су вишеструке и захватају више органских система. Успешност у збрињавању према томе зависиће од благовремености, квалитета и организације збри-

Табела 2. Повреде друге етиологије

ПРЕЛОМИ ЕКСТРЕМИТЕТА	9 или 3,78%
ПРЕЛОМИ РЕБАРА	7 или 2,94%
ПРЕЛОМИ КАРЛИЦЕ	2 или 0,84%
ПРЕЛОМИ КЛАВИКУЛЕ	3 или 1,26%
ЛАЦЕРО-КОНТУЗНЕ РАНЕ	20 или 8,41%
РАЗНЕ ЛУКАЦИЈЕ	5 или 2,10%
УКУПНО	46 или 19,33%

њавања под тим подразумевајући тријажу и евакуацију. Прва помоћ пружена на лицу места или у близини бојишта је од животне важности, као и брза евакуација. Познато је да се морталитет и морбидитет повећавају са повећањем временског размака између рањавања и лечења. Отуда, што је боља прва помоћ и бржа евакуација, то ће и крајњи резултати бити бољи.

У посматраном периоду од 238 повређених болесника оперативо је лечео 112(47,06%), а на други начин 126(52,94%). Међу оперисаним било је припадника територијалне одбране 82(73,21%), 21(18,75%) припадника ЈНА, и 9(8,04%) цивила, 34(26,98%) припадника бивше ЈНА, а осталих 33(26,19%). Међу оперисаним болесницима при борбеним дејствима је повређено 85 или 75,89%, а преосталих 27 или 24,11% повређени су на начин како смо у уводу изнели.

У принципу радило се о повредама на разним системима тела, са прострелним и устрелним ранама, са фрактурама екстремитета, са повредама на појединим органима грудног коша и трбуха, конквасантних рана на екстремитетима итд. Ове повреде смо збрињавали ексцизијом ране са дренажом, уз примену у гипсане имобилизације. Конквасантне повреде на екстремитетима решавали смо ампутацијама. Најтежу патологију представљале су прострелне повреде грудног коша и сви су излечени дренажом и допунским мањим захватима; устрелне и прострелне ране трбуха су излечене ургентним депаратомијама и уз спленектомију, структуру јетре, желуца и црева. Урадили смо једну нефректомију код рањеника са истовременом повредом лумбалне кичме и повредом медуле спиналис са параплегијом.

Код свих повређених болесника спроведена је антитетанусна заштита, примењена антибиотска терапија (високе дозе пеницилина, гарамицина или неког другог антибиотика широког спектра). Антибиотике смо примењивали у времену од 3-5 дана, сем што смо временски период примене антибиотика продужавали код најтежих болесника. Критеријум за дужину примене антибиотика је било објективно клиничко стање болесника. Резултати лечења су били добри. Инфекције код наших болесника нисмо имали. Имали смо један смртни случај на одељењу код болесника који је пребачен из друге установе.

Аутор овог рада је радио као лекар-добровољац у болници у Глини (Банија) за време рата 1991-1992. године.

прим. др Вукадин Ристић,
Лесковац Милоша Обилића 46

ПОЛИЦИСТИЧНА БОЛЕСТ ЈЕТРЕ. ПРИКАЗ БОЛЕСНИКА

POLYCYSTIC DISEASE OF THE LIVER. A CASE REPORT

Драгутин НИКОЛИЋ, Саша ГРГОВ и Томислав ЈОВАНОВИЋ

Здравствени центар Лесковац – Интерно одељење и Радиолошка служба

САЖЕТАК

Приказан је болесник стар 60 година са неодређеним епигастричним тегобама, палпабилном јетром и нормалним тестовима функционог испитивања јетре. Ултразвучним прегледом се дијагностикује полицистична јетра, без цисти у другим абдоминалним органима. Полицистична болест јетре има добру прогнозу и компатибилна је са дугим животом, уколико није удружена са полицистичним бубрезима.

SUMMARY

Sixty old years patient is presented with indefinite epigastric discomforts, touching liver and normal tests of functional examination of the liver. Polycystic liver without cysts in other abdominal organs is diagnosed by ultrasound checking. Polycystic disease of the liver has a good prognosis and it is compatible with a long life, if it is not associated with polycystic kidneys.

Увод

Фиброполицистична болест јетре и билијарног тракта није појединачни ентитет него далеко шири, са обухватањем више органа, фамилијарно груписан. Чланови ових фамилија имају полицистичну болест јетре, билијарне микрохамартоме (Von Meyenburgovi комплекси), конгениталну хепаталну фиброзу, конгениталну интрахепатичну билијарну дилатацију (Царолијева болест) и холедохусне цисте. Клинички фиброполицистичне болести имају три карактеристике које могу бити заступљене у различитим пропорцијама, и то: пространство лезије, портна хипертензија и холангитис. Све ове болести могу бити компликоване карциномом, и то најчешће жучних путева (Теодоровић Ј., 1991). Билијарни микрохамартоми или Von Meyenburgovi комплекси су мале бенигне лезије у виду груписа дилатираних билијарних каналића, који представљају некомплетно ремоделирану дуктусну плочу без комуникације са дренажним билијарним системом. Билијарне конгениталне цисте вероватно настају патолошком пролиферацијом Von Meyenburgovih комплекса који перзистирају и стварају шупљине испуњене течностју. Могу бити солитарне, мултипле или се ради о полицистичној јетри. Не припадају комуникантним цистама (нису у вези са билијарним трактом), четири пута су чешће у жена, а наслеђују се аутомомно доминантно. У 50-60% болесника постоји и ренална полицистоза, а ретко постоје и цисте у тироидеји, оваријумима, панкреасу и слезини (Глишић ЈБ. и сар., 1990).

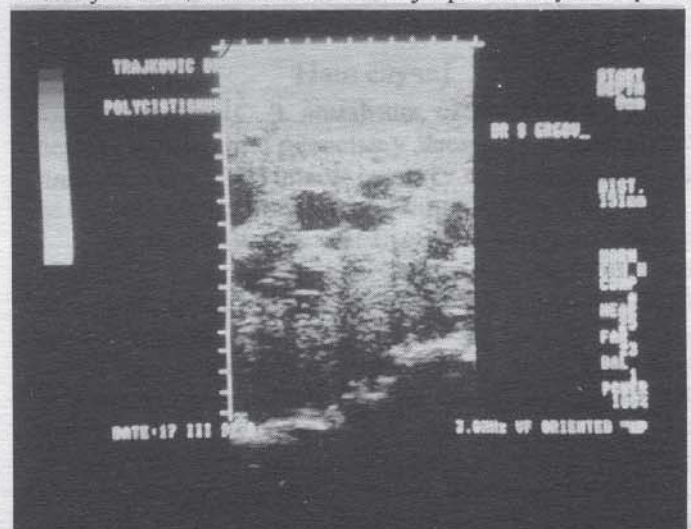
Приказ болесника

Примили смо на Интерно одељење шездесетогодишњег мушкарца (Т.Д.) из Лесковца због обраде за пензију. Од абдоминалних симптома имао је повремени осећај горушице и епигастричну нелагодност у задњих годину дана. Анамнестички подаци о неком обољењу јетре у породици су негативни. На пријему средње развијен и ухрањен, нормалне боје коже и видљивих слузокожа.

Јетра се палпира за један центиметар испод десног ребарног лука, нормалне конзистенције, без палпаторних нодуса. Слезина се не палпира. Урађене лабораторијске анализе су у физиолошким границама (седиментација еритроцита, крвна слика, хемоглобин, серумско гвожђе, алкална фосфатаза, укупни билирубин, директни билирубин, аминотрансферазе, укупни протеини и електрофореза протеина, протромбинско време, урин).

Сонографски јетра је лако увећана са многобројним цистама у оба лобуса, различите величине, највећих пречника до 30 mm. Антеропостериорни дијаметар јетре у медиоклавикуларној линији износи 151 mm (слика 1). Холециста је уска, потиснута са свих страна описаним цистама, без патолошког садржаја. Екстрахепатични жучни путеви нису дилатирани. Панкреас, слезина и бубрези не садрже цистичне формације и без патолошких су промена.

Индиковали смо проксималну ендоскопију дигестивног тракта због повремене пирозе, као и због есентуалних варикозитета једњака и (или) желуца у склопу полицистичне болести јетре и могуће портне



Слика 1. Јетра са многобројним анехогеним цистичним формацијама и типичним ехо појачањем иза цисти

хипертензије, али пошто болесник није пристао на преглед урадили смо рендген графију где нису виђени варикозитети једњака, нити знаци компресије и дислокације желуца и дуоденума.

Дискусија

Приказали смо болесника старог 60 година са полицистичном болешћу јетре без података у анамнези о сличној болести у породици. Тегобе почиње да осећа од пре годину дана у виду повремене горушице и епигастричне нелагодности. И у литератури се наводи да се симптоми обољења обично испољавају касније, у четвртој или петој деценији живота и да су некарактеристични: епигастричне тегобе, наузеа, флатуленција, абдоминална дистензија и повремено повраћање. Један од разлога тих тегоба је притисак цисти на желудац и дуоденум (Теодоровић Ј. и сар., 1991).

Основна дијагностичка метода је ултрасонографија којом се открива мноштво анехогених округлих формација танких зидова или се зидови и не уочавају, са типичним ехо појачањем иза цисти. Ултрасонографски диференцијална дијагноза се намеће са мултиплим хидатидним цистама јетре, али оне имају дебљу капсулу и понекад цисте ћерке. И псеудоцистични облик метастаза у јетри може имати сличан изглед, али овде брзо долази до пропадања болесника и поремећаја тестова функционог испитивања јетре, који су по

правилу нормални код полицистичне болести јетре, што се показало и код нашег болесника.

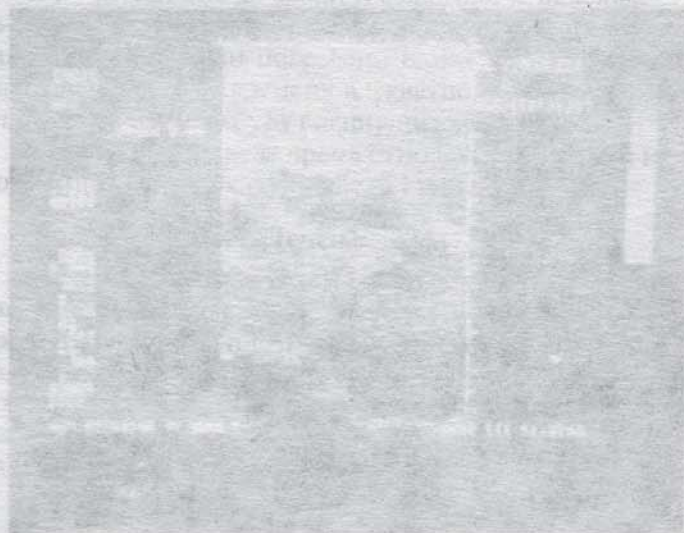
Рендгенски преглед може показати подигнуту дијафрагму и дислокацију желуца и дуоденума, што у нашег болесника није било присутно. Варикозитете једњака и (или) желуца, због не тако честе портне хипертензије, морали смо искључити рендгенским прегледом, с обзиром да болесник није пристао на ендоскопски преглед.

Сматра се да асимптоматске цисте мање од 10 cm не треба лечити, већ само контролисати ултрасонографски и лабораторијски, што је нашем болеснику и препоручено. Полицистична болест има добру прогнозу ако није удружена са полицистичним бубрезима, како се показало и у приказаном случају.

Литература

- Глишић Љ., Перишић В., Давчев П., Хаџић Н., Сатлер Ј. (1990): Гастроентерологија, Научна књига Београд, 632-636
- Desaint B., Conrad M., Levy V.G.: Les kystes biliaires non communicantes. Med Chir Dig 1986., 15: 389-396
- Живковић Р. (1987): Гастроентеролошка клиничка ултрасонографија, Медицинска књига Београд-Загреб, 134-138
- Теодоровић Ј. и сар. (1991): Гастроентерологија део 3, Дечје Новине Београд, 361-365
- Чоловић Р., Чоловић М., Савић М., Кривокапић З.: Конгениталне цисте јетре. Приказ четири болесника и преглед литературе. Гастроентерохепатолошки Архив 1988., 7:96-100

Др Драгутин Николић, интерниста,
Грделица



НАСЛЕДНА ХЕМОРАГИЈСКА ТЕЛЕАНГИЕКТАЗИЈА HEREDITARY HAEMORRHAGICAL TELEANGIECTASIA

Драгутин НИКОЛИЋ, Јовица ПАВЛОВИЋ
Здравствени центар Лесковац – Интерно одељење

САЖЕТАК

Приказан је један случај овог ретког обољења које се одликује појавом спонтаних крварења из проширених капиlara, артериола и ситних венула коже и слузокоже. Код нашег је пацијента претежна локализација телеангиектазија на слузници желуца па су присутне честе мелене. Због тога код појаве мелене не треба мислити само на пептички улкус и карцином већ и на наследну хеморагијску телеангиектазију.

SUMMARY

It is shown a case of these rare disease, which is presented with spontaneous bleeding from wided capilars, arteriolas and smallvenulas of skin and mucosas.

In our patient location of teleangiectasis was on stomach mucosa, with often maelenas. Because of that in case of maelenas, we have to observe not only peptic ulceras or stomach cancer, but hereditary chemorhagical teleangiectasy too.

Увод

Делимичан опис болести дао је Syton 1864. год. Међутим, тек у радовима Рендија (1896. год.), Ослера (1901. год.) и Вебера (1907. год.) детаљно је описана ова болест. Болест је најчешће фамилијарно обољење, преноси се доминантно, подједнако у оба пола. У ретким случајевима болест настаје интраутериним мутацијама гена. Иначе, оболеле особе једне породице обично крваре на истим пределима тела. Понекад се може десити да извесне генерације буду поштеђене или да клинички симптоми буду тако благи да се могу предвидети. Ако су оба родитеља оболела, крварења у њихове деце су тешка већ од првих дана живота и обично се завршавају смрћу.

Са генопатолошке тачке гледишта ради се о урођеном недостатку колагених и мишићних влакана унутар зидова капиlara, артериола и ситних венула, који се због тога анеуризматски шире, што врло лако доводи до спонтаних или изазваних крварења. Патолошке телеангиектазије праћене крварењем јављају се понекад још у раном детињству. Много чешће оне се развијају постепено тако да се изражени клинички симптоми и знаци јављају тек у одраслом добу. Најчешћа локализација ових телеангиектазија је на „кожи“ лица, врховима прстију, трупцу, ушним шкољкама, „слузницама“ носа, усана, језика, коњуктива, ларинкса, душника, желуца, дуоденума, црева, вагине, бубрежне карлице и др. Телеангиектазије могу бити у виду пурпурних ситних испупчења (нодулски тип), пауколиких промена („спидер“ тип), а врло ретко и у виду ангиома (ангиомски тип). Најчешће долази до крварења из носа (у 100% болесника), затим из органа за дисање (хемоптизије), из органа за варење (мелене) и из бубрега (хематурије). У ових болесника због честих крварења пристуна је секундарна сидеропенијска анемија. Број еритроцита креће се од 2,5 до 3,5 милиона, а хемоглобин износи 30 до 50%, те због тога индекс бојења ретко прелази вредности од 0,7. Леукоцити и тромбоцити не показују никакве патолошке промене. Време крварења, време коагулације, протромбинско

време, број тромбоцита, ретракција коагулума и Rumpel-Leedeov тест су нормални.

Дијагноза болести се поставља на основу тријаса: крварење, телеангиектазије и појаве болести у више чланова једне породице. На болест треба помишљати и у случају појаве хематемезе и мелене а при томе су искључени пептичка гризлица и карцином. Тада се дијагноза може поставити гастроскопијом.

Ток болести је постепен, а склоност према крварењима повећава се са старошћу болесника. Смрт због искрварења је описивана врло ретко, мада због честих крварења болесници не могу да воде живот нормалних особа.

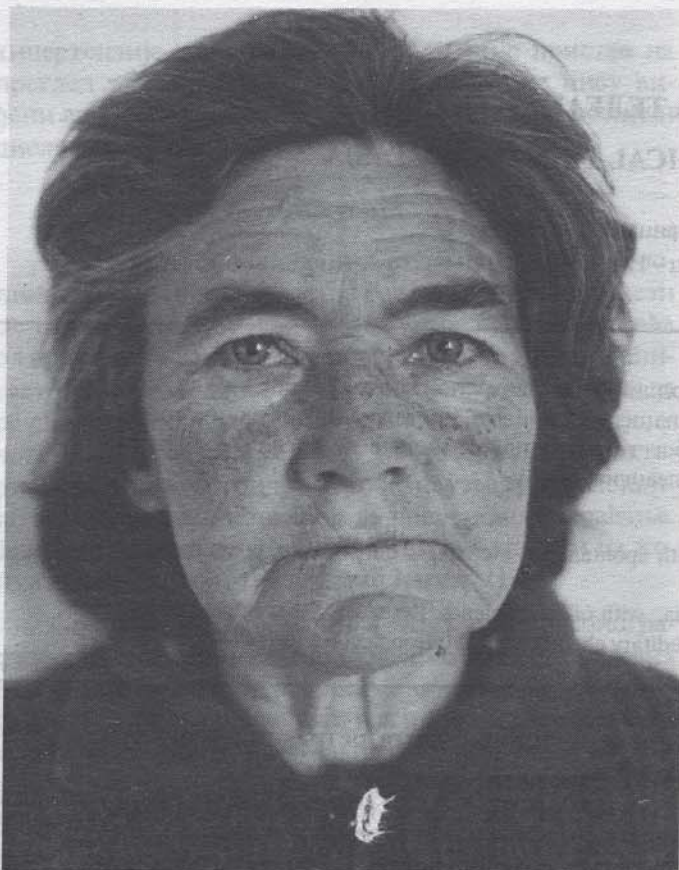
Лечење болести се састоји у спречавању или заустављању крварења и у лечењу хипохромне анемије проузроковане крварењем. Крварење из носа зауставља се тампонадом, каутеризацијом и електрокоагулацијом. Много тежи проблем представља крварење из органа за варење, бубрега и материце. Нефректомија, ресекција желуца и црева па чак и хистеректомија, извршене су у циљу заустављања тешких крварења изазваних овом болешћу. Лечење хипохромне анемије постиже се давањем препарата гвожђа. Кад постоји изражена акутна хеморагијска анемија, неопходне су трансфузије пуне крви или опраних еритроцита.

Наш случај

Болесница С. З. домаћица, стара 53 година, упућена је на интерно одељење у Лесковцу са дијагнозом *Anaemia gravis*. При првом сусрету са болесницом виде се ситне телеангиектазије на лицу и уснама (Сл. 1.).

Пацијенткиња је примљена на интерно одељење због опште малаксалости, замарања, нестабилности при ходу, зујања у ушима, крварења из носа и повремених мелена.

Телеангиектатичне промене на лицу она има од рођења. Од рођења има повремено крварења из носа, док од двадесете године има повремено мелене. У деветнаестој години је оболела од епилепсије. Њен деда, отац и сестра су имали сличне промене на уснама и лицу. На сл. 2. дат је родословни приказ урођене телеангиектазије код болеснице С. З. Деда П. М. је боловао од ове болести. Умро је у 80-тој години. Имао је три сина,

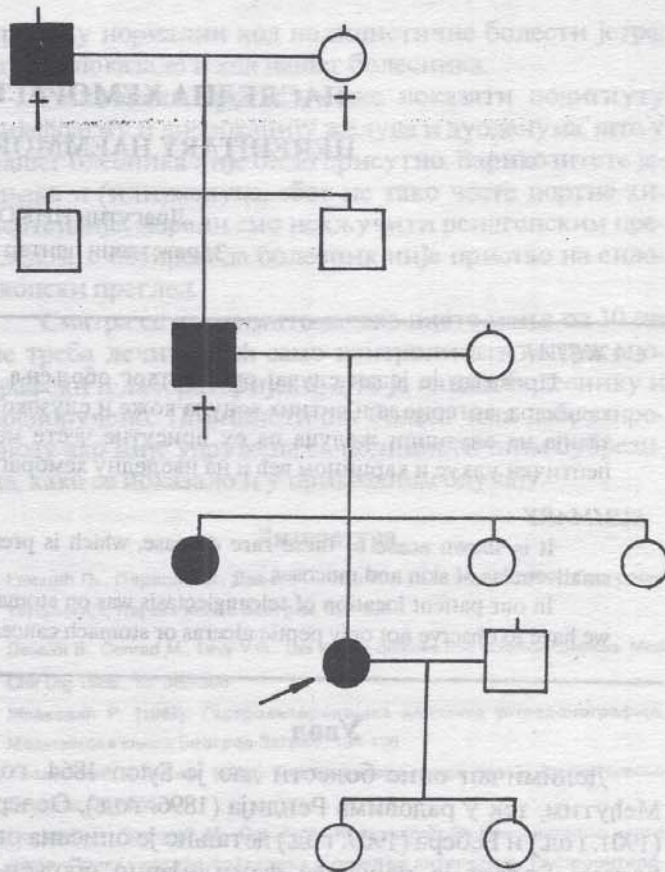


Слика 1.

двојица су била здрава, док је трећи син С. М. боловао од ове болести и умро у 45-ој години. С. М. је имао четири кћери, две здраве и две болесне. Једна од болесних кћери је болесница С. З. Она има две кћери које су здраве. Сви болесни имали су честа крварења из носа, док је наша болесница С. З. поред честих епистакса имала повремено мелене.

Клиничким прегледом установили смо телеангијектатичне промене на лицу, уснама и букалној слузокожи, као и бледо колорисану кожу и видљиве слузокоже. Срчана радња убрзана, фреквенције око 100/минуту, благ систолни шум над иктусом I-II°. Осим изразите хипохромне анемије (Hb 4,96 mmol/l; 4,94 mmol/l; E_r 3,2x10¹²/l; 4,4x10¹²/l) остали лабораторијски налази су били у границама нормале. *Rtg pulmo et cor: b. o. Ro scopija gastroduodenuma: Gastritis chronica. Bulbus је правилан. Ezofagogastroduodenoskopija: Слузница bulbosa са капиларним teleangiektazijama без ulceracija i proliferacija. Pilonus правилан, правилно се отвара. У слузници желуца, бројне teleangiektazije претежно у пределу angulusa и средњег дела корпуса. Кардија нормална. Слузница ezofagusa не показује патолошке промене. Ехотомографски преглед абдомена: Јетра, жучна кесица и оба бубрега су ехотомографски уредни, на панкреасу постоји више ситних цистичних формација.*

Иригоскопија и иригографија: б. о. Ректоскопски налаз уредан. На основу анамнезе, фамилијарног карактера болести, клиничког прегледа, лабораторијских анализа и гастроскопског прегледа постављена је дијагноза М. Ренду-Ослер-Вебер. Због изразите анемије и честих мелена најпре смо давали трансфузије деплазматисаних еритроцита, пуне крви и хемостиптике (*Diclon ampularno*). Када је крварење престало наставили смо са



Слика 2.

давањем препарата гвожђа. После две недеље интензивног лечења стање болеснице се поправља.

Закључак

Приказали смо случај наследне хеморагијске телеангијектазије са претежном локализацијом телеангијектазија на слузници желуца, које су праћене честим меленама. Због тога код појаве мелене не треба мислити само на пептички улкусни карцином већ и на М. Ренду-Ослер Вебер. Овај рад представља само мали допринос ка бољем упознавању и дијагностиковању овог ретког обољења.

Литература

- Armentrout, H. L. and Underwood, F. J. Am. J. Med. 8, 246, 1950.
- Bird, R. M., Janques, W. E.: N. Engl. J. Med., 260, 597, 1959.
- Koch, H. J. i sar.: J. A. M. A., 149, 1376, 1952.
- Krup, M., Chatton, M. i grupa autora: Interna medicina, Savremena dijagnostika i lečenje, Savremena administracija, Beograd, 415, 1979.
- Linman, J. W.: Hematology, Macmillan, Njujork, 1975.
- Owren, P. A.: Acta Haemat., 36, 147, 1966.
- Ристић, М. и Стефановић, С.: Хематологија, Медицинска књига, Београд-Загреб, 1981.
- Stefanini, M. i Dameshek, W.: Hemorrhagic Disorders, Grune and Stratton, Njujork, 1962.
- Стефановић, С.: Хематологија, Медицинска књига, Београд-Загреб, 744, 1981.
- Стефановић, С. и Баклаја, Р.: Хемостаза и њени поремећаји, Медицинска књига, Београд-Загреб, 26, 1981.
- Стефановић, С. и сар.: Специфична клиничка физиологија, Медицинска књига, Београд-Загреб, 557, 1980.
- Стефановић, С. и сар.: Интерна медицина, Медицинска књига, Београд-Загреб, 725, 1975.
- Вукотић, Д. и сар.: С. А., 85, 147, 1957.
- Wintrobe, M. M.: Clinical Hematology, Lea and Febiger, Filadelfija, 335, 1974.

Драгућин Николић
Грделица



Najpropisivaniji antagonist H_2 receptora u terapiji ulkusa želuca i duodenuma

RANISAN[®]

ranitidin
tablete • ampule

- Efikasno smanjuje želudačnu sekreciju HCl
- Efikasan u prevenciji recidiva duodenalnog i želudačnog ulkusa
- Dobro se podnosi
- Dozira se samo dva puta dnevno po 1 tableta

TERAPIJSKE INDIKACIJE

Tablete

- ulkus želuca i duodenuma
- refluksni ezofagitis
- Zollinger - Ellisonov sindrom
- druga stanja gde je hiperaciditet značajna smetnja za bolesnika

Ampule

- akutna krvarenja iz gornjih delova gastrointestinalnog trakta
- prevencija aspiracionog sindroma kod opšte anestezije

DOZIRANJE I NAČIN PRIMENE

Tablete: RANISAN se dozira 2 puta dnevno po 1 tableta (ujutru i uveče). Terapija traje 4-6 nedelja. Radi prevencije pojave recidiva želudačnog, odnosno duodenalnog ulkusa, terapija se nastavlja dozom održavanja - 1 tableta uveče pred spavanje, do 12 meseci. Kod Zollinger-Ellisonovog sindroma RANISAN se dozira 3 puta po 1 tableta dnevno. Ukoliko je potrebno, doza se može povećati na 4-6 tableta dnevno.

Ampule: I.V. injekcije RANISAN-a se daje 3-4 puta dnevno, lagano u venu, tokom 2-3 minuta. Intravensko davanje injekcije se može ponoviti nakon 6-8 sati. Ukoliko se daje u infuziji, 1 ampula RANISAN-a se daje u toku 2 sata (25 mg/h). Infuzija se može ponoviti za 6-8 h.

PAKOVANJE

Kutija sa 20 tableta od 150 mg
Kutija sa 30 tableta od 300 mg
Kutija sa 5 ampula od 5 ml/50 mg

 **ZDRAVLJICA-Leskovac**

**FARMACEUTSKO
HEMIJSKA
INDUSTRIJA**

НЕСТАБИЛОСТ, ВРТОГЛАВИЦА И НЕСТАБИЛАН ХОД

UNSTABILITY VERTIGO AND UNSTABIL WALK

Владимир МАРКОВИЋ, Секула МИТИЋ, Горан ЛУКОВИЋ
Здравствени центар Лесковац – Оториноларинголошка служба

САЖЕТАК

У раду се износе резултати истраживања узрока нестабилности и нестабилни ход код старих људи. Испитивање извршено код 296 испитаника методом случајног избора на основу субјективних тегоба: главобоље, вртоглавице, потешкоће са спавањем и нервозе; и објективних налаза који показују опште здравствено стање: срчане болести, повишени крвни притисак, смањење периферне циркулације и хронични реуматизам.

Резултати показују да нестабилност и нестабилни ход представља тегобе једне трећине популације преко 65 година. Преко 50% болује од повишеног крвног притиска.

Аутори као закључак износе да је ово озбиљан проблем у геријатрији и да захтева нова истраживања.

SUMMARY

In our labour we explains results of expecting causes of unstability in elder people. We have analysed 296 patients by method of non selective population, with some subjective troubles – head ache, vertigo, troubles with sleeping, and neurosis and objective troubles: diseases of cardiovascular system, high blood pressure, low periferial circulation and chronical rheumatism.

In third part of population elder than 65, we have found unstability, and unstabil walk, 50% have high blood pressure.

As a conclusion authors explains that unstability is a great problem for our population, and demands new investigations.

Увод

Човек одржава равотежу помоћу вестибуларног апарата, вида и дубоког сензибилитета. Најпоузданији начин постављања дијагнозе код нестабилних пацијената је: прецизна анамнеза, физикални преглед и функционална испитивања.

Анамнестички треба сазнати здравствене прилике у којима испитаник живи и које послове је обављао. Не треба заборавити болести попут мигренозних главобоља, ниског и високог крвног притиска, ото-склерозе, вртоглавице, напетости.

Нестабилност као симптом је веома честа, а нарочито код особа у позним годинама.

Кроз ово истраживање обухватили смо само део узрочника који доводе до нестабилности и несигурног хода, они који витално угрожавају конфор живљења особа у годинама.

Циљ рада

Циљ студије је да виталне узрочнике нестабилности и нестабилног хода код старих људи, прика-

жемо кроз различите пресеке у односу на животно доба, пол и место становања.

Метода рада

Истраживање је обављено на методолошки јединствен начин уз помоћ упитника Медицинског факултета у Београду. Анкетиран је сваки дести становник старији од 65 година, одабран методом случајног избора са бирачког списка. Истраживањем је обухваћено укупно 296 испитаника, а од тога је 147 становника града и 149 становника са села. Испитано је становништво из неколико старосинх група.

Резултати истраживања

Приликом овог истраживања испитивали смо субјективне тегобе и то: главобољу, вртоглавицу, потешкоће са спавањем, напетост и нервозу. Осим субјективних тегоба, истраживали смо и обољења која могу имати улогу код нестабилности и нестабилног хода. Обољења која смо ми узели као сигнификантна за ове тегобе, а која одражавају опште здравствено ста-

Табела 1. Старосна структура испитаника у граду

Старосне групе	Мушкарци		Жене	
	No.	%	No.	%
65–69 год.	22	35,0	26	31,0
70–74 год.	24	38,1	30	35,7
75–79 год.	11	17,5	21	25,0
80 и више г.	6	9,5	7	8,3
УКУПНО	63	21,3	84	28,4

Табела 2. Старосна структура испитаника са села

Старосне групе	Мушкарци		Жене	
	No.	%	No.	%
65–69 год.	24	34,8	27	33,8
70–74 год.	19	27,5	22	27,5
75–79 год.	14	20,3	21	26,2
80 и више г.	12	17,4	10	12,5
УКУПНО	69	23,3	80	27,0

Табела 3. Локалне тегобе

добне групе, пол и домицил			О Б Е Л Е Ж Ј А								УКУПНО
			главобоља		вртоглавице		несаница		напетост		
			No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
65-69 г.	м	град	3	13,6	2	9,1	5	22,7	3	13,6	13
		село	9	37,5	11	45,8	6	25,0	12	50,0	38
	ж	град	7	26,9	5	19,2	3	11,5	7	26,9	22
		село	14	51,8	12	44,4	15	55,5	19	70,4	60
70-74 г.	м	град	12	50,0	7	29,2	7	29,2	5	20,8	31
		село	6	31,6	5	26,3	7	36,8	10	52,6	28
	ж	град	9	30,0	7	23,3	8	26,7	5	16,7	29
		село	15	68,2	9	40,9	10	45,4	13	59,1	47
75-79 г.	м	град	1	9,1	1	9,1	1	9,1	0	0	3
		село	5	35,7	3	21,4	7	50,0	9	64,3	24
	ж	град	3	14,3	4	16,0	5	23,8	4	19,0	16
		село	11	52,4	11	52,4	13	61,9	15	71,4	50
80 и више год.	м	град	1	16,7	0	0	0	0	1	16,7	2
		село	5	41,7	5	41,7	3	25,0	5	41,7	18
	ж	град	4	57,1	5	71,4	2	28,6	3	42,8	14
		село	6	60,0	7	70,0	4	40,0	7	70,0	24
ГРАД		м	17	27,0	10	15,9	13	20,6	9	14,3	49
		ж	23	27,4	21	25,0	18	21,4	19	22,7	81
СЕЛО		м	25	36,2	24	34,8	23	33,3	36	52,2	108
		ж	46	57,5	39	48,7	42	52,5	54	67,5	181
УКУПНО		ГРАД	40	27,2	31	21,1	31	21,1	28	19,0	130
		СЕЛО	71	47,6	63	42,3	65	43,6	90	60,4	289

ње су срчана слабост, повишени крвни притисак, сме-тње периферне циркулације и хронични реуматизам.

Да би истраживање било потпуније, из Кричтон скале – оцена функционалних способности, преузели смо питања на одговоре о комуникацији, мириру и спавању.

Што бољу слику о нестабилности и нестабилном ходу у старијем добу, употпуњује и истраживање о чисто функционалним тегобама са ногама и општа активност у последњих годину дана. Резултати истраживања су табеларно приказани.

У табели 3 су представљене локалне тегобе које имају утицаја на нестабилност. Што се тиче главобоље, готово дупло већи број испитаника на селу пати од исте – 71(47,6%) / 40(27,2%). Жене и у граду и у селу чешће се жален на главобоље, једино одступање је у старосној групи града од 70-74 године у којој се 50% мушкараца жали на исте.

Вртоглавица је важна локална тегоба, која је два пута чешћа у селу него у граду – 63(42,3%) / 31(21,1%). Жене чешће пате од вртоглавице, поготову на селу – 39(47,8%). Мушкарци на селу у односу на мушкарце у граду двапут чешће пате од вртоглавице – 24(34,8%) / 10(15,9%).

Како од вртоглавице, тако и са проблемом са спавањем два пута чешће болује сеоска од градске попула-

ције – 65(43,6%) / 31(21,1%). Однос међу половима у граду готово је индентичан – 13(20,6%) мушкараца / 18(21,4%) жена. У селу тај однос је другачији јер жене готово два пута чешће пате од несанице – 42(52,5%) / 23(33,3%).

И на крају ове табеле, представљени су резултати о напетости и нервози, очигледна је разлика у селу и граду. Очекивало би се да су људи у граду напетији и нервозији, али резултати показују да је три пута већи број испитаника на селу – 28 (19,0%) / 90(60,4%). Однос међу половима је приближно једнак.

На табели број 4. су представљени резултати истраживања које смо извршили да би дошли до резултата општег здравственог стања.

У ту сврху испитивали смо срчану слабост за коју се изјаснило 105 испитаника (35,5%), од тога у граду 37 (25,5%) а на селу готово дупло већи број – 68(45,6%). Однос између полова у граду и селу је уједначен, али однос код мушкараца из града и села је 1:2, – 14(22,2%) / 29(42,0%). Интересантно је још споменути да једина разлика код полова је у старској доби од 75-79 година у граду где се само један мушкарац изјаснио да има срчане тегобе, док од истих патњи 10 жена, што је чак 47,6%.

Пре истраживања очекивали смо да проценат оних који ће се изјаснити да имају проблема са висо-

Табела 4. Опште здравствено стање

добне групе, пол и домицил			О Б Е Л Е Ж Ј А								УКУПНО
			срчана слабост		повишени крви притисак		сметње периферне циркулације		хронични реуматизам		
			No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.
65-69 г.	м	град	4	18,2	5	22,7	1	4,5	4	18,2	11
		село	9	37,5	11	45,8	7	29,2	10	41,7	37
	ж	град	5	19,2	16	61,5	4	15,4	5	19,2	30
		село	9	33,3	22	81,5	10	37,0	8	29,6	49
70-74 г.	м	град	6	25,0	14	58,3	2	8,3	3	12,5	25
		село	10	52,6	8	42,1	5	26,3	8	42,1	31
	ж	град	6	20,0	22	73,3	2	6,7	5	16,7	35
		село	11	50,0	12	54,5	7	31,8	8	36,4	38
75-79 г.	м	град	1	9,1	2	18,2	1	9,1	1	9,1	5
		село	4	28,6	5	35,7	4	28,6	2	18,2	15
	ж	град	10	47,6	8	38,1	1	4,7	3	14,3	22
		село	11	52,4	11	52,4	4	19,0	7	33,3	33
80 и више год.	м	град	3	50,0	3	50,0	0	0	1	16,7	7
		село	6	50,0	8	66,7	5	41,7	4	33,3	23
	ж	град	3	42,8	5	71,4	2	28,6	2	28,6	11
		село	8	80,0	7	70,0	2	20,0	4	40,0	21
ГРАД		м	14	22,2	24	38,1	4	6,4	9	14,3	51
		ж	23	27,4	51	60,7	9	10,7	15	17,8	98
СЕЛО		м	29	42,0	32	49,4	21	30,4	24	34,8	106
		ж	39	48,7	52	65,0	23	28,7	27	33,7	181
УКУПНО		ГРАД	37	25,2	75	51,0	13	8,8	24	16,3	149
		СЕЛО	68	45,6	84	56,4	44	29,5	51	34,2	247

ким крвним притиском буде далеко већи од 50%, резултати су нас изненадили, тако да 159(53,7%) испитаника је потврдило да болује од истог. Проценат на селу је нешто већи и износи 56,4%. У граду, готово дупло већи број жена болује од високог крвног притиска у односу на мушкарце – 24(38,1%)/51(60,7%). На селу однос међу половима је далеко умеренији – 32(49,4%)/52 (65,0%). На основу овога можемо рећи, већ познату чињеницу, жене више болују од притиска и то без обзира на место живљења.

Проблеме са периферном циркулацијом има само 19,3% испитаника. на селу више од 3 пута испитаника се изјаснило да има проблеме са периферном циркулацијом у односу на оне које живе у граду – 44(29,5%)/13(8,8%). Интересантан је однос између мушкараца у граду и селу – 4(6,4%)/21(30,4%), што је готово 5 пута већи број у односу на градско становништво. Код жена тај однос је далеко умеренији – 9(10,7%)/23(28,7%). Из табеле се види да по годиштима нема већих разлика.

Као и код периферне циркулације и код реуматизма већи број испитаника болује на селу – 51(34,2%)/24(16,3%). Одос међу половима је уједначен, док однос код мушкараца у селу и граду је 24(34,8%)/9(14,3%), а код жена – 27(33,7%)/15(17,8%). Са бројем година и број испитаника који се жале на реуму,

опада. Овакав однос можемо повезати са гајењем раног поврћа у пластеницима на нашем подручју.

Из Кричтон скале којом оцењујемо функционалне способности за наше истраживање узели смо у обзир комуникацију, спавање и немир. Испитаници су у сва 3 случаја преко 80% одговорили да немају проблеме или да су проблеми повремени. Не постоје значајне разлике ни по месту становања ни по полу, тако да се стиче утисак да је функционална способност у великом степену очувана.

И на крају треба још прокоментарисати два питања а то су „да ли имате било каквих проблема са ногама” и „у последњих годину дана активност је смањена ...”

На прво питање велики број испитаника је одговорило позитивно и то у граду – 41 (65,1%) мушкараца, а – 61(72,4%) жена. На селу тај проценат је већи 57 (82,6%)/75 (93,7%).

На друго питање половина испитаника оба пола у граду се изјаснило да су у последњих годину дана смањене све активности, мушкарци – 32 (58,8%), а жене – 41(48,8%). На селу је то нешто другачије – 34(49,3%) мушкараца се изјаснило да у последњих годину дана је активност смањена за рад, док – 47 (58,7%) жена није било способно за све активности.

Закључак

Нестабилност и нестабили ход мучи једну трећину популације старијих од 65 година у општини Лесковац.

Овом студијом смо покушали да расветлимо сву комплексност проблема нестабилности, уз помоћ локалних тегоба и општих сметњи.

Можемо закључити да локални поремећаји у великом броју погађају житеље и града и села без разлике на пол.

Што се тиче општег здравственог стања изненађује чињеница да у овој старосној групи нешто пре-

ко 50% испитаника болује од крвног притиска. Надамо се да је то резултат побољшања општег здравственог социјалног стања.

Preventivno treba puno raditi na unapređenju radnih uslova jer se veliki broj ispitanika, čak 50% izjasnilo da je opšta aktivnost smanjena u poslednjih godinu dana.

Надамо се да ће нека нова студија још прецизније и свеобухватније, осветлити овај озбиља проблем у геријатрији. Посебно треба проучити вртоглавицу и њене узрочнике код старијих.

Др Владимир Марковић
ул. 1 мај бр. 3, Лесковац

[illegible]

ОЧНЕ ПРОМЕНЕ У РЕУМАТОТИДНОМ АРТРИТИСУ

Марина МАРКОВИЋ

Здравствени центар Лесковац – Офталмолошко одељење

Реуматоидни артритис је хронична, прогресивна запаљењска реуматска болест чији узрок није познат. Захвата меземхино ткиво читавог организма па се убрја у системске болести везивног ткива. Болест је чешћа код жена, а манифестује се претежно на локомоторном апарату. Карактерише се фазама ексацербације и ремисије, а сваки нови атак оставља иреверзибилне промене.

Етиологија и патогенеза

Узрок реуматоидног артритиса није познат. У етиологији болести вероватно учествују бројни чиниоци – инфекцијски агенси, метаболични поремећаји, емоционални стресови, генетички и ендокрини фактори.

Са открићем реуматоидних фактора, тј. антитела против константног дела тешког ланца IgG, постављени су темељи имунопатолошким аспектима реуматоидног артритиса. Реуматоидни фактор налазимо код 60–90% болесника са реуматоидним артритисом – Налаз малих количина комплемената у синовијалној течности, налаз комплекса реуматоидног фактора и комплемената у синовијалним ћелијама и синовијалном ткиву доказује да је имунолошки процес укључен у запаљење код реуматоидног артритиса. Такође је доказано да се реакција антиген–антитело догађа у зглобу. Међутим, није нађен и „прави“ антиген. Једини досад утврђен антиген у зглобу је променени имуноглобулин IgG. Касније је утврђено и антитело које се ствара на тај антиген, а то је реуматоидни фактор.

– Реуматоидни фактор (антиимуноглобулин) са промененим антителом (имуноглобулин) чини имунокомплекс који такође активира комплемент, изазива ефекат каскаде комплемената и низ реакција које доводе до реуматоидног запаљења.

– Из непознатих разлога непрестано се понавља процес који карактерише реуматоидни артритис. Верује се да се у току фагоцитозе из лизозима ослобађају литички лизозимски ензими из распаднутих леукоцита. Ослобођени литички ензими оштећу колаген, базалну мембрану, основне супстанце везивног ткива, изазивају дегранулацију мастоцита, еродирају хрскавицу и стварају гранулационо ткиво (панус).

– Овим механизмом објашњавају се промене у везивном ткиву склере и рожњаче у току реуматоидног артритиса.

Клиничка слика

У већини случајева болест почиње постепено, нејасним и некарактеристичним знаковима. Клиничка слика реуматоидног артритиса може почети афекцијом једног или више зглобова, обично обострано. Нај-

чешће захваћени зглобови су ручни зглобови и зглобови шаке. Промене се јављају и на мишићима и на тетивима. Јутарња укоченост је врло карактеристичан знак болести, а јавља се врло рано.

Ванзглобалне манифестације

Реуматоидни артритис као системска болест везивног ткива захвата и везивно ткиво изван зглобова. Од ванзглобалних манифестација најзначајније су: реуматоидни чворићи на кожи и у везивном ткиву и системски васкулитис. Промене се локализују у кожи, паренхимним органима и на оку.

Промене на очима код реуматоидног артритиса су најчешће: *keratokonjunktivitis sicca*, *episcleritis* и *scleritis*, и *keratitis*.

– *Keratoconjunktivitis sicca* је најчешћа манифестација код оболелих од реуматоидног артритиса (20% случајева). Карактерише се оштећењем сузног филма, смањеном продукцијом суза. Реуматоидни фактор и антинуклеарна антитела налазе се у 80% случајева оболелих од кератокоњуктивитиса. Код већине оболелих откривају се циркулишући имунокомплекси. Дијагноза се поставља прегледом на биомикроскопу уз примену одређених тестова; Schirmer–ов тест, Rose bengal, време пуцања прекомеалног филма (Break up time–BUT) и Лизозимски тест.

– *Episcleritis* се јавља на предњој површини склере и обично је локализован, а ретко може бити дифузан. манифестује се вазодилатацијом и едемом еписклералног ткива, без захватаја саме беоњаче. Настаје на једном или оба ока, чешће код жена. Хистолошка слика одговара реуматоидном чворићу.

– *Scleritis* је озбиљна очна манифестација код реуматоидног артритиса. Може бити предњи и задњи у одосу на локализацију. Предњи се јавља као дифузни и нодуларни (блажи облици) и као тежа форма некротизирајућег склеритиса који може довести и до преформације (*scleromalatio perforans*). У основи обољења лежи *vaskulitis*.

– *Keratitis* се ређе јавља код оболелих од реуматоидног артритиса, али доводи до знатног пада вид. У основи представља целуларни одговор провидне васкуларне строје рожњаче на имуносупстанце које долазе из лимбалних крвних судова.

а) Склерозирајући *keratitis* је локализован у лимбалном пределу, а манифестује се задебљањем замућењем и васкуларизацијом рожњаче.

б) Акутни стромални *keratitis* је озбиљна компликација која може довести до улцерације и перфорације рожњаче.

ц) Кератолиза (*korneal melting*) је прогресивно размекшање строме које доводи до стварања десцеметокеле и перфорације рожњаче.

д) Периферна истањена роњњача („marginal furrowing”) се најчешће уочава уз лимбус према 9^h и 3^h. Цела промена подсећа на контактнo сочиbо налегло на роњњачу.

ДИЈАГНОЗА се поставља у сарадњи реуматолога и офталмолога. У циљу постављања дијагнозе спроводе се хематолошка испитивања, биохемиска, серолошка (реуматоиди фактор, LE-хелије, антинуклеарна антитела и комплемент) и испитивања синовијалне течности (реуматоидни фактор, комплемент).

ЛЕЧЕЊЕ реуматоид артритиса и очних промена захтева тимски рад реуматолога и офталмолога.

Др Марина Марковић
ул. 1. мај бр. 3, Лесковац

ПОВРЕДЕ МЕНИСКУСА КОД СТАРИЈИХ ЛЈУДИ INJURIES OF MENISCUS IN ELDER PEOPLE

Милош СТАНОЈЛОВИЋ

Ортопедска клиника Медицинског факултета у Нишу

САЖЕТАК

Повреде менискуса могу настати и код старијих људи. На основу својих искустава аутори износе своја запажања да клиничка слика код тих болесника не показује карактеристике повреде менискуса. Промене и тегобе у колену не говоре у прилог гонартрозе. Лечење је хируршко. Резултати оперисаних болесника су задовољавајући.

SUMMARY

Injuries of meniscus can be seen in elder people too. According to experiences by themselves, authors explain postulates that clinic observation of that patients don't show characteristics of injuries of meniscus. Changes and troubles in knee are not same like in gonarthrosis. Curing is surgical. Operative results are acceptable.

Повреде менискуса могу настати и код старијих особа. Клиничка слика нема карактеристике за повреду менискуса, а настале тегобе у колену могу се приписати гонартрози. Лечење је хируршко а резултати хируршког лечења на нашој клиници су задовољавајући.

Н. Jaffe (1986) је објавио да се на крају другог месеца ембрија зглоб колена толико развио да се почињу разликовати не само рскавичави делови већ и зачеци менискуса.

Helchen (1976) је утврдио да крвни судови продиру у меникус тамо где су меникуси најинтимније причвршћени за капсулу, а одатле се зракасто шире према телу менискуса. Са годинама живота васкуларне области се смањују тако да се код старих особа крвни судови налазе само, углавном, дуж периферне ивице менискуса.

Сматра се да већ око 30-те године живота исхрана менискуса постаје смањена. Тада, уствари, и почињу да се јављају дегенеративне промене у меникусу. Ротаторни покрети који се нормално код младих људи дешавају између менискуса и тибије, код старих људи због дегенеративних промена у меникусу а који су постали тврди и непокретни ротаторни покрети се дешавају у самом меникусу. Последица таквог рота-

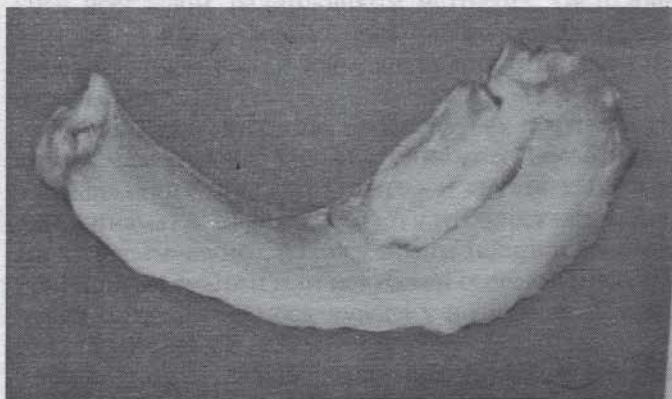
торног кретања је попречно цепање менискуса (слика 1). Трауматске силе код младих људи ће изазвати уздужна цепања менискуса (слика 2).

Попречни расцепи менискуса се јављају већ код људи преко 35 године живота. Траума која је изазвала цепање менискуса је слабог интензитета те јој болесници и не придају велику важност. Често пута болесници се и не сећају када су имали повреду. Код многих болесника такве трауме се приликом прегледа означавају као обично угануће колена.

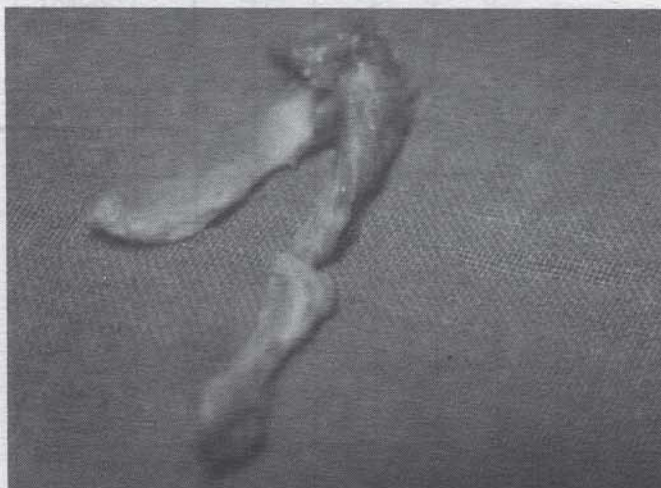
Клиничка слика

Како код старијих људи најчешће долази до попречног цепања медијалног менискуса то повреде менискуса неће изазвати драматичну клиничку слику која се, обично, виђа код младих људи. Клиничка слика код попречног цепања менискуса има више сличности са дегенеративним променама у колену.

Болесници осећају болове на линији зглобне пукотине и то иза медијалног лигамента. Бол има карактеристичну, готово патогномичну особину да се јавља у кревету током ноћи. Овај симптом се објашњава чињеницом да је немогуће окренути се на меканом кревету без флексије и ротације колена. Код спавања губи се заштитна контракција *M. quadricepsa* па се ови



Слика 1.



Слика 2.

покрети дешавају унутар расцепа менискуса или између похабаног менискуса и тибије. Бол који настаје пробуди болесника. Поједини болесници осећају бол на медијалној страни зглобне пукотине и приликом додира другог колена, па и приликом додира постелјине.

Јавља се и осећај нестабилности, несигурности или склоности колена да „попусти“. У ранијој фази попречног цепања горња површина попречно поцепаног менискуса креће се на доњој и то даје осећај нестабилности. Уколико се, пак, са доње површине одвоји делић менискуса у облику језичка тада и мала ротациона кретања могу изазвати осећај нестабилности. Ови симптоми су несални и зависе, свакако, од величине помереног дела менискуса као и од физичке активности болесника.

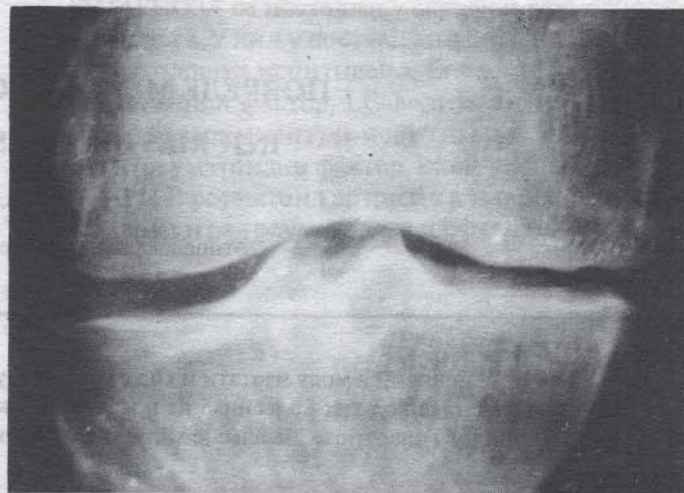
Осетљивост је лоцирана на зглобној пукотини и то иза медијалног лигамента. На овом месту може се запазити и мањи оток који се примећује само пажљивим посматрањем оба колена.

Попречни расцепи менискуса код старих особа карактеришу се и отсуством евидентних повреда, а нема ефузије као ни кочења у колену. Синовијална ефузија, уколико се јави, последица је механичке иритације синовијалне мембране.

Код неких болесника може се запазити лаки губитак екстензије. Она настаје као последица дегенеративних промена у артикуларној рскавици и менискусу. Такве промене доводе до смањења висине зглобног простора па је потребно да само једно мало парче менискуса буде увучено у зглобни простор па да настане мањи губитак екстензије.

Радиолошке промене

Радиолошке промене зависе од степена лезије на менискусу. У најранијој фази рентгенолошке промене су негативне, а касније се запажа смањење висине зглобног простора на медијалној страни (слика 3) колена. У одмаклој фази евидентни су локални налази артрозе. Контрастне артрографије као и артроскопски прегледи нису увек позитивни код попречног цепања менискуса.



Слика 3.

Дискусија и закључак

Унилатерални бол у колену је честа појава код старијих особа. Према неким ауторима хоризонтално цепање менискуса и то, углавном, постериорног сегмента су најчешћи узрочник унутрашњег поремећаја колена код старијих особа. Клиничка слика није карактеристична за повреду менискуса па се настале тегобе у колену код старих људи не смеју побркати са артритисом, а нарочито са остеоартрозом.

На ортопедској клиници у Нишу ове повреде су лечене хируршким путем. После менисектомије настаје брзо враћање функције колена као и губитак тегоба које су болесници имали. Такође, и код болесника са поодмаклим остеоартритичним променама тегобе су се губиле. Сматра се да се менисектомијом уклања једна препрека која је изазвана тврдим менискусом а која је, нарочито, ометала ротаторна кретања у колену.

Употреба ињекција хидрокортизона нема никакв ефекат а индициране су физио-терапеутске процедуре у постоперативном току.

Др Милош Станојевић, ортопед
Дечанска 8, Ниш

НАША ЗАПАЖАЊА У ЛЕЧЕЊУ ОЗЕНЕ

OUR OBSERVATIONS IN TREATMENT OF OZENA

Зоран ПЕТРОВИЋ, Владимир МАРКОВИЋ

Здравствени центар Лесковац Оториноларинголошка служба

САЖЕТАК

Аутори износе на основу десетогодишњег материјала (231178 прегледаних болесника) ОРЛ службе у Лесковцу. Код 2654 или 1,15% болесника нашли су разне облике хроничног ринита са знацима атрофије слузокоже. Од тог броја 9 или 0,34% болесника је имало озену. Седам болесника је оперисано, а два су лечене медикаментозно. На основу резултата лечења аутори дају предност хируршком лечењу.

SUMMARY

During 10 years period authors have observed 231178 patients in Department of ORL in Leskovac. In 2654 patients (1,15%) they have found different shapes of chronic rhinitis with signs of mucosal atrophie. 9 patients or 0,34% have had Ozena. 7 of them were operated and 2 were treated conservatively. By the results authors prefer surgical treatment.

Већ од најстаријих времена описује се у медицини болест носа карактеристична по свом специфичном непријатном мирису. Озена, *rinitis chronica atrofica foetida*, је болест слузокоже носа непознате етиологије и доста ретка.

Етиологија озене је још непозната. Велики број различитих теорија које су досад постављене могу се поделити у две групе: теорије које тврде да је узрочник озене специфични микроорганизам, и оне које одричу бактеријску генезу ове болести.

Патохистолошки супстрат ове болести је дегенерација цилиндричног епитела слузокоже носа и ждрела, где је дегенерација субмукозних пљувачних жлезда и периадритис што доводи до атрофије слузокоже носа, а касније и промене на коштаном стројуреама у носу.

Метода рада

У ОРЛ служби у Лесковцу прегледано је за период од 10 година 231178 болесника. Од овог броја нашли смо код 2654 болесника разне облике хроничног ринита са знацима атрофије слузнице, што је 1,15% од укупног броја. Девет болесника је боловало од озене, што чини 0,34%. По старосној стројуреи озену је имало 5 болесника из 4-те деценије и 4 болесника из 5-те деценије.

У дијагностици озене служили смо се клинички ОРЛ прегледом, радиолошким методама, хистолошким прегледом слузокоже носа, лабораторијским анализама, брисом носа и ждрела и аудиометријским испитивањима.

Клиничку слику ове болести увек прати тријас симптома и знакова: атрофија слузокоже носа и његових коштаных стројуреа, фетор и крусте у носним шупљинама (А. Шерцер, 1965). Уз то болест прати отежано дисање на нос, иако су носни ходници енормно проширени, смањен или изгубљен осећај мириса, понекад крварење из носа, сувоћа у носу, ждрелу и ларинксу и ослабљен слух.

Сходно клиничкој слици терапија озене је медикаментозна или хирушка. Успех медикаментозне терапије је веома краткотрајан. Циљ хирушке терапије

је да се сужавањем јако проширених носних ходника успоставе ваздушни вртлози и да дође до ревитализације атрофичне слузокоже носа и осталих стројуреа у носу.

Резултати рада

На нашем подручју у периоду од 1985–1995. године оперисали смо 7 болесника по методи EYRIES-a имплантирајући субмукозно у зид септума и под носне дупље перфориране акрилне плочице. Методу смо изабрали на основу искуства из литературе, а и због техничке изводљивости на ОРЛ одељењу у Лесковцу. Постооперативно, са временском дистанцом од 4–10 го-

Табела 1. Приказ резултата постоперативног стања пацијената оперисаних од озене по методи EYRIES-a у периоду од 1985–1995. године на ОРЛ одељењу Здравственог центра у Лесковцу

Објективни налаз	Иницијали болесника, пол, старост у моменту операције							Укупно	
	М.Ј. ж. 37 г.	Т.С. ж. 40 г.	С.К. ж. 40 г.	М.К. м. 49 г.	В.Ј. м. 50 г.	О.Н. ж. 52 г.	М.С. м. 57 г.	Бр.	%
Трансплантант прихваћен	+	+	+	+	+	+	+	7	100,0
Смањен смрад и крусте	+	+	+	+	-	+	+	6	85,7
Смањена атрофија слузокоже носа	+	+	-	+	+	-	+	5	71,4
Излечен хронични ларингит	-	-	+	-	+	-	+	3	42,9
Побољшање слуха	+	-	-	+	-	-	-	2	28,6
Легенда: (+) да (-) не									

дина, можемо рећи да су сви трансплантанти солидно примљени. Редовном контролом болесника установили смо да је код свих оперисаних дошло до сужења носних ходника, а нешто касније и до ревитализације атрофичне слузокоже, осим код два пацијента. Фетор као најбитнија сметња за нормалан социјални контакт је искључен код 6 од 7 оперисаних. Слух се побољшао само код два пацијета. на крају морамо подвући да је субјективно побољшање дошло код свих оперисаних тако да можемо бити задовољни досадашњим начином лечења озене.

Закључак

На основу резултата код оперисаних болесика по методи EYRIES-a, иако је узорак мали, можемо зак-

ључити да је примена перфорираних акрилних плочица добар избор за лечење озене на нашим просторима. Сви резултати говоре у прилог оперативног лечења у односу на медикаментозну терапију коју овом приликом нисмо описали јер у нашим условима ије дала задовољавајуће резултате.

Надамо се да ће нека студија на већем узорку потврдити наше опредељење за оперативну терапију по методи FRYIES-a.

Литература

- А. Шерцер, Оториноларингологија I и II, Југословенски лексикографски завод
- З. Крајина, Оториноларингологија и цервикофацијална хирургија, Загреб 1983.

Др Зоран Петровић
Мајора Тепића 3/25, Лесковац

СЕДАМДЕСЕТ ГОДИНА ПОСТОЈАЊА ХИРУРШКЕ СЛУЖБЕ У ЛЕСКОВЦУ (1926–1996) SEVENTY YEARS OF EXISTENCE OF THE DEPARTMENT OF SURGERY IN LESKOVAC (1926–1996)

Нинослав ЗЛАТАНОВИЋ

Здравствени центар Лесковац – Хируршко одељење

САЖЕТАК

Оснивање и почетак рада хируршке службе у Лесковцу се везује за име др Душана Деклеве (1896–1980), специјалисте хирурга који је 12. августа 1926. године дошао из Штипа за шефа Хируршког одељења Среске болнице у Лесковцу и он је неоспорно најзаслужнија особа за развој и углед који је стекла хируршка служба у Лесковцу. На Хируршком одељењу је било десетак постеља и једна операциона сала саграђена још давне 1910. године, годину дана после отварања Среске болнице. Почетком 1929. године напушта Хируршко одељење да би се бавио приватном праксом, па су шефови Хируршког одељења до 1934. године: др Душан Радаковић (1886–1962), др Стојан П. Новковић (1893–?), др Радивоје Спиридоновић и др Владимир Лазаревић.

Године 1934. за шефа Хируршког одељења долази др Јован Кашиковић (1899–1942) који је одмах по доласку оформио посебну собу са 2 кревета за порођај. Оставио је велики траг у Лесковцу, јер је био хирург широке медицинске и опште културе, ерудита, изврстан дијагностичар и ненадмашни оператор.

После његове погибје у ратно време хирурзи Лесковачке болнице су били: др Боријоје В. Тимотијевић (1906–1972), др Сотир Ставридис (1904–1961), др Љубомир Живановић и др Владимир Поповић (1910–?).

С свршетком Другог светског рата Шеф Хируршког одељења до 1951. је био др Владимир Поповић; од краја 1951. године поново др Душан Деклева све до маја 1958. године. Период рада др Душана Деклеве се с правом може назвати „Деклевином ером“ Хируршког одељења у Лесковцу, јер је био неуморан оператор, организатор, човек великог стручног и друштвеног ауторитета, бавећи се целокупном хирургијом и радећи сложене операције из домена дигестивне хирургије. После његовог изненадног смењивања в. д. шеф хируршког одељења до априла 1959. године је др Оскар Киш (1908–1972), а од тада, па до 3. јуна 1982. године др Велибор Теокаревић (1922), изванредан организатор који је поновно реafirмисао хируршку службу. Пресељењем у новосаграђену зграду Болнице 23. новембра 1973. године постелни фонд је повећан на 146 кревета и 2 операционе сале. После прим. др В. Теокаревића од 3. јуна 1982. до своје преране смрти, шеф односно начелник Хируршког одељења је прим. др Димитрије Гавриловић (1925–1982), а од 12. августа 1982. до 1989. године је прим. др Миодраг Павловић (1924). После одласка прим. др М. Павловића у пензију новембра 1989, шеф Хируршког одељења до октобра 1991. је др Ђорђе Цекић (1944). Садашњи шеф Хируршког одељења је прим. др Драгољуб Стаменковић (1935).

SUMMARY

The establishment of the Department of Surgery is connected with the name of Dr. D. Dekleva, specialist general surgeon who came from Štip on 12th August 1926 for a chief surgeon of the Department of Surgery of County Hospital in Leskovac and he is without doubt the most contributive person for the development and the reputation of the Department of Surgery in Leskovac where there were about 10 beds and one operating room built in 1910, a year after the opening of the County Hospital in Leskovac. On the beginning of 1929 he left Department of Surgery, and started with his own private practice. After that the chief surgeons of the Department of Surgery to the year 1934 were: Dr. Dušan Radaković, Dr. Stojan Novaković, Dr. Radivoje Spiridović and Dr. Vladimir Lazarević.

In 1934 the chief surgeon became Dr. Jovan Kašiković (1899–1942) who formed a separated two bed room for births. He was well known in Leskovac, as a surgeon with wide medical and general culture, perfect diagnostist and surgeon.

After he was killed in the war time the surgeons in Leskovac hospital were; Dr. Borivoje Timotijević (1906–1972), Dr. Sotir Stavridis (1904–1961), Dr. Qubomir Živanović and Dr. Vladimir Popović (1910–?).

When World War Two was ended, to the 1951 the chief surgeon of the Department of Surgery was Dr. Vladimir Popović and from the end of 1951 to May 1958 Dr. Dušan Dekleva again. The working period of Dr. Dekleva can be freely named as the „Dekleva's era" of the Department of Surgery in Leskovac, because he was restless surgeon, organiser, the person of high professional and social authority, doing the entire surgery and complicated abdominal operations. After his sudden dismissal to the April 1959 the Chief Surgeon of the Department of Surgery was Dr. Oskar Kiš, and after him to the June 1982 Dr. Velibor Teokarević, a perfect organiser who again reaffirmed the Department of Surgery. Moving to the new hospital building in 1973, the Department of Surgery obtained 146 beds and two operating room. After Prim. Dr. V. Teokarević for a short time because of his sudden death the Chief Surgeon Dr. Dimitrije Gavrilović (1925–1982), and from 12th August to 1982 to 1989 Prim. Dr. Miodrag Pavlović (1924). When he retired, the Chief Surgeon was Dr. Đorđe Cekić (1944) and from Oct. 1991 to this day Prim. Dr. Dragoqub Stamenković (1935).

Године 1996. Хируршко одељење Здравственог центра у Лесковцу слави редак јубилеј – 70 година свога постојања, па нам је то био повод да на основу доступних података покушамо да реконструишемо историјски развој хируршке службе од 1926. године до данас. Прикупљање података о раду и развоју хируршке службе је било тешко и мукотрпно, али смо захваљујући љубазности чланова породица и пријатеља наших претходника успели да остваримо овај кратки приказ.

Градњом Среске болнице у Лесковцу и њеним свечаним отварањем 1. новембра 1909. године са првим управником др Тодором Миленковићем (1876–1913), Лесковчаном и бечким ђаком, показала се нужна и објективна потреба за оснивањем хируршке службе. Услови за оснивање хируршке службе је било, јер је комисија Министарства унутрашњих дела – Санитетско одељење Краљевине Србије примивши болничку зграду на употребу 29. јуна 1909. године наредила да се

једна соба преуреди у операциону салу уклањањем патоса и бетонирањем пода са бојењем зидова у браон.

Наредне, 1910. године опремљена је операциона сала нужним инструментаријумом марке „Ferland-Tip“, али су оснивање хирушке службе спречили Балкански и Први светски рат (1,2). После Првог светског рата поновно је актуелизована потреба за оснивањем хирушке службе, али је то делимично реализовано тек 1921. године доласком др Душана Радаковића (1886–1962), рођеног у Богатићу, који тада није био хирург, већ лекар опште праксе са курсом из опште хирургије. Др Душа Радаковић је био приучени хирург са праксом коју је стекао током Првог светског рата у хируршком одељењу пуковске Војне болнице. Међутим, октобра 1924. године Министарство народног здравља Краљевине СХС у Београду му је одобрило назив Лекара–хирурга (3). Амбулантно је радио тзв. малу хирургију: ушивање рана, отклањање кожних тумора, намештање прелома екстремитета, апендектомије и покоју херниотомиију, док је теже случајеве слао Хируршком одељењу Државне болнице у Нишу, где је у то време постојао специјалиста хирург (1).

Због тога се прави почетак и оснивање Хирушког одељења везује за име др Душана Деклева (1896–1980), специјалисте хирурга који је 12. августа 1926. године дошао из Штипа са места управника болнице и шефа Хирушког одељења за шефа Хирушког одељења Среске болнице у Лесковцу. Др Д. Деклева је неоспорно најзаслужнија особа за развој и углед који је стекла хирушка служба у Лесковцу (1).

Рођен је 1896. године у Випави, по националности Словенац. Гимназију је завршио у Крању, а медицину

студирао у Грацу, Бечу и Прагу где је и промовисан за доктора медицине 1921. године. Општу хирургију је специјализовао у Марибору, Бечу и Риму од 1921–1924. године.

Хирушку каријеру је започео у Марибору као ученик и сарадник прим. др Мирка Чернича, једног од првака словеначке хирургије. Из Марибора је одлуком Министарства народног здравља премештен за Штип, одакле је и дошао у Лесковац на место шефа Хирушког одељења као први хирург–специјалиста Среске болнице у Лесковцу (1,4).

Др Душан Деклева је затекао десетак постеља и једну операциону салу. Проширио је репертоар операционих захвата радећи и малу и велику хирургију, бавећи се и ортопедијом, урологијом као и неуротраумом. Почетком 1929. године напустио место шефа Хирушког одељења да би се бавио приватном праксом у новосаграђеном Санаторијуму за лечење унутрашњих, хируршких и женских болести преко пута садашњег Дечјег диспанзера (зграда Музичке школе) заједно са тадашњим лекаром опште праксе и потоњим познатим књижевником др Жаком Конфином (1892–1975), па хируршку службу од 1. марта–31. децембра 1929. године поново води др Душан Радаковић (1). Среска болница у Лесковцу после 6. јануара 1929. године добија статус Бановинске болнице Краљевине Југославије и 18. августа 1929. године за хирурга Бановинске болнице, а од 1. јануара 1930. године и шефа Хирушког одељења је постављен др Стојан П. Новаковић (1893–?), рођен у Кушиљеву, Крагујевац. Медицински факултет је завршио у Прагу као и специјализацију из опште Хирургије 1927. године. У литератури је нађен податак да је 1968. године био примаријус



Др Душан Радаковић



Прим. др Душан Деклева



Др Јован Кашиковић

П Дома здравља, Палилула, Београд. Др С. П. Новаковић је саградио и опремио нову операциону салу 1930. године, али после извесног времена одлази за шефа Хирушког одељења Државне болнице у Нишу (1,4).

У времену од 1930. до 1934. године хирушку службу воде извршни и одлични хирурзи: др Радивоје Спиридоновић и др Владимир Лазаревић. У том периоду Бановинска болница у Лесковцу је имала и по два хирурга (1).

Године 1934. долази из Бања Луке др Јован Кашиковић (1899–1942) за шефа Хирушког одељења све до 18. децембра 1942. година када је убијен од стране партизана (и дан–данас се не зна зашто) на мосту ка Власотинцу журећи да обави порођај над женом др Данила Стојиљковића, тадашњег лекара опште праксе и каснијег интернисте у Лесковцу (5,6).

Др Јован Кашиковић је рођен 31. јула 1899. године у Мостару (тадашња Аустро–Угарска). медицински факултет и специјализацију из опште хирургије завршио у Бечу и поред хирургије бавио се и гинекологијом и акушерством, па се сматра зачетником ове службе у Лесковцу (10). Одмах по доласку оформио је посебну собу са 1–2 кревета за порођај, а на хирушком одељењу су лежале труднице које су одржавале трудноћу (1,10). Др Ј. Кашиковић је унапредио хирургију, проширио репертоар операционих захвата радећи ресекције желуца по Billroth–у, холецистектомије, струмектомије, операције на дебелом прећу као и гинеколошко–акушерске операције (епизијотомије, окрете, екстракције плода и царски рез) (10). По речима својих савременика био је хирург широке медицинске и оп-

ште културе, ерудита, изврстан дијагностичар и не-надмашни оператор (5,10).

После погибије др Јована Кашиковића за шефа Хирушког одељења Лесковачке болнице је постављен хирург из Ниша др Боривоје В. Тимотијевић (1906–1972), рођен у Крагујевцу. Медицински факултет је завршио у Београду 1931, а специјализацију 1937. године такође у Београду. Године 1968. био је шеф хирушке амбуланте Дома здравља „Стари Град“, Београд (1,4, 10).

У то ратно време у лесковачкој болници је радио и др Сотир Ставридис (1904–1961), потоњи ванредни професор хирургије Медицинског факултета у Скопју, који је збрињавао преживеле жртве бугарског терора у Бојнику 17. фебруара 1942. године (1,6).

После др Б. В. Тимотијевића Хирушко одељење воде др Љубомир Живановић, војни хирург, стрељан од партизана 1944. године (не зна се због чега) и приучени хирург др Владимир Поповић, војни лекар (1).

По завршетку Другог светског рата дошло је до обнављања болнице у Лесковцу са статусом Окружне болнице и за шефа Хирушког одељења је постављен др Владимир Поповић (1910 или 1912–?), некадашњи војни лекар и приучени хирург. Хирушко одељење је имало 50 постеља са једном операционом салом; са-дашња зграда неуропсихијатријског одељења. На операционом програму су биле махом „хладне“ апендектомије и хернијотомије. Поред ових операција др В. Поповић је радио спорадиично и струмектомије, мастектомије и једну трепанацију због импресивне фрактуре лобање, али се није упуштао у сложене операције јер није имао спрему специјалисте хирурга. За шефа Хирушког одељења је остао све до маја 1951. године када одлази за Прокупље. У овом периоду је урадио 1948. 829, 1949. 771, 1950. 742 и 1951. године 516 операционих захвата. Бројке, наравно импресионирају, када се има у виду да је тада био једини оператор, али се мора рећи да су у операционом протоколу уписиване и све „мале“ хирушке интервенције као и ортопедске репозиције прелома и ишчашења са гипсом имобилизацијом (7).

Одласком др В. Поповића, Хирушко одељење воде гинеколози–акушери: др Оскар Киш и др Ружица Михајловић све до новембра 1951. када је за шефа Хирушког одељења поново постављен др Душан Деклева, који је претходно био шеф Хирушког одељења у Иванграду (Беране). Период рада др Д. Деклеве се с



Особље Хирушког одељења Болнице у Лесковцу,

1953. године

правом може назвати „ДЕКЛЕВИНОМ ЕРОМ“ Хируршког одељења у Лесковцу (7).

Био је велики радник, неуморан оператор, професионалац, изврстан хирург, организатор, човек великог стручног и друштвеног ауторитета, годинама једини приправан хирург са многобројним иновацијама у операционој техници. Као и пре Другог светског рата бавио се целокупном хирургијом; ортопедијом, урологијом, гинекологијом и неуротраумом, радећи и сложене операције из домена дигестивне хирургије: ресекције желуца, холецистектомије, ампутације ректума по Kraske-у, десне хемиколектомије, марсупијелизацију код ехинокока јетре, холецистектомије, марсупијелизацију код ехинокока јетре, холедоходуоденостомозе код карцинома панкреаса и то на високом стручном нивоу за ондашње време – време старске анестезије, недовољне или никакве преоперационе припреме, са суженим могућностима антимикробне терапије и непознавања терапије течностима и електролитима (7,8,9).

Присуствовао је бројним састанцима Хируршке секције СЈД, често и као активни учесник-дискутант или један од референата, па је 1957. године први у Лесковачкој болници добио највише друштвено-стручно признање за специјалисте ван универзитетске наставе – примаријус.

Уз прим. др Душана Деклеве хирурушко знање и умеће су стицали и његови ученици: др Велибор Теокаревић, др Недељко Кантрга (1923), др Никола Деклева, његов син и др Димитрије Гавриловић, јер је био несебичан учитељ, увек спреман да доприноси и помогне тамо где је одлука оператора била деликатна. И поред ових великих успеха и признања, прим. др Д. Деклева је изненадно смењен за места шефа хируршког одељења маја 1958. године, па је за в.д. шефа Хируршког одељења постављен шеф Гинеколошко-акушерског одељења др Оскар Киш (1908–1972).

Др Оскар Киш је рођен 1908. године у новом Саду. Медицински факултет је завршио 1931, а специјализацију гинекологије и акушерства у Будимпешти и Загребу код проф. др Фрање Дурста, члана ЈАЗУ (сада ХАЗУ) (4,10). Поред гинекологије бавио се и хирургијом, јер је хируршку вештину стекао у оквиру специјалистичког стажа из опште хирургије код проф. др Јулија Будисављевића (1882–1981) предстојника Хируршке клинике у Загребу и у Другом светском рату као војни хирург на Источној fronti (3,9,10). После рата, 8. априла 1947. године долази у Лесковац за шефа Гинеколошко-акушерског одељења Окружне болнице у Лесковцу и остаје све до своје смрти 1972. године (10). Наравно, опсег операционог рада др О. Киша је био мањи од непревазиђеног прим. др Д. Деклеве, али се мора споменути да је радио апендектомије, херниотомије, мастектомије, струмектомије, сутуре перфорисаног гастродуоденалног улкуса, илеусе, чак и неколико ресекција по Billroth-у (7). Са више од 15 стручних радова у домаћим и страним часописима, први објављен још 1936. у Лијечничком вјеснику бр. 7, добија 1961. године звање примаријуса (4,10).

Био је изванредан оператор, перфектне операционе технике, ралан, велики организатор са задивљујућом тачношћу као и славни Имануел Кант по коме се могао навити сат (3,9). Др Оскар Киш је на месту в.д. шефа Хируршког одељења остао до априла 1959. годи-



Прим. др Велибор Теокаревић

не када се са специјализације опште хирургије вратио из Београда, први Лесковчанин хирург др Велибор Теокаревић (1922), па је одмах постављен за шефа Хируршког одељења, оставши на челу хируршке службе до 3. јуна 1982. године, безмало четврт века (3,9,11).

Др Велибор Теокаревић је рођен 1922. године у Лесковцу. Медицински факултет завршио је у Београду 1951, а специјализацију такође у Београду 1959. године. Примаријус од 1969, а емеритус 1987. године. У време његовог доласка за шефа, на Хируршком одељењу су радили следећи лекари-специјализанти: др Никола Деклева (1926), др Димитрије Гавриловић (1925–1982), др Миодраг Павловић (1924) и др Владимир Нагорни (1929) који је наредне 1960. године постао специјалиста за ортопедску хирургију и трауматологију, а одласком из Лесковца 1969. године постаје осамдесетих година редовни професор ортопедије на Медицинском факултету у Нишу (9, 10). Убрзо из Лесковца одлази и син прим. др Д. Деклеве, др Никола Деклева за Београд, па на Хируршко одељење 1960. године долази на специјализацију опште хирургије др Добрила Тасић (1929–1994), а већ следеће године др Вукадин Ристић (1930), специјализант са највећим бројем урађених операција 3105 и 1034 асистенција, потоњи примаријус, дугогодишњи председник Подружнице СЈД у Лесковцу, члан управног одбора Хируршке секције СЈД (1983–89) и организатор VIII научног састанка хирурга Србије 1983. године. Исте, крајем 1961. године на специјализацију опште хирургије долази и др Миодраг Бонић (1930), садашњи примаријус, др сци. мед. начелник хируршког одељења Хируршке клинике

Медицинског факултета у Нишу. Емеритус од марта 1995. године.

Око др В. Теокаревића, иначе изванредног организатора и храброг хирурга, окупила се група младих и вредних лекара са жељом да испеку тежак занат хирурга у унутрашњости. После неоспорног ауторитета прим. др Душана Деклеве и стално лебдеће његове сенке, требало је поновно реafirмисати хируршку службу, што је др В. Теокаревић са великим успехом урадио. Већ 1962. године са одличном положеним специјалистичким испитом из опште хирургије враћа се из Београда најталентованији ученик прим. др Д. Деклеве др Димитрије Гавриловић (1925–1982), хирург великог радног капацитета, неуморан оператор, изврстан човек који се другарски и покровитељски односи са млађим колегама (3, 4, 9).

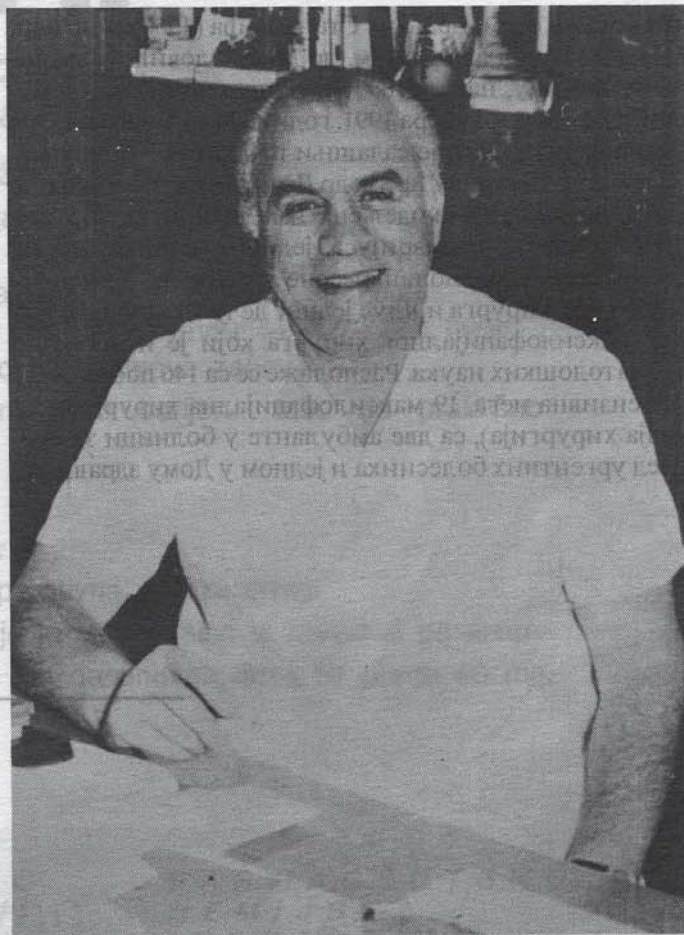
Следеће 1963. године са положеним специјалистичким испитом из опште хирургије долази др Миодраг Павловић (1924), који раме уз раме са др Д. Гавриловићем помаже др В. Теокаревићу у тешком послу хирурга. Њиховим доласком набавља се нова опрема за операциону салу, повећава се постелни фонд на 80 кревета иселењем Медицинске школе (1967) из просторија преко пута зграде Хируршког одељења, проширује се репертоар операционих захвата са повећањем броја сложених операција које онемогућују одлив болесника у веће хируршке центре. Исте године, Хируршко одељење у Лесковцу добија новог, четвртог специјалисту опште хирургије др Миодрага Бонића који 1970. године напушта одељење и одлази у Ниш у жељи за новим спознајама у хирургији (3,8,9).

Седамдесете године су године издвајања и урологије из опште хирургије у Лесковцу, јер 1971. са специјализације урологије у Београду долази блистави ђак Академика Саве Петковића (1910–1992) др Слободан Стојановић (1937), Лесковчанин, садашњи примаријус, начелник Уролошког одељења и 1980. године оснивач Нефрологије са Хемодијализом. Две године касније на Хируршко одељење у Лесковцу долази први специјалиста анестезиологије и реанимације др Зорица Николић–Станимировић (1937), која је специјалистичку едукацију стекла код познатог професора анестезиологије др Предрага Лалевића, а то значи велики квалитативни скок, јер је неповратно престала пракса вођења опште ендотрахеалне анестезије од стране анестезијских техничара што је омогућило приступ сложенијим и компликованијим интервенцијама. Њен долазак се поклапа са пресељењем у ново-саграђену зграду Болнице 23. новембра 1973. године и повећањем постелног фонда на 146 кревета и 2 операционе сале. Поред тога у оквиру Хируршког одељења је формирана интензивна нега са 11 болесничких кревета. Тих седамдесетих година је време кадровског јачања хируршке службе, јер долазе нови специјализанти; др Драгољуб Стаменковић (1935), специјалиста од 1974. и садашњи начелник Хируршког одељења, др Мирослав Стојиљковић (1942), специјалиста 1976, а садашњи ванредни професор хирургије Медицинског факултета у Нишу, др Светозар Аврамовић (1940), специјалиста 1976, др Ђорђе Цекић (1944), специјалиста 1977. са шестомесечном едукацијом из васкуларне хирургије 1986. године, др Иван Пешић (1947), специјалиста 1980, а 1993. год. специјалиста билиопанкреасне хирургије, др Петар Димитријевић (1947), специјалиста

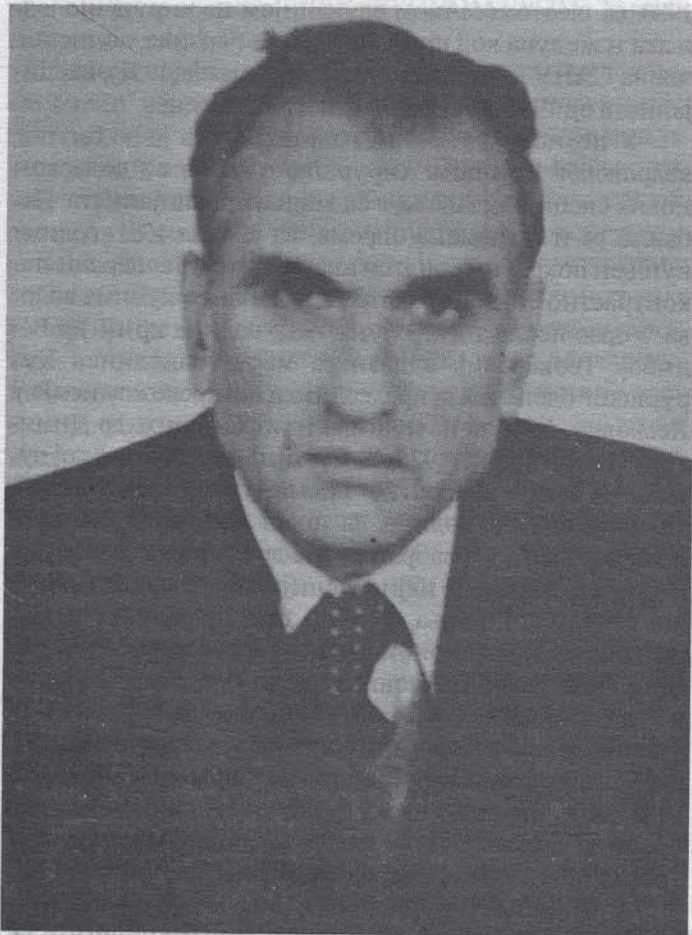
1980. са шестомесечном едукацијом из хирургије једњака и желуца код проф. др Зорана Герзића, дописног члана САНУ и др Драгослав Игњатовић (1951), специјалиста од 1981, а мр сци. меди. 1990. године.

У периоду 1982–1984. године дошло је до битног кадровског појачања хируршке службе са доласком нових специјализаната, а садашњих специјалиста. Набавља се и савремена опрема, па је тада 1981. године купљен покретни рендген апарат за интраоперационо контрастно снимање екстрахепатичних жучних водова. Убрзо после тога, 3. јуна 1982. године прим. др Вељко Теокаревић одлази са места начелника Хируршког одељења за председника лекарске комисије у Лесковцу, па је за начелника изабран прим. др Димитрије Гавриловић (1925–1982) који нажалост на тој дужности остаје прекарто преминувши изненада већ 12. августа 1982. године. За новог начелника Хируршког одељења је изабран прим. др Миодраг Павловић (1924), најстарији и најискуснији хирург, човек великог теоретског знања, са пуно такта у раду и добром, школском операционом техником. За време руковођења прим. др М. Павловића отварају се максиларно-фацијални одсек на челу са др Драгољубом Ђосићем (1944), учеником професора А. Пашчевића и Карапанчића и одсек васкуларне хирургије са др Ђорђем Цекићем који је своје знање из васкуларне хирургије стекао код проф. др Вељка Ђукића, па је 19. новембра 1987. год. урађен први аортофеморални by-pass.

У то време Хируршко одељење је обогачено у кадровима, па добија неурохирурга, дечјег хирурга, пластичног хирурга др Љиљану Миленковић (1956–1991) прерано преминулу и још једног максиларно-фацијалног



Прим. др Димитрије Гавриловић



Прим. др Миодраг Павловић

хирурга др стом. Драгана Станковића (1960) и мр сци. стом. После одласка прим. др М. Павловића у заслужену пензију, начелник Хируршког одељења од новембра 1989. до октобра 1991. године је др Ђорђе Цекић, а од новембра 1991. је садашњи начелник Хируршког одељења у Лесковцу прим. др Драгољуб Стаменковић.

Сада Хируршко одељење има 20 општих хирурга од тога једног примаријуса, једног магистра, једног специјалисту билиопанкреасне хирургије, једног васкуларног хирурга и плус једног дечјег хирурга и једног максиларно-фацијалног хирурга који је и магистар стоматолошких наука. Располаже се са 146 постеља (11 интензивна нега, 19 максиларно-фацијална хирургија, 12 дечја хирургија), са две амбуланте у болници за преглед ургентних болесника и једном у Дому здравља.

Протекли период 70 година развоја хируршке службе са вршним хирурзима који су дали непроцењив допринос и садашњим, њиховим наследницима уз савремену опрему, омогућиће даљи напредак хирургије у циљу унапређења здравља људи.

Захвалност

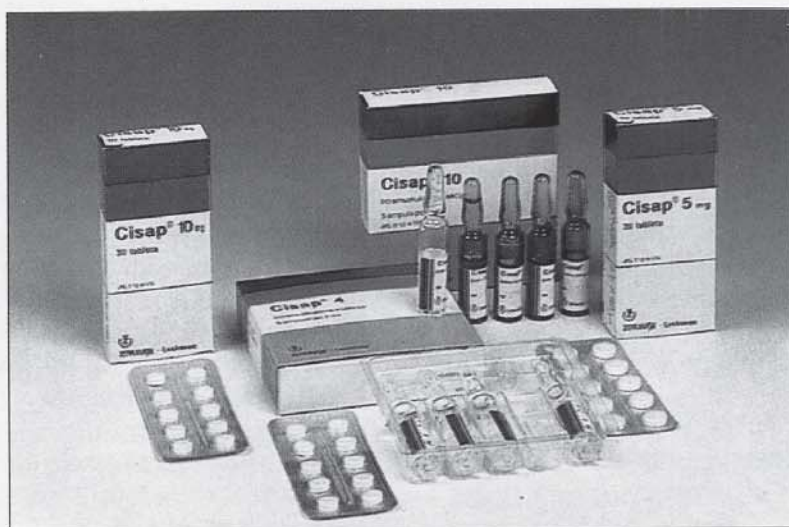
Захваљујем се свим мојим драгим и уваженим саговорницима који су имали жеље и стрпљења да ми кроз дуге и отворене разговоре дају многе занимљиве податке, а посебно прим. др Томиславу Стојичићу, начелнику Гинеколошко-акушерског одељења и др Милану Т. Стојичићу, моме пријатељу, специјализантну-волонтеру пластичне хирургије, за допуну животописа прим. др Оскара Киша, у време задњег редиговања овог текста у ноћи 28/29. октобра 1995. године, јер без тих података, остала би велика празнина у овоме тексту.

Велико хвала и прим. др Вукадину Ристићу, главном и одговорном уреднику часописа „APOLLINEM MEDICUM ET AESCULAPIUM“, моме уваженом старијем колеги на многим корисним сугестијама, бризи око уређења рукописа и жељи за његовим што промислијим предавањем у руке наше медицинске јавности.

Литература

- (1) Грађа Историјског архива у Лесковцу коју је прикупио виши архивист Зоран Цекић.
- (2) ВЕЉКОВИЋ В.: РАЗВОЈ ЗДРАВСТВА У ЛЕСКОВЦУ, Медицински центар, Лесковац, 1982 (без пагинације).
- (3) Разговор са прим. др Вукадином Ристићем 15.10.1995.
- (4) КО ЈЕ КО У ЈУГОСЛАВИЈИ, И ЛЕКАРИ, Савез лекарских друштава Југославије, Београд, 1968, стр. 135-98.
- (5) Разговор са др Живојином Поповићем (1909), спец. инфектолог, бивши дугогодишњи управник Окружне болнице у Лесковцу 06.10.1995.
- (6) Перовић М.: ЛЕСКОВЦ У РАТУ И РЕВОЛУЦИЈИ, „4 јул“, Београд, 1968, стр. 255, 400.
- (7) Операциони протоколи Хируршког одељења у Лесковцу од 1947. године до данас.
- (8) Разговор са прим. др Велибором Теокаревићем 14.10.1995.
- (9) Разговор са прим. др Драгомиром Марковићем (1930), спец. неуропсихијатар, директор Здравственог центра у Лесковцу 19.10.1995.
- (10) Стојичић Т.: Акушерско одељење у Лесковцу, Архив за историју здравствене културе Србије, Београд, 1973 година II, свеска 2, стр. 51-54.
- (11) Стојиљковић Д.: Развој Лесковачке болнице од Другог светског рата до данас, Архив за историју здравствене културе Србије, Београд, 1973, година II, свеска 2, стр. 55-61.

др Нинослав Златановић (1954), спец. хирург (1987),
16000 Лесковац, Бојничка 2.



Selektivni holinomimetik izvanredno dobro ispitan
i prihvaćen širom sveta, sada i kod nas

CISAP[®]

cisaprid
tablete, ampule

CISAP[®] povećava motilitet čitavom dužinom GIT-a

CISAP[®] efikasno otklanja postprandijalne tegobe (podrigivanje, gorušica, nadutost)

CISAP[®] kod bolesnika sa simptomima refluksa udruženih sa hijatus hernijom i/ili ezofagitisom značajno smanjuje regurgitaciju danju i noću

CISAP[®] se može koristiti i u terapiji pojedinih tipova zatvora

CISAP[®] slabo prolazi kroz hematoencefalnu barijeru, tako da praktično nema centralnih dejstava

INDIKACIJE

Tablete:

- Refluksni 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

 **ZDRAVLJE-Leskovac**

**FARMACEUTSKO
HEMIJSKA
INDUSTRIJA**

БОРИС ЗАГОРИЧНИК (уредник):

ПРОКТОЛОШКА ХИРУРГИЈА

Медицински факултет, Нови Сад 1992, стр. 105; 67 слика.

Почетком марта 1992. године појавила се у продаји монографија „Проктолошка хирургија” под уредништвом др сци. Бориса Загоричника, доцента Медицинског факултета у Новом Саду и групе аутора са Института за хирургију из Новог Сада. Ово је једна од ретких књига у домаћој литератури која свеобухватно приказује комплексни проблем клиничке и оперативне хирургије аналне регије. Књига је плод десетогодишњег искуства аутора у проктолошкој хирургији и представља немерљив допринос стручној едукацији специјализаната, млађих хирурга и свих оних који се баве проблемом аналне регије. Приказано је мноштво савремених метода лечења, како конзервативних, тако и оперативних.

Књига је подељена у два дела; општи и специјални део. У општем делу, у првом уводном поглављу дају се основне, али исцрпне информације о организацији и опремљености проктолошке амбуланте у оквиру хирушког одељења, о проктолошком прегледу, вођењу медицинске документације и оно што је најважније за хирурга – хирушка анатомија аналног канала, са посебним акцентом на улогу горње омче *m.*

sphincter externus–а, односно доњег лука *m. puborectalis* који је одговоран за континенцију и чије пресецање у току хирушког захвата доводи до тешке компликације – аналне инконтиненције.

У специјалном делу у оквиру посебних поглавља дата је клиничка и оперативна хирургија аналног криптитиса са папилитисом, парааналног апсцеса и фисуре, фистуле, хемороидалне и пилоидалне болести као и периааналних кондилома. Вредност специјалног дела је у исцрпном приказу хирушке оперативне технике са одличним илустрацијама најважнијих делова оперативног акта. Илустрације верно следе текст из књиге и омогућују боље разумевање текста из ове монографије.

У поглављу о хемороидалној болести дат је савремени приказ етиологије настајања хемороида теоријом клизања аналног покрива који је седамедесетих година овога столећа инаугурисао Thomson и она је најшире прихваћена у свету.

Сматрамо да ће ова књига одговорити својој намени и бољем упознавању хирурга и других лекара са сложеним проблемима хирушког лечења аналне регије.

Др Нинослав Златановић, хирург

Др Предраг Ивановић, хирург

ПЕНЗИОНИСАНИ ЧЛАНОВИ ПОДРУЖНИЦЕ СРПСКОГ ЛЕКАРСКОГ ДРУШТВА У ЛЕСКОВЦУ

– 1992. година –

– Др Сава Миловановић, лекар специјалиста гинеколог, шеф Одељења за жељену и планирану породицу. Рођен је 2. јануара 1927. године у Газдару. Медицински факултет је завршио у Београду, 1959. године. Члан је СЛД Подружнице у Лесковцу од 1960. године. Пензионисан је 2. јануара 1992. године.

– Проф. др сци мед Бојан Вановски, лекар специјалиста гастроентеролог, саветник специјалиста за рад на Итером одељењу са изотопском лабораторијом. Рођен је 25. јануара 1927. године у Титовом Велесу. Медицински факултет је завршио у Загребу, 1952. године. Докторску дисертацију одбранио је на Медицинском факултету у Скопљу, 1987. године. Активно је радио у Подружници СЛД у Лесковцу. Пензионисан је 25. јануара 1992. године.

– Др Чедормир Илић, лекар на Интерном одељењу ОЈ Болница. Рођен је 27. октобра 1939. године. Медицински факултет је завршио у Скопљу, 1968. године. Инвалидску пензију користи од 25. маја 1992. године. Члан Подружнице СЛД у Лесковцу био је од 1969. године.

– Прим. др Томислав Цветковић, лекар специјалиста неуропсихијатар, шеф Диспанзера за ментално здравље ОЈ Болница. Рођен је у Лесковцу 1933. године. Медицински факултет је завршио у Скопљу, 1966. године. Стручно звање примаријус стекао је 1986. године. Члан СЛД Подружнице у Лесковцу је од 1967. године. У инвалидску пензију И категорија отишао је 10. јула 1992. године. Умро.

– Др Ратко Поповић, саветник ОЈ Болница и специјалиста из инфективних болести. Рођен је у Власотинцу, 7. јануара 1927. године. Медицински факултет је завршио у Београду 1961. године. Члан Подружнице СЛД у Лесковцу је од 1966. године. Пензионисан је 1. фебруара 1992. године.

– Др Светислав Ристић, лекар специјалиста интерне медицине, у ОЈ Болница. Рођен је у Печењевцу 1948. године. Медицински факултет завршио је у Нишу, 1974. године. Члан Подружнице СЛД у Лесковцу био је од 1977. године. Умро је 15. априла 1992. године.

– Прим. др Александар Стопић, специјалиста медицине рада. Рођен је у Тулару 1930. године. Медицински факултет је завршио у Београду, 1962. године. Стручно звање примаријус стекао је 1987. године. Био је члан Извршног одбора Подружнице СЛД у Лесковцу и активан члан Подружнице од 1962. године. Умро је 20. децембра 1992. године.

– 1993. година –

– Др Лепосава Богдановска Стефановић, рођена је у Титовом Велесу 1953. године. Медицински факултет је завршила у Нишу 1979. године. Као доктор опште медицине радила је у здравственој станици број 4. Ин-

валидску пензију И категорије користи од марта 1993. године.

– Др Никола Николић, доктор опште медицине и саветник Здравственог центра у Лесковцу, Огранка основне здравствене заштите. Рођен је у Лесковцу, 1928. године. Медицински факултет је завршио у Скопљу, 1962. године. Члан Подружнице СЛД у Лесковцу је од 1970. године. Пензионисан је 11. октобра 1993. године.

– Др Илија Крстић, стоматолог стоматолошке протетике Огранка стоматолошке заштите у Лесковцу. Рођен је у Лесковцу, 1929. године. Стоматолошки факултет је завршио у Београду, а члан Подружнице СЛД у Лесковцу је од 1986. године. Пензионисан је 11. јуна 1993. године.

– Др Милутин Пејић, специјалиста медицине рада и саветник у Диспанзеру опште медицине Огранка основне здравствене заштите у Лесковцу. Рођен је у Црном Врху, 1928. године. Члан Подружнице СЛД у Лесковцу је од 1963. године. Пензионисан је 21. августа 1993. године.

– Прим. др Живојин Петровић, лекар специјалиста трансфузиолог, начелник Одељења трансфузије ОЈ Болница. Рођен је 4. фебруара 1928. године. Медицински факултет је завршио у Београду 1957. године. Стручно звање примаријус стекао је 1986. године. Активан члан Подружнице СЛД у Лесковцу је од 1962. године. Пензионисан је 4. фебруара 1993. године.

– Др Ђура Димитријевић, лекар специјалиста ортопед и саветник ОЈ Болница. Рођен је 26. априла 1928. године у Горњем Синковцу. Медицински факултет је завршио у Београду 1957. године. Члан Подружнице СЛД у Лесковцу био је од 1957. године. Пензионисан је 26. априла 1993. године.

– 1994. година –

– Др Љиљана Здравковић, лекар специјалиста опште хирургије Дома здравља у Лесковцу. Рођена је 19. септембра 1932. године у Београду. Медицински факултет је завршила у Београду 1974. године. Члан СЛД Подружнице у Лесковцу је од 1984. године. Пензионисана је 10. септембра 1994. године.

– Прим. др Станоје Пејић, лекар специјалиста опште медицине, руководиоца Службе опште медицине. Рођен је у Црном Врху, 1929. године. Медицински факултет је завршио у Београду, 1962. године, а стручно звање примаријус стекао је 1994. године. Члан Подружнице СЛД у Лесковцу је од 1962. године. Био је председник Актива лекара опште медицине. Пензионисан је 4. новембра 1994. године.

– Прим. др Симка Краинчанић Костић, специјалиста за кожные и венеричне болести, начелник Дерматовенеролошке службе Огранка основне здравствене заштите у Лесковцу. Рођена је у Власотинцу, 1929. године. Медицински факултет је завршила у Београду, 1958. године. Стручно звање примаријус стекла је

1988. године. Активан члан Подружнице СЛД у Лесковцу је од 1958. године. Пензионисана је 31. децембра 1994. године.

— Др Тренча Цветковић, лекар специјалиста радиолог и саветник ОЈ Болница. Рођен је у Курију 1929. године. Медицински факултет је завршио у Београду 1956. године. Члан Подружнице СЛД у Лесковцу је од 1957. године. Пензионисан је 30. марта 1994. године.

— Мр-иц Радомила Милошевић, специјалиста медицинске биохемије и начелник Одељења клиничко-биохемијске-хематолошке дијагностике ОЈ Болница. Рођена је у Лесковцу 1929. године. Фармацеутски факултет је завршила у Београду 1960. године. Члан је Подружнице СЛД у Лесковцу. Пензионисана је 9. јануара 1994. године.

— Прим. Др Симиша Стаменковић је рођен у Лесковцу, 1930. године, где је стекао основно и средњошколско образовање. Стоматолошки факултет је завршио у Београду 1957. године.

Почео је са радом 1958. године и био је први стоматолог у Лесковцу, који се определио за искључиви рад са децом. Руководио је Службом 27 година, а затим је постављен за саветника Огранка стоматолошке службе Здравственог центра у Лесковцу, али је и даље, наставио активно да ради на радном месту специјалисте за децу и превентивну стоматологију.

Доласком у Службу, прим. др Симиша Стаменковић је увео нова, савремена достигнућа, нове садржаје у методологији рада, систематске прегледе, систематске санације, превенцију зубног каријеса применом флуора, примену флуора – таблета код трудница у сарадњи са Диспанзером за жене, као и бројна предавања деци у школама и родитељима на родитељским састанцима.

Специјализацију из ортопедије вилица са превентивом и децом стоматологијом завршио је октобра 1972. године у Београду. Стручно звање примаријус добио је маја 1979. године. Прим. др Симиша Стаменковић се бавио и истраживачким радом који се претежно односи на епидемиолошку распрострањеност најчешћих стоматолошких обољења у деце Лесковца и околине. Резултате истраживања, приказао је у бројним стручним радовима.

Прим. др Симиша Стаменковић је био члан Секције за децу и превентивну стоматологију СЛД, члан Председништва Подружнице СЛД у Лесковцу, иницијатор је и оснивач Актива стоматолога при Подружници СЛД и њен први председник, члан Комисије за примаријат Подружнице СЛД у Лесковцу, члан уређивачког одбора часописа Apollinem medicum et Aesculapium ...

За испољену активност у струци и Српском лекарском друштву, чији је члан од 1958. године добио је низ признања. Између осталог, добитник је и Платете Српског лекарског друштва.

Пензионисан је 22. септембра 1994. године.

1995. година

— Прим. др Димитар Митев, лекар специјалиста пнеуматофизиолог, начелник Геријатријског одељења ОЈ Болница. Рођен је у Власотинцу, 1931. године. Медицински факултет је завршио 1964. године. Пензионисан је 15. јула 1995. године.

— Др Лука Станковић, доктор опште медицине у здравственој станици Мирошевце. Рођен је 1930. године у Мирошевцу. Медицински факултет је завршио у Нишу 1973. године. Члан је СЛД Подружнице у Лесковцу. Пензионисан је 23. априла 1995. године.

Чланови Подружнице Српског лекарског друштва у Лесковцу сваке године, 14. новембра, на свечан и пригодан начин обележавају своју славу Св. Кузман и Дамњан.

Са обновљеном прославом почело се 1992. године, када је домаћин славе био др Александар Цакић, хирург. Године 1993. домаћин славе била је др Зорица Станимировић, анестезиолог, 1994. године домаћин славе била је др Светлана Цакић-Ристић, стоматолог. Ове, текуће године домаћин славе биће мр пх Гордана Калијадис.

Уочи славе, одржава се и традиционални славски – лекарски бал.

Председништво Подружнице Српског лекарског друштва у Лесковцу је покренуло иницијативу о награђивању лекара, са нашег подручја, који су у току студија постигли највећу просечну оцену, а основу евиденције Фонда запошљавања у Лесковцу.

Награде за 1993. годину добили су: Др Татјана Цветковић, др Дејана Митић и др Бобан Цветковић.

Године 1994. награђена је др Душица Николић, стоматолог. Награде за 1995. годину добили су: др Драгана Динић, др Горица Петковић и др Предраг Кековић.

Српско лекарско друштво у Београду, сваке године поводом 22. априла – Дана СЛД, а на предлог подружнице, додељује признања повеље, плакете, дипломе и захвалице, истакнутим члаовима Друштва ко-

ји су својим радом битно допринели остваривању циљева и задатака Друштва.

Признања за 1991. годину уручена су 1992. године следећим члановима Подружнице СЛД у Лесковцу:

– Повеље су добили: прим. др Томислав Стојичић, прим. др Милан Леви и др Љубомир Ђорђевић, Плакету, прим. др Илија Конић, дипломе – др Властимир Перић, др Велизар Тадић и др Мимчило Стојановић и захвалице – др Драгутин Николић и др Ђорђе Цекић.

Признања за 1992. годину уручена су 1993. године следећим члановима Подружнице:

– Повељу је добила Подружница Српског лекарског друштва Лесковац, Плакету – прим. др Синиша Стаменковић, дипломе – др Костадин Кулић, прим. др Драгољуб Стаменковић, док су захвалнице добили: др Олга Николић, др Александар Цакић, др Антанасије Стаменковић, др Славко Крстић и др Зорица Манић – Ђокић.

Године 1994. уручена су признања заслужним члановима Подружнице за 1993. годину. Награђени су: Плакетом – др Хранислав Миловановић и Повељом прим. др Витомир Рангелов. Дипломе су добили: др Вера Андрејевић, др Владимир Цолић, др Јелица Димитријевић и др Нада Стојановић. Захвалице су добили: др Ирена Игњатовић, др Љубица Петровић, др Драгослав Алексић, др Томанија Маринковић и др Нинослав Златановић.

Текуће, 1995. године, уручена су признаја СЛД за 1994. годину. Добитници су:

– Повеље – ДД „Здравље” – Фармацеутско – хемијска индустрија Лесковац и плакета – др Благоје Симић и прим. др Верица Леви. Диплому је добио др Стојан Миленковић и захвалице: др Љиљана Величковић, др Борјанка Тошић, др Љубица Спасић, др Емилија Јовановић, др Душанка Живковић и др Саша Гргов.

Др Ђура Димитријевић, лекар специјалиста опште и специјалне Ои болнице. Рођен је 26. априла 1928. године у Горњем Сремском Мезиринском факултет је завршио у Београду 1957. године. Члан Подружнице СЛД у Лесковцу био је од 1991. године. Пензионисан је 26. априла 1992. године.

– 1994. година –

Др Љиљана Златановић, лекар специјалиста опште хирургије Дома здравља у Лесковцу. Рођена је 19. септембра 1932. године у Београду. Медицински факултет је завршила у Београду 1974. године. Члан СЛД Подружнице у Лесковцу је од 1984. године. Пензионисана је 19. септембра 1994. године.

Прим. др Станоје Пекић, лекар специјалиста опште медицине, руководилац Саобраћ опште медицине. Рођен је у Црном Ярзу, 1929. године. Медицински факултет је завршио у Београду, 1962. године, а стручно знање примаријус стекао је 1994. године. Члан Подружнице СЛД у Лесковцу је од 1962. године. Био је председник Акција лекара опште медицине. Пензионисан је 4. новембра 1994. године.

Прим. др Синиша Крапичанић Костић, специјалиста за кожно и венеричне болести, начелник Дерматовенеролошке службе Огранка опште здравственог заштите у Лесковцу. Рођен је у Властопинцу, 1929. године. Медицински факултет је завршио у Београду, 1958. године. Стручно знање примаријус стекао је

УПУТСТВО САРАДНИЦИМА

Часопис APOLLINEM MEDICUM ET AESCULAPIUM, поред осталог објављује научне и стручне радове који пре тога нису нигде у целости објављени.

Рукописе треба откуцати на машини за писање са двоструким проредом на пуној белој хартији уз слободан простор од 5 цм. са леве стране. Редакцији треба доставити оригинал и копију, од којих су оригинал и копија снабдевени свим потребним прилозима.

Прва страна треба да садржи: пуни назив рада на српском и енглеском језику; пуно име аутора, институцију, одељење или одсек и место у којем је рад урађен. На крају рада навести име и презиме правог аутора са адресом, ради кореспонденције.

Рад треба да има уобичајну форму: сажетак на српском и енглеском језику, увод, методе и материјал, резултате, тумачења, закључак, литературу.

Упућивање на литературу врши се навођењем презимена аутора и године публикације у заградама. Ако постоје више од 2 аутора треба навести само првог са уобичајеним додатком ет. ал. и годину. Ако се наводе више радова истог аутора у истој години, онда се поред године додају слова абееде у листи литературе. У литератури се радови наводе у оригиналу без нумерације, абеедним редом по презименима аутора, и то: презиме и почетно или почетна слова имена свих аутора, година рада у заградама, пуни назив часописа, страница, а код књига још издавач и место издавања. За тачност наведене литературе одговара аутор.

Табеле треба да буду што прегледније на посебним листовима, кратким и јасним натписима, а у тексту назначити место за њих. Графиконе радити тушем у двострукој величини на паус-папиру, а легенде и објашњења на посебном листу са ознаком места у рукопису за њих. Табеле и графикони треба да су очигледни, тако да не захтевају детаљно коментарисање у тексту, и користити их када је то неопходно.

Фотографије беспрекорне на сјајној хартији, са ознаком увећања уз микрофотографију, а легенде и објашњења такође дати на посебном листу и са ознаком места за њих у тексту.

Редакција часописа сама врши ситније исправке, а у спорним случајевима у споразуму са аутором. Редакција не узима у разматрање рукописе који нису припремљени према овом упутству.

У вези текстова за друге рубрике обратити се главном уреднику ради договора.

Рукописе слати или лично доставити: Библиотеци Подружнице Српског лекарског друштва, Светозара Марковића 116, 16000 Лесковац

Уредништво