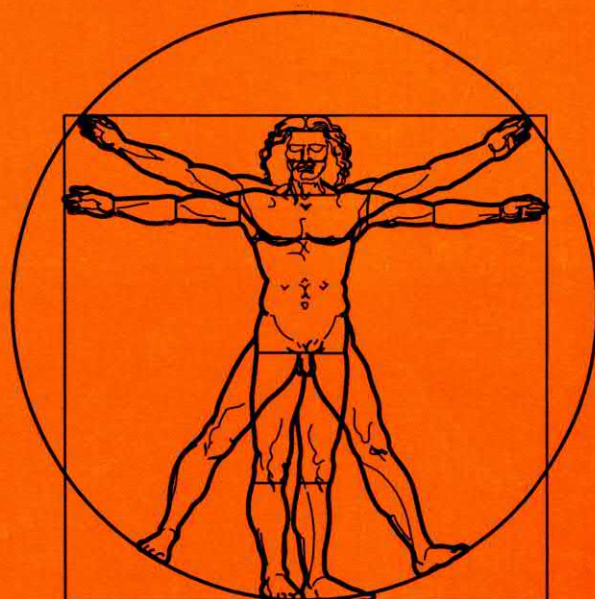


Medicus

Novine – Iskustva – Istraživanja – Novine – Iskustva – Istraživanja – Novine

Broj 15
Jun 2003

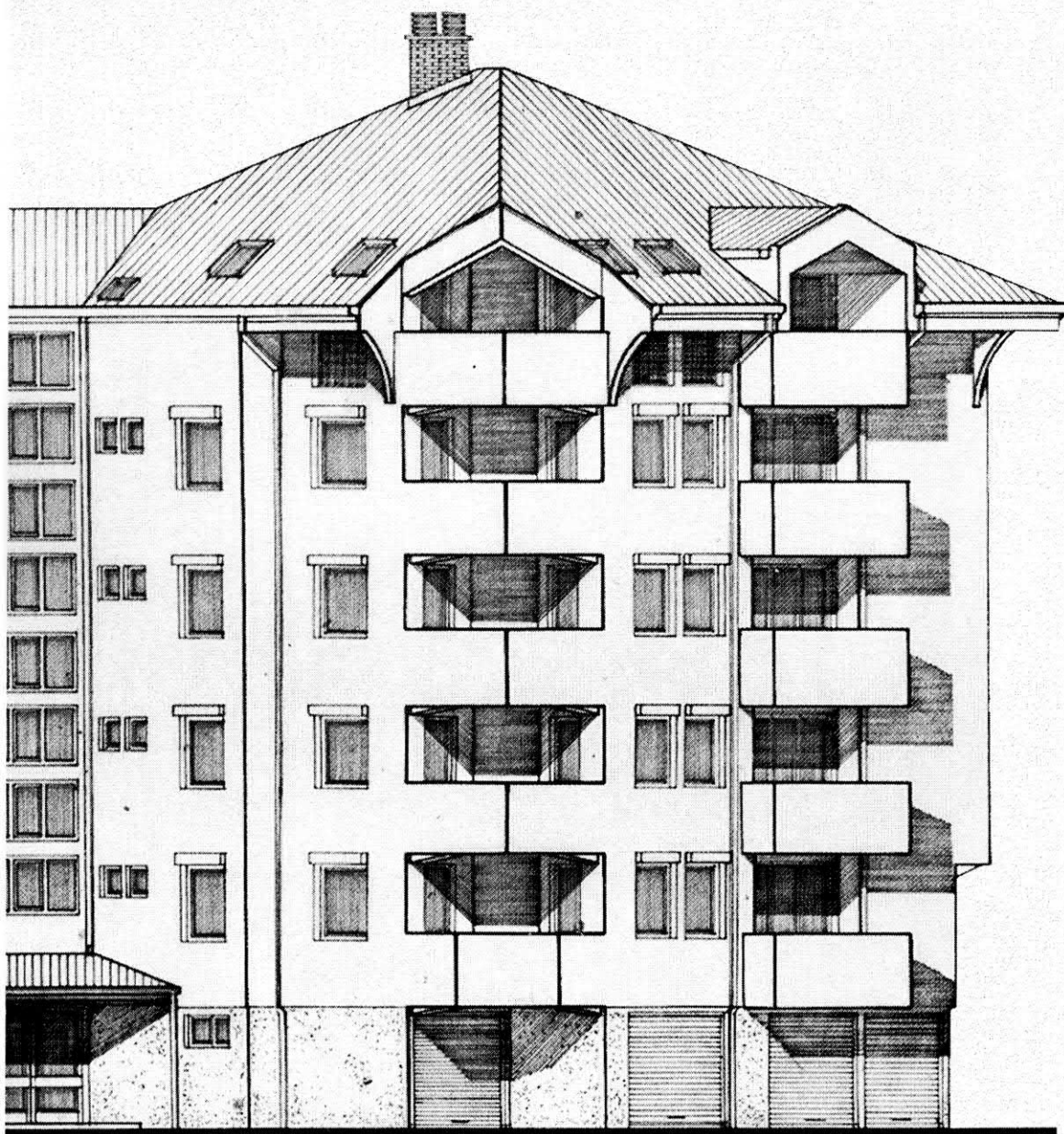
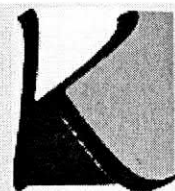


ZVANIČNI ČASOPIS
SRPSKOG LEKARSKOG DRUŠTVA
PODRUŽNICE U PIROTU



Novine – Iskustva – Istraživanja – Novine – Iskustva – Istraživanja – Novine

KONIT



Tel/fax: 010/336-723

010/310-300

010/331-988

uprava

prizvodnja

stovarište

PIROT

Medicus

Novine – Iskustva – Istraživanja – Novine – Iskustva – Istraživanja – Novine



Mr sci. med. dr A. Lilić

Reč
glavnog
urednika

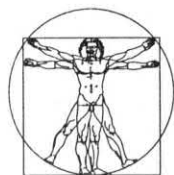
Poštovane kolegice i kolege

I pored nekih ozbiljnih teškoća (tehničke prirode), priredili smo novi broj Medicusa. Između prispelih radova, ovoga puta smo dali prednost onima koji su interesantni većem broju specijalnosti, kao i onima koji obrađuju savremene trendove u lečenju nekih oboljenja. S obzirom na aktuelnost, nije izostao ni tekst o SARS-u.

U petnaestom broju Medicusa za vas pišu već dokazani medicinski autoriteti, ali i oni koji tek počinju i koji (čini se) autoritetima streme. Zaista pleni njihov napor da izađu iz tame prosečnosti. Jer, kao što reče prva knjiga mojsijeva „...i reče Bog neka bude svetlost. I bi svetlost. I vide Bog svetlost da je dobra i rastavi svetlost od tame.,, Uništiti bol - božansko je delo. Ali je to isto i podučavanje drugih kako da to ostvare i redakcija se svim autorima na tome zahvaljuje.

Toplo vam preporučujem zaista dobre radove ovog broja Medicusa i sa zadovoljstvom vam ga prepuštam na čitanje.

*Srdačno vaš
Aleksandar Lilić*



ZVANIČNI ČASOPIS
SRPSKOG LEKARSKOG DRUŠTVA
PODRUŽNICE U PIROTU

Broj 15, jun 2003. godine
Godina izlaženja VII

Izdavač:
Zdravstveni centar Pirot
i Srpsko lekarsko društvo
Podružnica Pirot

Glavni i odgovorni urednik:
Mr sci. med. dr Aleksandar Lilić

Tehnički urednik:
Milan Mitković

Uređivački odbor:

Dr sci med. Suzana Stanković
Mr sci. med. dr Srdan Denčić
Mr sci. med. dr Milica Igić
Prim. dr Velimir Colić
Prim. dr Slobodan Mitić
Dr Bojka Čirić-Vacić
Dr Vesna Janković
Dr Jovica Janković
Dr Branimir Haviža-Lilić
Dr Bogoljub S. Manić
Dr Aca Vacić

Izdavački odbor:

Prim. dr Aleksandar Čirić
Dr Jasminka Živić-Aleksić
Dr Radovan Ilić
Dr Milan Jovičić
Dr Jasmina Miladinović

Naučni odbor:

Prof. dr Nebojša Stanković
Prof. dr Milan Višnjić
Prof. dr Jovan Hadži-Dokić
Prof. dr Vladimir Popović
Prof. dr Borisav Kamenov

Lektor:
Emilija Lilić
Prim. dr Velimir Colić

Prevod:
Emilija Krstić

Naslovna strana:
Dr Aleksandar Lilić
Boban Marković

Fotografije:
Siniša Jelenkov
Milan Mitković

štampa: "Grafika" Pirot

Tiraž: 500
YU ISSN: 0354-8902

Adresa:
Zdravstveni centar Pirot
ul. Vojvode Momčila bb
18300 Pirot
e-mail: medicuspi@ptt.yu

tel/fax: (010) 333-101



VENSKE ULCERACIJE - ŠTA ČINIMO DANAS I PERSPEKTIVE

Miodrag Jevtić

Klinika za opštu i vaskularnu hirurgiju VMA Beograd

SAŽETAK: Venske ulceracije kao teška posledica oboljenja vena predstavlja nacionalni problem naše starije populacije. Godinama razrađivan konzervativni pristup lečenju polako se napušta, što je slučaj i na našoj Klinici. Razlog tome je gotovo revolucionarna pojava laparoskopske hirurgije, odnosno endoskopsko subfascijalno ligiranje perforativnih vena. Mi smo ovu metodu unapredili time što odmah (u njenom nastavku) pripremamo ulkus za plasiranje kožnog transplantata. Endoskopski tretman pokazao se sigurnim, konformnim i znatno skraćuje hospitalizaciju i troškove lečenja.

KLJUČNE REČI: ulkus kruris, laparoskopija

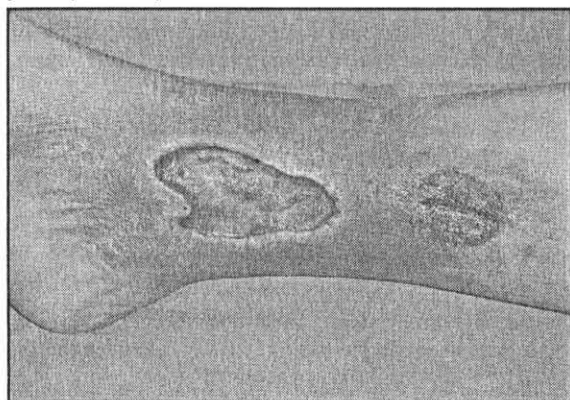
SUMMARY: Vein ulceration as a serious of vein disease presents a national problem for aged people. Having been developed for years, this conservative approach to the treatment is going out of use more and more, what is the same with our Clinic. The reason for that is surely a revolutionary appearance of laparoscopic surgery, i.e. endoscopic subfascial ligature of perforative veins. This method is very advanced. Immediately after the procedure, (in its further action), ulcer is prepared for skin transplant. Endoscopic treatment is proved to be reliable and comfortable and make hospitalization much shorter and considerably reduce treatment expenses as well.

KEY WORDS: ulcer cruris, laparoscopy

Poremećaji venske cirkulacije spadaju među najčešća oboljenja savremenog doba. Po H.Laufmanu 10% odraslih osoba iznad 35 godina starosti ima promene u slivu velikih potkožnih vena nogu a 3-4% opšte populacije boluje od hronične venske insuficijencije (HVI). Matsubara navodi da u Japanu od svih oboljenja krvnih sudova 20,7% otpada na oboljenja vena(1). Jedna od najtežih manifestacija HVI je pojava venske ulceracije koja je toliko česta da se može ubrojati u tzv. narodne bolesti. Sam pojam ulcus cruris podrazumeva bolnu ranu na potkolenici koja teško zarasta, praćena je inflamacijom okolnog tkiva, može preći u hroničnu formu, onesposobljava bolesnika i značajno narušava kvalitet života. Ulcus cruris se

najčešće se javlja na medijalnoj strani donje trećine potkolenice, neposredno iznad medijalnog maleolusa. U patofiziološkom smislu zbog insuficijencije valvularnog aparata perforativnih vena dolazi do retrogradnog toka krvi, venske hipertenzije, venske staze-edema, ektravazacije eritrocita-hiperpigmentacija i leukocita-inflamatorne reakcije. O pojavi proširenih površinskih vena i sindromu eksplozije članka (ankle blow-out syndrome) pisali su Cockett i Jones 1953 god. Nastali ulkusi mogu biti pojedinačni ili mnogobrojni, različitog oblika i veličine. U početnoj fazi ulcus cruris je malog prečnika, plitak, oštih ivica, okrugao ili ovalan. Kasnije postaje sve veći i površina može biti kao dlan veće muške ruke ili da zahvati čitavu

cirkumferenciju potkolenice u zapuštenim stanjima (Slika 1).



Slika 1.

S obzirom na patomehanizam razvoja razlikuje se hipostatski ulkus koga uzrokuje nastala staza i posttromboflebitički koji nastaje zbog tromboflebitisa.

Imajući u vidu jasan patofiziološki supstrat venskog ulkusa potkolenice, u našoj klinici je napušten konzervativni pristup u lečenju a podvezivanje perforantnih vena sa istovremenom ekstirpacijom velike potkožne vene u ovih bolesnika, radi se kao rutinska metoda. Prema naučnim saznanjima podvezivanje i reseciranje perforantnih vena je osnova u lečenju venskih ulceracija (2,3,4).

Preoperativno je važno kod svih bolesnika sprovesti uobičajenu pripremu u cilju suzbijanja infekcije i smanjivanja ulkusa. Obavezna je doppler-sonografska vizuelizacija statusa dubinskih vena kao i preoperativno markiranje variksa i insuficijentnih perforantnih vena. Ekstirpacija velike potkožne vene radi se fleksibilnom sondom po metodi Myers, a podvezivanje perforantnih vena suprafascijalno po metodi Cockett (5) ili subfascijalno po metodi Linton(6). Iskustva vaskularne hirurgije VMA idu u prilog boljih udaljenih rezultata posle operacija po Linton-ovoj metodi. Koristimo, kao i većina autora, medijalni pristup a nedostatak mu je što je koža u distalnoj trećini potkolenice atrofična, loše ishranjena, teže zarasta, a postoperativni tok praćen je nekrozom, induracijom i staznim dermatitisom(7). Kod velikih defekata kože preporučujemo transplantat po Thiersch-u, ali samo ako su prethodno podvezane i resecirane insuficijentne perforantne vene sva tri sprata po Cockett-u. Ranije je u našoj ustanovi, kao metod lečenja, rađena i lumbalna simpatektomija ali je ova metoda napuštena budući da nije pokazala zadovoljavajuće rezultate.

Vaskularno-hirurški pristupi u korekciji venske insuficijencije triangularnom valvuloplastikom J. Jones-a i sar.(8), u smislu prevencije nastanka venskih ulceracija na potkolenici, svakako zaslužuju pažnju.

Posle ovih operacija rane zarastaju u većoj meri primarno i nešto ređe per secundam. Do sekundarnog zarastanja rana je dolazilo u slučajevima otvorenih ulkusa sa jako izraženim indurativnim i trofičkim promenama kože oko ulkusa. Obično je dolazilo do nekroze kože u predelu operativnog reza i delimične dehiscencije rane. Prosečno vreme hospitalizacije trajalo je oko 15 dana, a ukupno vreme lečenja, uključujući i ambulantni tretman, do pokrivanja rane čvrstim epitelom i ožiljkom od 6-8 nedelja. Recidiv ulkusa srećemo u 11% slučajeva.

Kontraindikacije za klasične hirurške tehnike lečenja ulcus cruris-a mogu biti absolute (duboka venska tromboza) ili relativne (limfedemi, arterijska insuficijencija, patološka gojaznost, dijabetes i dr.). U ovim okolnostima, neoperativnim multidisciplinarnim pristupom (dermatolog, hirurg i lekar opšte prakse) se primenjuju se raspoloživa savremena sredstva za negu i lečenje venskih ulceracija.

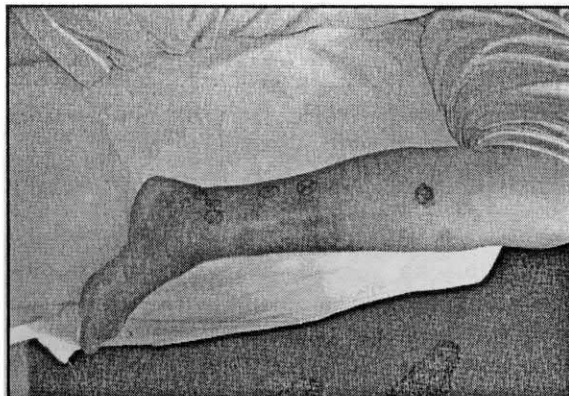
Napretkom tehnoloških mogućnosti u kliničku praksu se od strane Hauer-a i sar. 1985 god. uvodi endoskopsko subfascijalno ligiranje perforantnih vena. Ova intervencija pripada grupi minimalno invazivnih metoda i ekvivalent je Linton-ovoj operaciji a ima ogromnu prednost u uslovima preulceroznog stanja, velikih ulceracija sa induracijom okolnog tkiva jer se etiopatogenetskom faktoru pristupa iz udaljene regije, kroz zdravu kožu proksimalnog dela potkolenice, što su važni momenti u postoperativnom oporavku i estetskom smislu(9). Indikacije za ovu metodu lečenja koja se rutins-



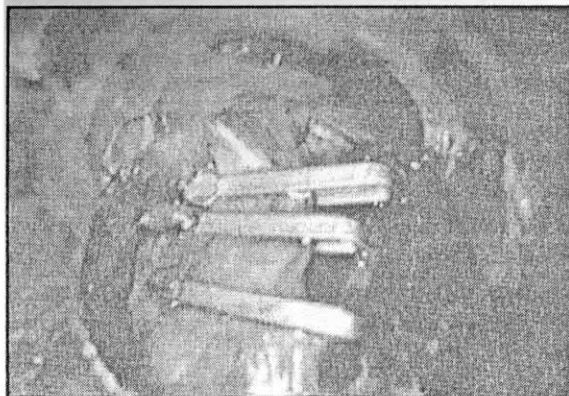
Slika 2.

ki radi u VMA su višegodišnje prisustvo preulceroznog stanja te aktivni i recidivantni varikozni ulcus cruris. Kontraindikacije u apsolutnom smislu su prisustvo nekroze i infekcija fascije potkolenice a relativne je prisustvo dermatoliposkleroze.

Za izvođenje ovog hirurškog zahvata, pored standardnih, neophodna je i endoskopska oprema (Slika 2). Sama hirurška tehnika podrazumeva jasnu endoskopsku vizuelizaciju, prethodno markiranih insuficijentnih perforatora, njihovo klipsovanje i reseciranje (slike 3 i 4).



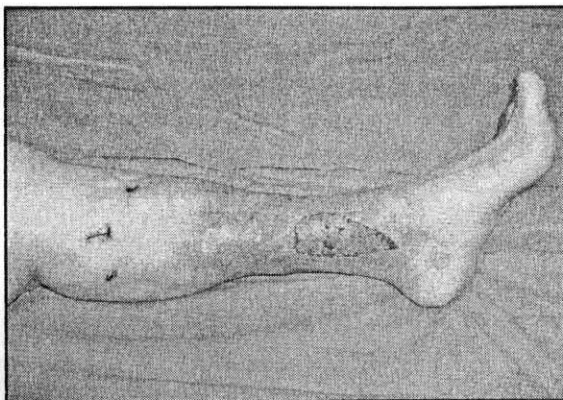
Slika 3.



Slika 4.

Novina u našoj primeni ove metode sastoji se u nastavku hirurške intervencije kod otvorenih ulkusa, u smislu obrade rane i pripreme za plasiranje kožnog transplantata po Thierschu, koji se priprema istom prilikom a plasira odmah ili nekoliko dana kasnije. Rezultati ovakvog pristupa su izvanredni u funkcionalnom i estetskom

smislu a dužina lečenja je trajala 3-12 dana (prosečno 7 dana) (slika 5).



Slika 5.

Endoskopski vaskularni pristup je siguran, što uz minimalnu traumatu, veoma dobru vizuelizaciju, veći komfor bolesnika, znatno kraću hospitalizaciju i značajno manje ukupne troškove lečenja, opredeljuje sve veći broj bolesnika za ovu tehniku lečenja oboljenja vena i venskih ulkusa potkolenice.

LITERATURA

1. Matsubara J., Ban S., Nakata Y., Shinjok K., Kawai M., Sasaki S., Itasaka M. and Shioya: Chirurgische Behandlung der Varizen der unteren Extremitäten, Munch.med.Wschr, 117-75, 1975.
2. London N., Donnelly R. Ulcerated lower limb. BMJ 2000;320:1589-91.
3. Radeford BR. Vascular Surgery. W.B. Saunders co. 4th ed. 1995.
4. Valencia IC., Falabella A., Kirsner RS., Eaglstein WH. Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. J Am Acad Dermatol 2001 Mar;44(3):401-21; quiz 422-4.
5. Cockett FB: The pathology and treatment of venous ulcers of the leg. Br J Surg. 43, 260, 1965.
6. Linton RR.: The post-thrombotic ulceration of the lower extremities etiology and Surgical treatment. Ann Surg. 138, 415, 1953.
7. Petrović M., Pišćević S., Đuknić M.: Udaljeni rezultati hirurškog lečenja venskog ulkusa na potkolenici. Zbornik radova. Simpozijum patoloških stanja venske cirkulacije. Lek Ljubljana. 641-44, 1970.
8. Jones JW., Elliot F., Kerstein M.: Triangular Venous Valvuloplasty. Arch.Surg. 117, 9, 1250-51, 1982.
9. Bergan JJ., Murray J., Greason K.: Subfascial endoscopic perforator vein surgery: a preliminary report. Ann Vasc Surg 1996;10:211-9.

Pukovnik Docent dr sc med. Miodrag Jevtić

Klinika za opštu i vaskularnu hirurgiju VMA Beograd
Crnotravska 17; 11002 Beograd



ULOGA LAPAROSKOPIJE U DIJAGNOSTICI I PROCENI STADIJUMA INTRAABDOMINALNIH MALIGNOMA

Denčić M. Srđan, Lilić Aleksandar, Marković Miomir, Gligorijević Srđan
Služba opšte hirurgije, Opšta bolnica, Zdravstveni centar Pirot

SAŽETAK: Videolaparoskopska tehnologija je unapredila dijagnostiku, procenu stadijuma bolesti ("staging") i postupke lečenja kod pacijenata sa intraabdominalnim tumorima. Eliminirane su i nepotrebne laparotomije kod bolesnika sa neresektabilnim abdominalnim malignomima i kod onih kojima je potrebna samo histološka dijagnoza. Obezbeđuje se komfor pacijentu u sprovođenju adjuvantne terapije u skladu sa protokolom. U ovom radu skrećemo pažnju da je dijagnostička tačnost laparoskopske eksploracije skoro nenadmašna u regijama pristupačnim laparoskopskoj optici.

KLJUČNE REČI: Intraabdominalni malignomi, dijagnostička laparoskopija, "staging" laparoskopija

SUMMARY: Videolaparoscopic technology has advanced the diagnostics the disease stage estimates and the treatment procedure with the patients who suffer from intraabdominal tumors. Some unnecessary laparotomies are eliminated with the patients unresectable abdominal malignants and also with the patients who only need histological diagnosis. The patient is provided with all the comfort during the adjuvant therapy, according to the protocol. This essay is need say that the diagnostical accuracy of a laparoscopic exploration is almost unsurpassable in the regions accessible to the laparoscopic optics.

KEY WORDS: intraabdominal malignant, diagnostical laparoscopy, "staging" laparoscopy.

UVOD

Medicina je nauka koja se stalno menja i koja je u upornom traganju za metodama lečenja koje su minimalno invazivne u odnosu na telo bolesnika. Tako je razvoj medicinske tehnologije krajem XX veka doveo do revolucionarnih promena u hirurgiji, uvođenjem laparoskopske hirurške tehnike. Istorijat laparoskopije bio je obeležen konstantnom integracijom novih tehnologija u kliničku praksu. Laparoskopija je primarno bila korišćena u dijagnostičke svrhe, najčešće u dijagnozi oboljenja jetre i ascita nepoznatog uzroka. Poslednjih godina značajno je poraslo

korišćenje laparoskopske dijagnostike u brojnim stanjima, koja uključuju bolesnike sa akutnim i hroničnim abdominalnim bolom, intraabdominalnim malignitetima i tupom traumom abdomena.

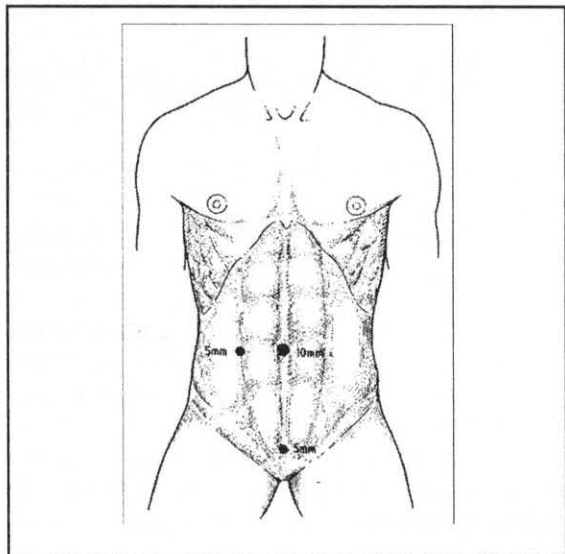
Kod pacijenata sa intraabdominalnim tumorima imali smo cilj da unapredimo dijagnostiku i postupke lečenja na temelju videolaparoskopske tehnologije eliminišemo nepotrebne laparotomije kod bolesnika sa neresektabilnim abdominalnim malignomima kao i kod onih kojima je potrebna samo histološka dijagnoza. U ovom kontekstu postoje široke indikacije za laparoskopsku eksploraciju u smislu dijagnostike i "staginga", pogotovo kada u kliničkoj prak-

si postoji dilema. Dijagnostičkom laparoskopijom se može potvrditi ili osporiti sumnja na malignitet, dok je "staging" laparoskopija rezervisana za bolesnike kod kojih je postavljena dijagnoza maligniteta, a "staging" tumora je značajan za definitivnu procenu resektabilnosti i primenu odgovarajuće adjuvantne terapije (1,2,3,4,5).

Ako se ovom doda mogućnost laparoskopske ultrasonografije i radionukleidnih ispitivanja tumora, trenutno nepristupačnih laparoskopskoj optici, dijagnostička tačnost laparoskopije postaje skoro nenadmašna (5,6).

METODE

Pored kliničkog i operativnog iskustva, kao i konvencionalnih dijagnostičkih metoda, nameće se potreba za bližu dijagnostiku, koju omogućuje uvođenje preoperativne laparoskopije u rutinsku praksu, u tretmanu difuznih abdominalnih malignoma. Za eksplorativnu laparoskopiju primenjivana je standardna operativna tehnika i standardni portovi: 10 mm umbilikalni za optiku i 5 mm suprapubični ili paraumbilikalni desni za manipulaciju i/ili biopsiju intraabdominalnih struktura. Pomoću laparoskopskog instrumentarijuma rađena je detaljna eksploracija organa abdomena. U slučaju procene lokalne inoperabilnosti, kada nije moguće uraditi radikalnu operativnu proceduru, uzimali smo biopsiju sa suspektog mesta, koja će zajedno sa video dokumentacijom dopuniti definitivnu dijagnozu. U slučaju

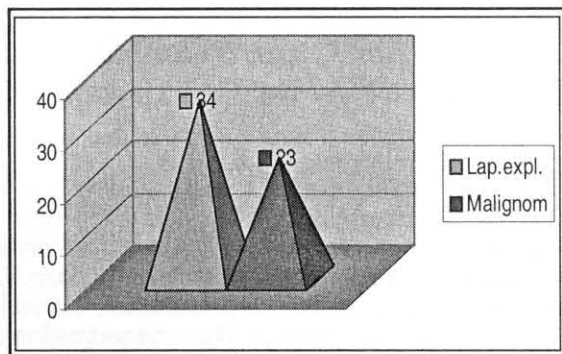


Standardni portovi za eksplorativnu laparoskopiju

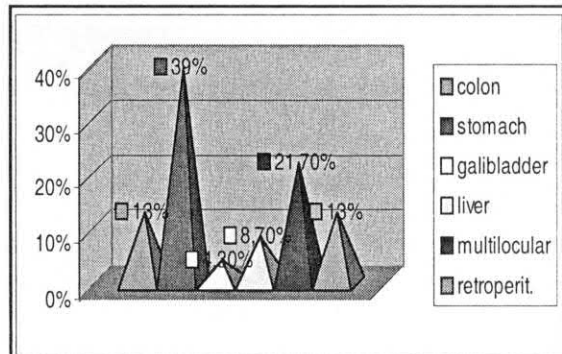
postojanja ascita, on je aspiriran i slat na citološki pregled.

REZULTATI

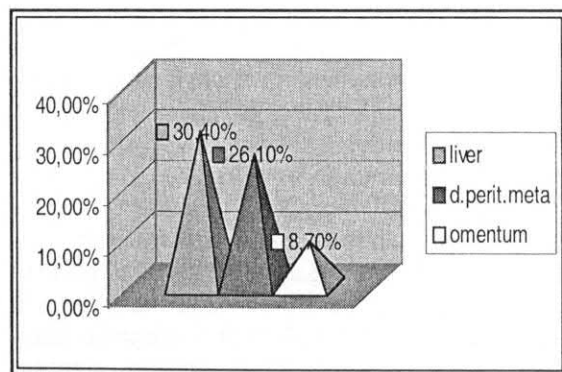
Od 34 pacijenta tretirana eksplorativnom laparoskopijom, kod 23 je dijagnostikovano intraabdominalni malignom: debelo crevo - 3 (13%), želudac - 9 (39%), žučna kesa - 1 (4,3%), jetra - 2 (8,7%), multilokularni - 5 (21,7%), retroperitonealni - 3 (13%). Od toga, kod 7 pacijenata (30,4%) su dijagnostikovane metastaze na jetri, kod 2 (8,7%) - metastaze omentuma maius, kod 5 (21,7%) - ascites i kod 6 (26,1%) - disemino-



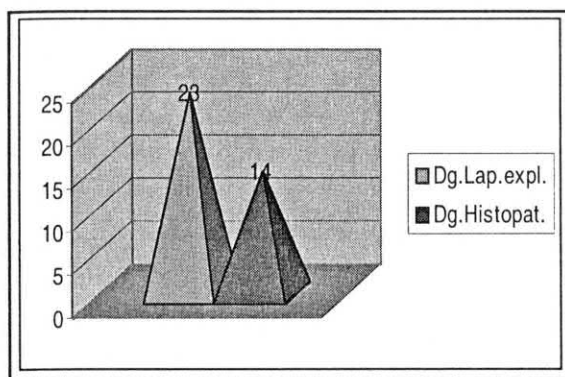
Videolaparoskopija u dijagnostici intraabdominalnih malignoma



Intraabdominalni malignomi - struktura



Metastaze



Dijagnoza verifikovana histopatološkim pregledom na osnovu uzete biopsije

vane peritonealne metastaze. Kod 14 bolesnika je dijagnoza verifikovana histopatološkim pregledom na osnovu uzete biopsije.

DISKUSIJA

Evidentne su prednosti koje dobijamo primenom laparoskopije u dijagnostici i proceni resektabilnosti abdominalnih malignoma; video-laparoskopija predstavlja moćno oružje pod uslovom da je postignuta maksimalna pouzdanost i dobra procena stadijuma bolesti. Obezbeđuje se komfor pacijentu u sprovođenju dalje savremene terapije abdominalnih malignoma. Posle laparoskopske eksploracije, moguće je u periodu od

48 h od operativne procedure otpočeti sa aplikacijom dalje adjuvantne terapije u skladu sa protokolom.

Ova tehnika eliminiše mnoge nepotrebne laparotomije i neinvazivne dijagnostičke procedure; prednosti direktne vizuelizacije, sa potencijalnim mogućnostima za trenutni definitivni tretman, su postavili dijagnostičku laparoskopiju na visokom mestu u algoritmu tretiranja mnogih abdominalnih oboljenja (5,7,8,9,10).

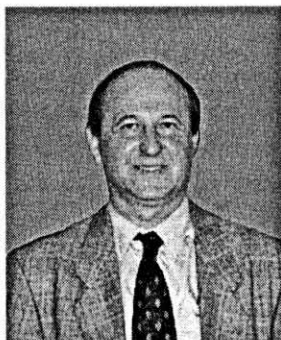
Kod diseminovanih peritonealnih metastaza, koje su najčešće veličine 1 - 3 mm, konvencionalne metode radiografije, kompjuterizovane tomografije (CT) i magnetne rezonance (NMR) nemaju uspeha, tako da jedino laparoskopska eksploracija daje apsolutnu tačnost (11).

LITERATURA

1. Eubanks S. and Schauer Ph: Laparoscopic surgery, Textbook of surgery-the biological basis of modern surgical practice, Sabiston DC, W. B. Savnders company, Philadelphia, Pensilvania, USA, 1997; 15-th edition: 791-807.
2. Mori T, Bhojru S, Way LW: Fundamentals in laparoscopic surgery, Churchill Livingstone, London, 1995.
3. Timothy G, John KK, Madhavan an O, James Garden: Role of laparoscopic diagnosis and staging of intra-abdominal malignancy, Minimal Access Surgery in Oncology, Geraghty JG, Sackier JM, Young HL, Greenwich Medical Media LTD, London, 1998; First Published: 23-43.
4. Aregui ME, Fitzgibbons Jr.RJ, Katkhonda N, Mc Kernan JB, Reich H: Principles of Laparoscopic Surgery-basic and advanced techniques, Springer-Verlag, New York, 1995; 3-20.
5. Jeremić M, Čudomirović M: Laparoskopska hirurgija, Specijalna hirurgija I-dijagnostika i terapija, Jeremić M, Pelikan print, Niš, 2001; 17: 1-15.
6. Jakimowicz JJ: Intraoperative ultrasonography during minimal acces surgery, JR Coll Surg. Edinb, 1993; 38: 231-8.
7. Troidl H: The philosophy of patients-friendly surgery, Rosin RD, Minimal Access Medicine and Surgery, principles and techniques, Radcliffe Medical, 1993: 11.
8. Zinner MJ, Schwartz SI, Ellis H: Maingot's Abdominal Operations, Prentice Hall International, USA, 1977.
9. Berci G, Cushierei A: Practical Laparoscopy, London, Bailliere Tindall, 1986.
10. Salky BA: Diagnostic Laparoscopy, Endoscopic and Laparoscopc surgery, Ponsky JL, Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, New York, 1997: 91-97.
11. Jackson PG, Rattner DW: Laparoscopy for Staging of Malignancy, Minimally Invasive Surgery, Brooks DC, Current Medicine, INC. Philadelphia, 1998: 69-75.

Mr sc. med. dr Srđan M. Denčić, hirurg

Služba opšte hirurgije, Bolnica, Zdravstveni centar Pirot
ul. V. Momčila b.b. 18 300 Pirot
e mail: dencic@ptt.yu



POSTOPERATIVNE LIMFOCELE U TRANSPLANTACIJI BUBREGA: LIVING DONOR vs KADAVER DONOR

J.Hadži-Đokić, D.Bašić¹, D.Milutinović, M.Đokić, Ž.Borić, J.Filimonović, D.Panić²,
G.Petrović²

Institut za urologiju i nefrologiju, Klinički centar Srbije, Beograd, Urološka klinika,
Klinički centar, Niš¹, Urološko odeljenje, Zdravstveni centar Piroć²

SAŽETAK: Najzastupljenije tečne kolekcije posle transplantacije bubrega su limfocele, koje se javljaju u 5-15% pacijenata. Cilj ovog rada je da utvrdi incidencu i klinički značaj posttrasplantacionih limfocela prema vrsti donora: living vs kadaver donor.

U periodu između juna 1980. i maja 1998.g. na Institutu za urologiju i nefrologiju Kliničkog centra Srbije u Beogradu ukupno 463 recipijenta prosečne starosti 36.2 godine (SD=10.3), 319 od živog srodnog donora (living donor) i 144 od kadaveričnog donora (kadaver donor) podvrgnuto je transplantaciji bubrega. Retrospektivno su analizirane njihove istorije bolesti. U statističkoj analizi korišćeni su Mentel-Henzelov (c2) test i Fischerov test.

Kod 56 (12.1%) recipijenata verifikovana je limfocela: 35 iz grupe living donor i 21 iz grupe kadaver donor. U odnosu na vrstu donora incidenca limfocela je bila veća u grupi living donor, ali statistička analiza nije pokazala značajnu razliku ($p>0.05$). Od ukupno 56 slučajeva kod 30 se javila asimptomatska limfocela koja nije zahtevala terapiju. Kod ostalih 26 verifikovana je simptomatska limfocela koja se prezentovala kroz neke od sledećih kliničkih manifestacija: disfunkcija grafta, opstrukcija urinarnog trakta, edem donjih ekstremiteta, edem labija, edem skrotuma, infekcija, limforeja, bol u predelu grafta. U slučajevima simptomatskih limfocela preduzeta je interventna terapija i to: otvorena hirurška drenaža, perkutana aspiracija, perkutana aspiracija sa instilacijom povidon jodida. Posle interventne terapije registrovali smo recidiv kod 8 recipijenata i to: kod 6 posle perkutane aspiracije i kod 2 posle perkutane aspiracije sa instilacijom povidon jodida.

Velike simptomatske limfocele mogu ugroziti graft u postoperativnom periodu. Najkorisnija dijagnostička metoda u detekciji ovih tečnih kolekcija je ehosonografija. Prema našem iskustvu, perkutanu drenažu treba primenjivati ne samo u dijagnostičke već i u terapijske svrhe. Laparoskopiska drenaža u našoj seriji nije korišćena.

KLJUČNE REČI: limfocele, transplatacija bubrega

SUMMARY: The most frequent liquid collection after the transplantation are lymphocells, and this is the case with 5 -15% of the patients. The aim of this essay is to define incidence and the clinical importance of post transplantation lymphocells according to donors: living vs. kadaver donors.

From June of 1980. to May 1998.at the Urology and Nephrology Institute of the Clinical Centre of Serbia in Belgrade, all 463 of recipients on the average age of 36.2 (SD = 10.3), 319 of living donors and 144 of kadaver donors have been exposed to a kidney transplantation. Their disease history is analyzed retrospectively. In the statistical analysis Mentel - Hensel's and Fisher's test are used.

Lymphocell is verified with 56 (12.1%) recipients: 35 from the group of living donor and 21 from the group of kadaver donor. In regard to a kind of a donor, analysis didn't show some significant differ-

ence ($p>0.05$). Of all 56 cases, only in 30 of them the asymptomatic lymphocell occurred that didn't required the therapy. Of the remaining 26, symptomatic lymphocell was verified that was presented through some of the following clinical manifestation: disfunction of graft, opstruction of uric tract, edema of lower extremit, edema of labium, edema of scrotum, Infection, lymphorea and the pain in graft area. In the cases of symptomatic lymphocell, the urgent therapy was undertaken, like: the open surgical drainage, percutaneous respiration, percutaneous aspiration with the installation of povidon iodide. After the urgent therapy, we registered the relapse with 8 recipients: six of them after the percutaneous aspiration and with 2 after the percutaneous aspiration with instillation of povidon iodide. Big symptomatic lymphocell may endangered the graft in postoperative period. The most useful diagnostic method in detection in these liquid collection is ehosonography. According to our experience, percutan drainage should be used not only in diagnostics but in therapy as well. Laparoscopic drainage in our serial hasn't been used.

KEY WORDS: lymphocells, kidney transplatation

UVOD

Pored urinoma, hematoma i abscesa, limfocela predstavlja tečnu kolekciju u koja se najčešće javlja kod transplantiranih pacijenata. Obično je udružena sa ureteralnom opstrukcijom i najčešće nastaje u toku prve godine posle transplantacije (Voegeli, 1986). Faktor rizika za nastanak limfocele je neadekvatno ligiranje pelvičnih limfatika ili rane epizode odbacivanja. Kliničkim pregledom utvrđuje se postojanje palpabilne mase, bolnih i edematoznih donjih ekstremiteta i poremećaja funkcije grafta zbog kompresije uretera. Dijagnoza može biti postavljena aspiracijom tečnog sadržaja iglom, koji pokazuje vrednosti kreatinina slične onima u serumu. Ultrazvučno, ova kolekcija može biti septirana, ali se obično uvećava sporo. Većina limfocela su asimptomatske i ne zahtevaju nikakvu terapiju (Khauli, 1993).

CILJ RADA

Cilj rada je da utvrdi učestalost postoperativnih limfocela, njihove kliničke manifestacije i prateće komplikacije u transplantaciji bubrega prema vrsti donora. Takođe, da utvrdi vrednost pojedinih procedura u dijagnostici i terapiji limfocela.

MATERIJAL I METODE

Retrospektivno je analiziran klinički materijal 463 recipijenata koji su lečeni u Centru za transplantaciju bubrega Instituta za urologiju i nefrologiju KC Srbije u periodu od 1980-1998. i to: 319 kod kojih je urađena living donor transplantacija bubrega (LD grupa) i 144 kod kojih je urađena kadaver donor transplantaciji bubrega (CD grupa). Prosečna starost recipijenata je

iznosila 34.5 ± 9.8 godina u LD grupi i 41.9 ± 10.2 godina u CD grupi. Limfocele su klasifikovane kao lokalne hirurške komplikacije.

Svi potencijalni recipijenti nalazili su se na hroničnom programu hemodijalize zbog terminalne bubrežne insuficijencije i bili su pod stalnom nefrološkom kontrolom. Kandidati za kadaver donor transplantaciju bili su na "waiting" listi Centra za transplantaciju, gde su svrstavani posle kompletnog ispitivanja Protokolom za transplantaciju, te su predstavljali najoptimalnije recipijente za postojeće kadaverične organe.

Podaci su obrađeni metodama analitičke i deskriptivne statistike uz prikazivanje pojava u relativnim iznosima i apsolutnim brojevima. Za izračunavanje pojedinih vrednosti korišćeni su Mentel-Henzel-ov test (c2-test) i Fischer-ov test egzaktno verovatnoće.

REZULTATI

Limfocela je dominantna lokalna komplikacija, kako unutar grupe lokalnih kasnih komplikacija (82,3%), tako i u odnosu na ukupan broj lokalnih komplikacija (63,6%). U odnosu na ukupan broj transplantacija, limfocela je bila zastupljena u 12,1% slučajeva.

Tabela 1. Kasne lokalne komplikacije

Komplikacija	"Living donor"		"Kadaver donor"		Ukupno	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Limfocela	35	85,4	21	77,8	56	82,3
Dehiscencija rane	3	6,8	2	7,4	5	7,4
Postop. hernija	3	6,8	4	14,8	7	10,3
Svega	41	100,0	27	100,0	68	100,0

U odnosu na vrstu donora, limfocela je u nešto

većem procentu zastupljena kod "living donor" transplantacija nego kod "kadaver donor" transplantacija (85,4% : 77,8%). Međutim, razlika nije statistički signifikantna ($p > 0,05$). Znači, limfocela se javlja kao dominantna kasna lokalna komplikacija, bez obzira na vrstu donora. Od 56 limfocela, 26 su bile praćene nekim od simptoma (44,6%), a 30 je bilo asimptomatskih (53,6%).

Tabela 2. Vrste limfocela

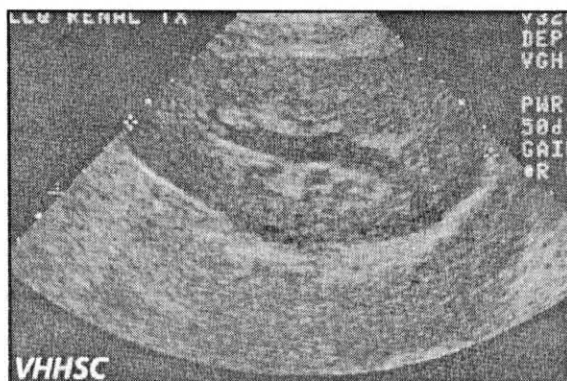
Limfocela	"Living donor"		"Kadaver donor"		Ukupno	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Simptomatska	19	54,3	7	33,3	26	46,4
Asimptomatska	16	45,7	14	66,7	30	53,6
Svega	35	100,0	21	100,0	56	100,0
% od ukupnog broja transplant.		10,6		14,6		12,1

Među posmatranim grupama ne postoji statistički značajna razlika u zastupljenosti simptomatskih i asimptomatskih limfocela (tabela 2). ($p > 0,05$)

Tabela 3. Simptomatske limfocele - kliničke manifestacije

Klinička slika	Broj	% (n=26)
Poremećaj bubrežne funkcije	9	34,6
Staza u kanalnom sistemu	11	42,3
Otok ingvinuma	9	34,6
Otok skrotuma	3	11,5
Infekcija	6	23,1
Limforeja	2	7,6
Bol u predelu grafta	5	19,2

U grupi pacijenata koji su imali simptomatsku limfocelu, dominira staza u kanalnom sistemu (42,3%) (slika 1), zatim slede



Slika 1. Dilatacija u renalnom pelvisu - EHO prikaz

poremećaji bubrežne funkcije i otok ingvinuma sa po 34,6% zastupljenosti. Infekcija se javila u 23,1% slučajeva, bol u predelu grafta kod 19,2% pacijenata, a limforeja kod svega 7,6%

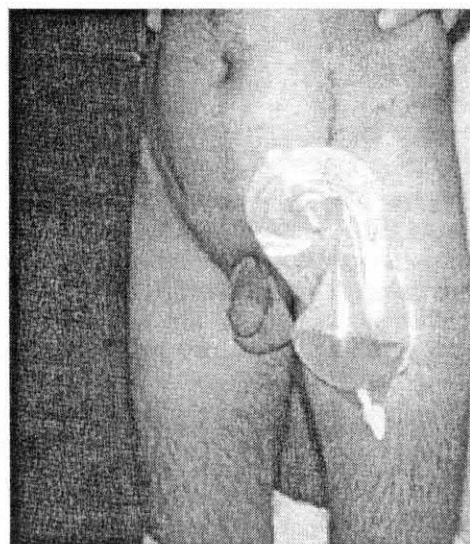
od ukupnog broja pacijenata. Nesklad između ukupnog broja pacijenata sa simptomatskom limfocelom ($n=26$), i ukupnog broja pojedinačnih simptoma, postoji zbog toga što su pojedini pacijenti imali kliničku sliku sa više navedenih simptoma zajedno. Terapija simptomatskih limfocela je sprovedena interventno (Tabela 4 i Tabela 5).

Tabela 4. Indikacije za interventnu terapiju

Simptomi	Broj	% (n=26)
Otok, crvenilo rane (t ^a)	8	30,8
Staza u kanalnom sistemu	5	19,2
Pogoršanje funkcije grafta	8	30,8
Bolovi zbog skrotalne limfne kolekcije	2	7,7
Limforeja na ranu	2	7,7
Bol u predelu grafta	1	3,8

Terapijske procedure koje su primenjivane prikazane su u tabeli 5.

Punkcija limfocele sa drenažom i instilacijom povidon jodida urađena je kod 15 pacijenata (57,7%). Instilacija povidon jodida rađena je 2-3 puta dnevno u trajanju od 20-30 minuta, u ukupnom trajanju od 3-65 dana (slika 2).



Slika 2. Punkcija limfocele sa drenažom

Ostale terapijske procedure bile su zastupljene ukupno sa 42,3%.

Tabela 5. Terapija simptomatskih limfocela

Vrsta terapije		"Kadaver donor"	Ukupno
Punkcija	4	2	6
Punkcija sa drenažom i instilacijom povidon-jodida	9	6	15
Operativno zbrinjavanje	1	1	2
Bez terapije	2	1	3
Svega	16	10	26

Broj recidivnih limfocela koje su naknadno zbrinjavane iznosi ukupno 8, tj. 30,8% od ukupnog broja simptomatskih limfocela (6 se javilo nakon punkcije, a 2 nakon punkcije sa drenažom i instilacijom povidon jodida). Kod 7 pacijenata sa recidivnom limfocelom urađena je punkcija sa drenažom i instilacijom povidon jodida, a kod jednog pacijenta je primenjena operativna procedura.

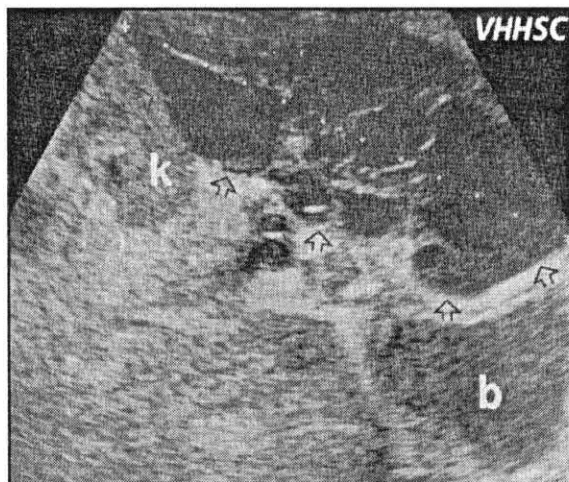
DISKUSIJA

Pojedini autori svrstavaju limfocelu zajedno sa okluzijom renalne arterije ili vene, stenozom renalne arterije, opstrukcijom urinarnog trakta i fistulom uretera, u tehničke komplikacije transplantacije bubrega (Bretan, 1995). Postoje i klasifikacije u kojima je limfocela lokalna komplikacija transplantacije bubrega, kao što su i akutna tubularna nekroza, akutna kortikalna nekroza, povratni fokalni glomerulonefritis, spontana ruptura grafta i hernija operativnog reza (Bošković, 1985).

U transplantacionoj literaturi ima podela po kojima se limfocela ubraja u jednu od uroloških komplikacija transplantacije bubrega (Marković, 1997), ili u vrstu tečnih kolekcija kao što su i hematoma, urinom i absces (Ferguson, 1993). bez obzira na različite stavove u klasifikaciji, svi autori slažu se u tome da limfocela može značajno ugroziti transplantirani bubrež (graft) i samog recipijenta u posttransplantacionom toku. Incidenca limfocela varira od 0.6-18% u nekoliko većih serija (Marković, 1997). Učestalost limfocela u našoj seriji, kako u odnosu na sve ispitivane, tako i u odnosu na svaku od ispitivanih grupa, ne pokazuje inegalitet u odnosu na navedena iskustva ostalih autora. Predisponirajući faktori u nastanku ove komplikacije su disrupcija limfatika zbog ekstenzivne mobilizacije krvnih sudova u toku transplantacije ili neadekvatno ligiranje pelvičnih limfatika tokom implantacije grafta (Lazić I, 1991). Većina limfocela su asimptomatske, ne zahtevaju nikakvu terapiju i uglavnom iščezavaju u toku nekoliko meseci (Khauli, 1993). Kada je reč o simptomatskim limfocelama, glavni uzrok u njihovom nastanku je akutno odbacivanje.

U našoj seriji dominiraju asimptomatske limfocele, kako u odnosu na sve ispitivane (53.6%), tako i u grupi kadaver donor (66.7%). U grupi living donor bilo je nešto više simptomatskih limfocela, ali bez statistički značajne razlike u odnosu na grupu kadaver donor

($p > 0.05$). Prema iskustvima pojedinih autora (Pozniak, 1992), kao i prema našem iskustvu, najkorisnija dijagnostička metoda u identifikaciji limfocela je ehosonografija (slika 3). Većina



Slika 3. Limfocela - EHO prikaz

asimptomatskih limfocela otkriva se na rutinskoj ehosonografiji (Marković, 1997), tako da možemo pretpostaviti kako je njihov pravi broj nešto veći od onog verifikovanog.

Moguće kliničke prezentacije kod pacijenata sa simptomatskom limfocelom, koje se javljaju nedeljama ili mesecima posle transplantacije bubrega su limforeja, edem skrotuma ili labija, edem donjih ekstremiteta, urinarna opstrukcija zbog kompresije kolektornog sistema ili uretera i disfunkcija grafta (Bretan, 1995). U odnosu na navedene kliničke prezentacije, u našoj ispitivanoj seriji limfocele su najčešće uzrokovale stazu u kanalnom sistemu ($n=11$) i pogoršanje funkcije grafta ($n=9$), što su bile i indikacije za interventnu terapiju. Kod 23 od 26 pacijenata sa simptomatskom limfocelom sprovedena je neka od interventnih terapijskih procedura. Kod 6 pacijenata urađena je samo punkcija limfocele, kod 15 - punkcija sa drenažom i instilacijom povidon jodida dok je kod 2 pacijenta primenjena otvorena hirurška procedura. Kod 8 pacijenata verifikovana je recidivna limfocela i to: kod svih 6 posle punkcije i kod 2 posle punkcije sa drenažom i instilacijom povidon jodida. Kod svih pacijenata sa recidivom, uspešno je primenjena punkcija sa drenažom i instilacijom povidon jodida, sem jednog kod koga je primenjena otvorena hirurška procedura.

U pogledu terapijskih procedura postoje različiti stavovi u literaturi. Pojedini autori smatraju da terapijske opcije za neinficirane simptomatske limfocele uključuju otvorenu hiruršku

drenažu, perkutanu aspiraciju (sa ili bez injekcije sklerozantnog sredstva) i laparoskopsku marsupijelizaciju (Gruessner, 1995). Neki autori (Bretan, 1995) preporučuju fenestraciju limfocele u peritonealnu duplju kao terapiju izbora. Spoljnu drenažu treba izbjegavati zbog rizika od infekcije bubrega i vaskularne suturne linije (Loughlin, 1984). Kada je reč o perkutanoj drenaži, pojedini autori su mišljenja da je treba primenjivati samo u dijagnostičke a ne u terapijske svrhe (Bretan, 1995), dok iskustva drugih ukazuju na mogućnost primene ove metode i u terapijske svrhe, ali samo kada se radi o malim simptomatskim limfocelama (Marković, 1997). Posebno je korisna perkutana drenaža praćena ponovljenim instilacijama tetraciklina ili povidon jodida za sklerozaciju i obliteraciju ciste. Aspiracija sadržaja limfocele bez sklerozacije predstavlja samo privremeni benefit jer se limfa rapidno reakumulira (Loughlin, 1984). Da je navedeno mišljenje potpuno opravdano, uverili smo se na ličnom iskustvu, jer su svi naši pacijenti kojima je radjena samo punkcija limfocele bez sklerozacije imali recidiv. Zbog toga smatramo da se punkcija može koristiti samo u dijagnostičke svrhe (slika 4). Kada je reč o inficiranim limfocelama, terapija izbora je perkutana ili hirurška drenaža (Lazić II, 1991).

Rezultati u našoj ispitivanoj grupi pokazuju da je punkcija sa drenažom i ponavljanjem instilacijama povidon jodida optimalna terapijska metoda za većinu simptomatskih limfocela, pre svega zbog svoje minimalne invazivnosti. Otvorene hirurške procedure su rezervisane za slučajeve izuzetno velikih limfocela ili komplikovanih recidiva. Zbog tehničkih nemogućnosti, laparoskopske metode nisu korišćene u našoj ispitivanoj grupi, ali imajući u vidu iskustva mnogih autora, smatramo da će u bliskoj budućnosti ova terapijska procedura opravdati svoje prednosti u terapiji pojedinih vrsta limfocela.

ZAKLJUČAK

Incidenca postoperativnih limfocela u odnosu na vrstu donora ne pokazuje statistički značajnu razliku u odnosu na vrstu donora.

Minucioznom hirurškom tehnikom prilikom ligiranja pelvičnih limfatika kao i limfnih sudova u hilusu grafta, može se smanjiti incidenca postoperativnih limfocela. U odnosu na ukupan broj limfocela dominiraju asimptomatske limfocele. Simptomatske limfocele daju značajne kliničke prezentacije i zahtevaju aktivan terapijski pristup. Metoda izbora u identifikaciji limfocela je ehosonografija. Punkcija i drenaža sa instilacijom povidon jodida, kao minimalno invazivna metoda, predstavlja optimalnu terapijsku opciju za simptomatske limfocele. Otvorene hirurške procedure imaju mali broj indikacija. Danas većina autora preporučuje laparoskopsku marsupijalizaciju limfocela, ali na našem uzorku ova metoda nije primenjivana.

LITERATURA

- Bošković, S. (1985). Lokalne komplikacije na graftu, u: Transplantacija bubrega; (Jovanović, M., urednik), Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 290-294.
- Bretan, P.N., Burke, E.C. (1995). Renal transplantation, in: Smith's general urology. Tanagho, E.A., Mc Anninch, J.W., (Eds.), Appleton and Lange, London, 612-624.
- Ferguson, R.M., Henry, M.L. (1993). Transplantation and immunology: Renal transplantation, in: Greenfield, L.J., Mulholland, M.W., Oldham, K.T., Zelenock, G.B (Eds.): Surgery. Scientific Principles and Practice. Philadelphia; Lippincot, J.B; 516-524.
- Gruessner, R.W., Fasola, C., Benedetti, E., et al. (1996). Laparoscopic drainage of lymphoceles after kidney transplantation: indications and limitations. Surgery 1995 Mar;117(3), 288-295.
- Khauli, R.B., Stoff, J.S., Lovewell, T., Ghavamian, R., Baker, S. (1993). Post-transplant lymphoceles: a critical look into the risk factors, pathophysiology and management. Journal of Urology, 150, 22-6.
- Lazić, M., Petronić, V., Marković, V., i sar. (1991). Limfocela kao komplikacija bubrežne transplantacije I: Učestalost, dijagnostika i klinički značaj. Archivum urologicum; 34, 71-77.
- Lazić, M., Petronić, V., Marković, V., i sar. (1991). Limfocela kao komplikacija bubrežne transplantacije II: Terapijski pristupi, indikacije i rezultati. Archivum urologicum; 34, 77-83.
- Loughlin, K.R., Tilney, N.L., Richie, J.P. (1984). Urologic complications in 718 renal transplant patients. Surgery; 95, 297.
- Marković, V. (1997). Transplantacija bubrega, u: Urologija - hirurgija mokraćnih organa 1 (Davidović, M., urednik), Službeni list SRJ. Beograd, 609-639.
- Pozniak, M., Dodd, G., Kelcz, F. (1992). Ultrasonographic evaluation of renal transplantation. Radiol Clin North Am; 30, 1053.

Prof.dr Jovan Hadži-Đokić, urolog
Klinički centar Srbije,
Institut za urologiju i nefrologiju - Beograd



PERIANALNI PRURITUS - DILEME I ZABLUDE

Aleksandar B. Lilić

Hirurško odeljenje, Zdravstveni centar Piroć

SAŽETAK: Koža je najveći pojedinačni organ našeg tela i samim tim često je sedište različitih patoloških procesa. Te realnosti nije pošteđena ni koža analno - perianalnog predela. Pruritus ani predstavlja simptom mnogih sistemskih oboljenja ali i lokalnih dermatoza. Ipak, gotovo da ne postoji oboljenje u medicinskoj praksi kojim se pridaje manji značaj. Verovatno da su tome uzrok još uvek predrasude, kako pacijenata tako i lekara. Zato se i dešava da se blizu 70% ovih pacijenata godinama leči pod dijagnozom hemoroidalne bolesti i pogrešno tretira. Tako pacijent stiče utisak da uzaludno dolazi lekaru, umanjena mu je radna sposobnost a troškovi neodgovarajućeg višegodišnjeg lečenja značajno opterećuju zdravstveni fond i širu zajednicu. Baveći se godinama ovom oblašću, stičem utisak da bi proktologiju trebalo sagledavati u širem planu kao dermatoproktologiju.

KLJUČNE REČI: svrab, perianalni predeo

SUMMARY: The skin is largest single organ of our body and thus the homebase of different pathological processes. The skin of the analis-perianalis region is not spared from this reality too. Pruritus ani represents not only a symptom of many systematic diseases but also of logical dermatosis. However, it seems that no other disease in medical practice is more neglected than this one. The cause may lie in the traditional beliefs of both the patients and the doctors. As a results, about 70% Of the patients have been treated medically for years with the wrong diagnosis of hemorrhoidal disease. That is why the patients gets the wrong impression that he visits the doctor in vain. His working ability decreases and the expenses of such a long inappropriate treatment largely affect the Health fund (Insurance). Studing and analysing this disease for years, I get the impression that proctology should be seen, in broader sence as dermato - proctology.

KEY WORDS: pruritus, perianal regio

U V O D

Pruritus - svrab je subjektivni simptom koji prati mnoga lokalna ali i opšta (sistemska) oboljenja. U tom smislu, postoji primarni ili idiopatski, (koji je dosta redak) i, mnogo češći, sekundarni, udružen sa nekom primarnom noksom. Analni i perianalni pruritus je bolesno stanje perianalne kože i anoderma analnog kanala. Njegov intenzitet gotovo kod svih ispitanih je sasvim različit ali postoji izvestan broj slučajeva

gde je on tako intenzivan i dugotrajan da zaista ozbiljno narušava radnu sposobnost i pacijenta vodi u stanje nervoze i psihosocijalne disfunkcije. Primarni ili idiopatski perianalni pruritus nema određeni etiološki faktor i kod njega dominira neuropsihijatrijska komponenta („na nervnoj bazi,,). Kao doprinoseći faktor ovoj vrsti svraba navodi se upotreba alkohola, kafe ili čaja. S obzirom da je on relativno redak, njegova dijagnoza se postavlja tek posle detaljne dijagnostike i isključivanja mogućnosti postojanja drugih

lokalnih i opštih oboljenja, odnosno potvrde da se ne radi o sekundarnom pruritusu. Dijabetes mellitus, uremija, slerodermija, hepatična insuficijencija, intestinalne parazitoze, subikterus i ikterus, leukemija, avitaminoze, tireotoksikoza - najčešća su opšta oboljenja kod kojih se svrab oko čmara javlja kao jedan od prvih i ranih simptoma. Od lokalnih uzroka treba pre svega misliti na mnogobrojna oboljenja anusa i rektuma, ali i na ekcem, urtikariju i lokalnu alergijsku reakciju, Lichen ruber planus, dermatitis herpetiformis, mycosis fungoides i sl.,

U početku analni pruritus je obično slab i na njega se samo sporadično obrati pažnja. Vremenom postaje jači, češće se pojavljuje noću i pacijenti se intenzivno češu što donosi samo kratkotrajno poboljšanje. Pri tome se neretko nanose povrede kože koje se sekundarno inficiraju. U slučaju ekcema u oblasti anusa i perineuma koža je macerirana i širi neugodan miris, što dodatno opterećuje pacijenta. Analni pruritus narušava ritam života, izaziva napetost i nervozu i prekida im san. Pri tom se stanje prolongira mesecima pa i godinama. Primalni pruritus je (prema Alexander-u) mnogo intenzivniji i daleko više muči pacijenta od sekundarnog. Kod njega se pregledom uočava suva, hiperkeratotična koža sa karakterističnom depigmentacijom. Kod sekundarnog svraba i pacijent i lekar obično uoče neku od promena perianalne kože ili anoderma koji se najčešće okarakterišu kao hemoroidalna bolest, što je često pogrešno.

Cilj ovog rada je da ukaže na svu ozbiljnost kako samog simptoma tako i velikog broja oboljenja u sklopu kojih se javlja, i detaljnije ih obradi.

METOD RADA I ISPITANICI

Prospektivnom studijom obuhvaćeni su pacijenti koji su u periodu od januara 2002. do januara 2003. pregledani u hirurškoj proktološkoj ambulanti zbog upornog svraba u perianalnom predelu. Iz čitave populacije takvih pacijenata izdvojena je i posmatrana grupa od 30 ispitanika čije tegobe traju tri meseca i više i koji su se bar jednom zbog toga javljali lekaru ali su svoje lečenje ocenili kao neuspešno.

Pacijentima je uzimana detaljna anamneza, potom je redjen klinički pregled koji je obuhvatao inspekciju i palpaciju perianalnog predela, rektalni tuše, anoskopiju i rektoskopiju, apo potrebi i irigografiju. Od laboratorijskih anal-

iza redjena je KKS sa formulom, glikemija, ureja i kreatinin, transaminaze, bilirubin. Pregled na helmintijazu perianalnog predela nije posebno radjen, jer su svi pacijenti već bili ispitani u tom pravcu i ni u jednom slučaju oxiuris nije potvrđen. U šest slučajeva tražen je neurološki pregled LS kičme i kaude ekvine, a u tri slučaja konsultacija dermatologa. Posle toga pacijenti su dobijali terapiju (konzervativnu ili operativnu sa nastavkom konzervativne), a zatim su, na kontroli u šestoj nedelji lečenja, anketom ocenjivali uspeh lečenja ocenom: odlično, zadovoljavajuće i loše.

REZULTATI

Prospektivnom studijom obuhvaćeno je 30 pacijenata životne dobi od dvadeset do sedamdeset godina. Zastupljenost polova bila je 1:1 odnosno po petnaest žena i petnaest muškaraca.

Svih trideset ispitanika u anamnezi navelo je da tegobe traju više od tri meseca, a u tri slučaja čak više od godinu dana. Svi pacijenti su se prethodno bar jednom javljali lekaru i lečeni su pod sledećim dijagnozama: 20 kao hemoroidi, 5 kao analna fisura, 2 kao sinus pilonidalis, 1 suspektna fistula i u 2 slučaja nije postavljena dijagnoza hirurškog oboljenja. Naknadnim hirurškim (proktološkim pregledom), anoskopijom i rektoskopijom, irigografijom, proverom hematološkog i biohemijskog statusa, neurološkim i dermatološkim pregledom postavljene su sledeće dijagnoze: u 5 slučajeva hemoroidi, u 2 ekcem uz prisustvo sinusa, u 3 slučaja analna hronična fisura od kojih je jedna bila na terenu Lichen ruber planusa (Lichen ruber ulcerans), u 3 slučaja intertrigo, u 2 slučaja dijabetes melitus, u 5 slučajeva kandidijaza, 5 slučajeva su protumačena kao alergija na rublje ili toalet papir i 5 slučajeva su proglašena za idiopatski pruritus.

Tri slučaja hemoroidalne bolesti lečene su operativno, kao i po dva slučaja fisure i sinusa, a svi ostali slučajevi tretirani su konzervativnom terapijom ordiniranom od strane hirurga, dermatologa ili ginekologa.

Posle sprovedenog lečenja, na kontroli u šestoj nedelji pacijenti se ocenjivali uspešnost lečenja. Ocenom: odličan efekat lečenja ocenilo je 16 pacijenata, 9 pacijenata izjasnilo se da je stanje nakon lečenja zadovoljavajuće a petoro njih da se i dalje oseća loše.

DISKUSIJA

Već letimičan pogled na rezultate istraživanja upućuje na zaključak da su anamneza i poneki klinički pregled nedovoljni za pravilnu dijagnostiku i efikasno lečenje analnog pruritusa. U našoj studiji je 70% ispitanika posle prvog javljanja lekaru više od tri meseca lečeno kao hemoroidalna bolest. Ozbiljnim pristupom dijagnostici pruritus je utvrđen samo u 5 slučajeva ili 16,66%, što se poklapa sa podacima iz literature, gde se procenat kreće od 15 do 20%. Sekundarni pruritus je obuhvatio 83,33% a idiopatski 16,66% ispitanika. Etiologija sekundarnog perianalnog pruritusa je izuzetno široka i može se sistematizovati na sledeći način:

-Oboljenja anusa i rektuma - pre svega kriptit, proktit, hemoroidi, fisure, prolaps rektuma i sinusi, kod kojih se secernira sluz i stvara uslove za promene na perianalnoj koži koje se manifestuju svrabom. Na takvoj osnovi ekcem nije redak i u našoj studiji pronadjen je u svim slučajevima fisure i sinusa. Fistule i spontano drenirani abscesi sa svojom gnojnom sekrecijom predstavljaju poseban entitet infekcije sa peckanjem, svrabom i bolovima perianalnog predela. U svim tim slučajevima operativno lečenje osnovnog oboljenja bilo je dopunjeno tretmanom ekcema.

-Oboljenje genitalnih organa žena na visokom je drugom mestu uzročnika sekundarnog pruritusa. Pojačano belo pranje, kandida, trihomonas vaginalis, upotreba kontraceptiva, klimaks, dismenoreja vrlo često su praćene i analnim svrabom. U slučaju naših ispitanika to posebno važi za kandidu. Interesantan je jedan slučaj kandidijaze kod koga je ustanovljeno da je jedino mogao nastati nakon dugotrajne nekontrolisane upotrebe antibiotika. Rutt i sar. navode epidermofitom kao čest uzrok perianalne mikoze.

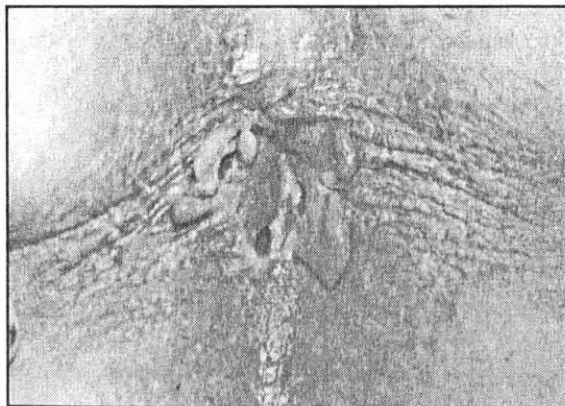
-Helmintijaza, u kojoj je najčešći uzročnik *Oxiurius vermicularis* (gotovo da nema udžbenika koji to ne ističe). U našoj studiji nije potvrđen *oxiurius* kao uzročnik, što smo protumačili činjenicom da su pacijenti pripadali starijoj populaciji i da je helmintijaza verovatno česta kod dece.

-Alergijska reakcija na donje rublje, toaletni papir i druge agensa koji narušavaju sekreciju perianalnih apokrinih žlezdi, pad životnog standarda, slabija higijena ili njeno održavanje jeftinim i neproverenim hemijskim sredstvima koji često predstavljaju jake alerg-

ere, te rublje lošeg kvaliteta proglašeni su uzročnikom analnog pruritusa u šestine naših ispitanika.

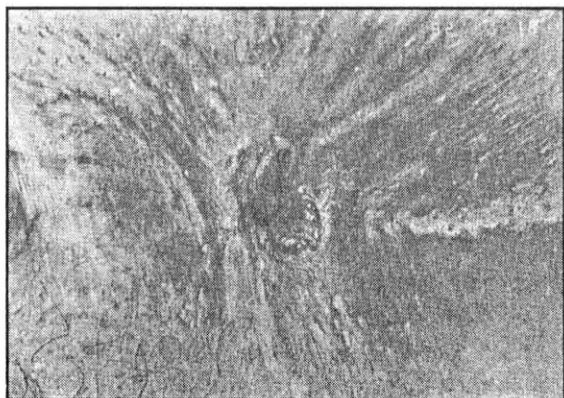
-Sistemska oboljenja - tu pre svega treba obratiti pažnju na šećernu bolest. U našem radu susreli smo se sa dva takva slučaja, od kojih je jedan imao pruritus u trajanju više od šest meseci. Oba pacijenta (ili 6,66% ispitanika) su bila muškog pola i kod obojice je pruritus bio udružen sa upornom karbunkulozom ingvinalnog predela, odnosno skrotuma. U nešto redjem procentu svrab perianalnog predela je znak jetrine insuficijencije, uremije, tireotoksikoze, leukemije ili avitaminoza, ali u našoj studiji preko biohemijskih parametara i dodatne dijagnostike nismo naišli ni na jedan takav slučaj.

-Oboljenja prostate i semenih vezikula Posebno je interesantan slučaj jednog pacijenta kod koga se smatralo da je pruritus jedan od znakova hronične fisure. Svrab je (po anamnezi) bio prisutan skoro dve godine, kao i bolovi pri defekaciji. Ulceracija u komisuri sa hemoroidom stražarom i okolnom lividnom induracijom u potpunosti se uklapala u sliku hronične fisure. Nakon operativnog tretmana lokalni nalaz se nije ni za nijansu promenio na bolje, mada je sfinkterotomija uradjena „školski“. To je upućivalo na zaključak da je možda dijagnoza pogrešna. Novim pažljivim posmatranjem uočeno je da nije reč o vencu hemoroida već o poligonalnim slivenim papulama, zaravnjene i sjajne površine i ljubičaste boje koje imitiraju hemoroidalni venac. Nekoliko sličnih promena primećeno je i na koži lumbosakralnog predela, te je pacijent kao papulozna dermatitoza poslat na Dermatološku kliniku, na kojoj je postavljena dijagnoza Lichen ruber planus-a i posle lokalne aplikacije kortikopreparata stanje se dobro saniralo. Tako je (u nedostatku iskustva)



Sl. 1. Lichen ruber planus perianalnog predela

jedna pogrešno indikovana operacija poslužila kao diferencijalno dijagnostička metoda i doprinela sticanju iskustva.



Sl.2 Hronična perianalna mikoza

Odličan efekat lečenja postignut je kod 16 pacijenata, odnosno kod 80% ispitanika sa sekundarnim prurititom. Tu je striktno sprovedena preporuka u terapiji, u smislu primarnog rešavanja osnovne bolesti i vrlo brzo potom tretiranja sekundarnih promena na koži, tako da je postizalo izlečenje. Kod 9 pacijenata stanje je bilo zadovoljavajuće (najveći broj njih su dijabetičari, te osnovna bolest i nije mogla biti izlečena), a slab efekat lečenja postignut je kod pacijenata sa neuropsihijatrijskom komponentom. Kod tih slučajeva idiopatskog pruritusa pokušavalo se sa injektiranjem 2% blokada lidokaina i ordiniranjem sedativa. Operativni zahvat po Ball-u (1905) i Spiesman-u (1957),

koji podrazumevaju presecanje inervacije perianalne kože, a za koje se tvrdi da daju odlične rezultate, nisu izvodjeni.

Važan uslov za lečenje je strogo pridržavanje higijenskog režima, naročito posle defekacije. U tu svrhu treba koristiti ohladjenu, čak sasvim hladnu vodu, bez upotrebe sapuna ili šampona. Apsolutno je zabranjeno nositi donje rublje od sintetičkih materijala, a pravilno lečenje dermatita, mikoza i veneričnih bolesti u najvećem broju slučajeva vodi potpunom izlečenju.

Na kraju, umesto zaključka, možda treba istaći da se troškovi višemesečnog pogrešnog lečenja posmatrane grupe pacijenata procenjuju na stotinu hiljada dinara (o gubicima zbog radne nesposobnosti da i ne govorimo), što za vreme koje nam se brzo približava nikako neće biti beznačajno. Mislimo o tome.

LITERATURA

1. Junghans C, Kirsch JJ. Differential diagnose des sekundären Analulcus. Aktuelle Koloproktologie. Munchen: Edition Nymphenburg 1987: 89-94
2. Hurst A. Constipation and Allied Intestinal Disorders. Oxford: Oxford University Press. 1999: 114-7
3. Viachky I. Analen i perianalen pruritus. Koloproktologija. Sofia 1998: 152-153.
4. Alexander F, Karl R, Skinner D, Surgery 944, 1983, 4: 683-688.
5. Donner A, Drabbe F, Kost HP. Rektoanale destruktio durch M. Crohn und inere. Coloproctology 1986; 8: 338-42.

Mr sc. med. dr Aleksandar Ilić, hirur
Služba opšte hirurgije, Zdravstveni centar Pirot
ul. V. Momčila b.b. 18 300 Pirot



PRELOM HUMERUSA NA SPOJU SREDNJE I DONJE TREĆINE Holstein Lewis fraktura (Prikaz slučaja)

Ivan Milkov, Vojkan Rančić

Služba fizikalne medicine i rehabilitacije, Ortopedsko odeljenje ZC Pirot

SAŽETAK: U radu se daje prikaz relativno retke povrede humerusa i n.radialis. Prelom humerusa na spoju srednje i donje trećine sa pomakom distalnog fragmenta upolje i naviše može da dovede do povrede n.radialis. Najčešće se radi o neuropraksiji i aksonotmesi / 90 % slučajeva. Lečenje je ortopedsko-hirurško, uz rehabilitacioni fizikalni tretman i EMNG dijagnostiku. U većini slučajeva dolazi do neurološkog oporavka za 3-4 meseci. Cilj fizikalne terapije i rehabilitacije je funkcionalni oporavak povređenog ekstremiteta, što je u slučaju naše bolesnice postignuto.

KLJUČNE REČI: humerus, n.radialis, osteosinteza, EMNG, rehabilitacija

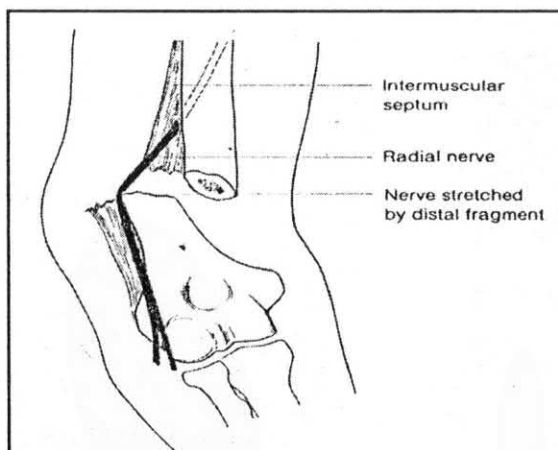
SUMMARY: This work elaborates on the relatively rare injury of the humerus and n.radialis. The fracture of the humerus at the junction of the mid and the distal thirds with a lateral displacement of the distal fragment may cause a damage of n.radialis. Most commonly the injuries are neuropraxis or axonotmesis (in 90% of the cases). The treatment is both orthopedic and surgical, accompanied by physical rehabilitation treatment and EMNG diagnostics. In most patients, neurological betterment is evident in three or four months. The aim of the physical therapy and treatment is a functional rehabilitation of the injured extremity, what has been achieved in the case of our patient.

KEY WORDS: humerus, n.radialis, osteosynthesis, EMNG, rehabilitation

UVOD

U predelu spoja srednje i donje trećine humerusa n. radialis izlazi iz spiralnog kanala, obilazi humerus, naleže i prolazi kroz distalnu trećinu intermuskularnog septuma. Prelom humerusa u tom nivou dovodi do lateralnog pomeranja distalnog fragmenta istežući lateralni intermuskularni septum oštećujući n. radialis u oko 18% slučajeva. U oko 90% slučajeva je neuropraksija i aksonotmesa. (Slika 1.)

Stav vodećih ortopedskih hirurga je neodložna hirurška intervencija: otvorena repozicija, redukcija, stabilizacija preloma i eksploracija nerva.



Slika 1.

EMG za oko 6 nedelja može pokazati

znake oporavka, u 75-90% slučajeva oporavak traje 3-4 meseci.

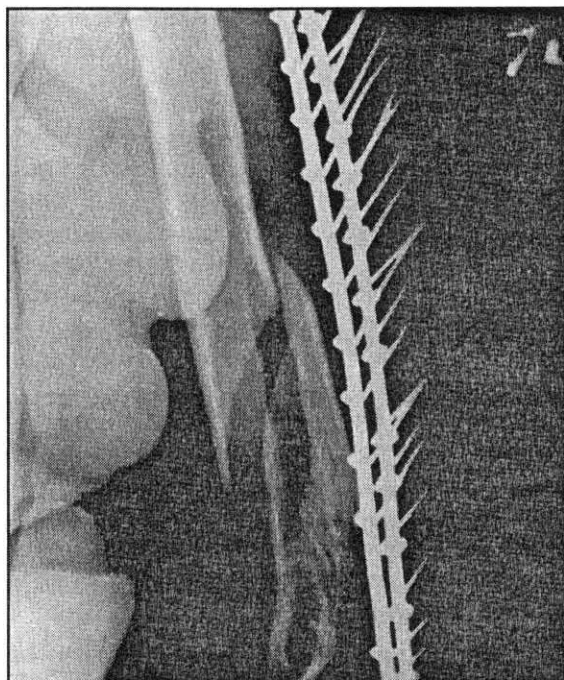
Odloženoj hirurškoj intervenciji se pristupa ukoliko posle 3 meseca nema kliničkih i EMG znakova oporavka, ukoliko postoje i inicijalni znaci reinervacije, hirurška intervencija se odlaže za mesec dana do ponovne EMG kontrole.

Zadatak fizikalne terapije i rehabilitacije, s obzirom na stanje posle preloma humerusa i oštećenje n.radialis, je poboljšanje lokalnog krvotoka i metabolizma, podpomaganje stvaranje kalusa, redukcija refleksorne i postmobilizacione hipotrofije mišića, očuvanje klizajućeg mehanizma tetiva, kapsuloligamentarnog aparata i okolozglobnih tkiva od fibrozirajućeg procesa. U periodu konsolidovane frakture povećanje snage mišića, obima pokreta i funkcije, kao i postepen trening za normalno sprovođenje svakodnevnih aktivnosti života i rada. Neophodno je odrediti stepen oštećenja nerva funkcionalnom i kliničkom dijagnostikom, što će odrediti plan rehabilitacije - tretman motornog deficita, vegetativno cirkularnih i senzitivnih poremećaja.

PRIKAZ BOLESNICE

Pacijent P.D. 49g. pri padu povredila lev-unadkaticu pri čemu je zadobila prelom humerusa u predelu spoja srednje i donje trećine sa oštećenjem n. radialis. Na Ortopedskom odeljenju u Pirotu urađena je otvorena repozicija dugog kosog preloma u predelu spoja srednje i distalne trećine humerusa, stabilizacija sa 3 pojedinačna zavrtnja. Urađena je eksploracija nerva od sulkusa doulaska u prostor između m.brachialis i m.brachioradialis. Kontinuitet nerva je bio očuvan, bez makroskopski vidljivih mesta striktura ili promene debljine, što je ukazivalo na leziju elongacionog tipa. Urađena je transpozicija u meka tkiva. Popstavljena je imobilizacija nadlaktom gipsanom longetom u trajanju od 3 nedelja. (Slike 2 i 3)

Posle zarastanja rane i skidanja gipsane imobilizacije pacijentkinja je upućena na fizikalnu terapiju. Na prijemu evidentna je tipična slika za leziju n.radialis u predelu srednje-donje trećine "viseća šaka" globalno snižena, GMS ruke u celini. Hipestezija do anestezije u inervacionom području n.radialis. Otok lakta, distalnog dela nadlaktice i podlaktice. Kontraktura lakta F/E90/-25 Su/Pro 60/65.



Slika 2.

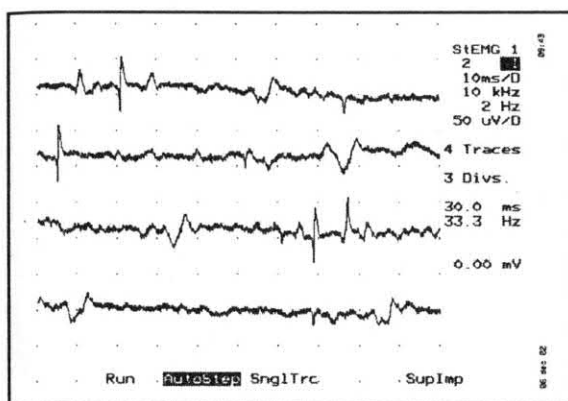


Slika 3.

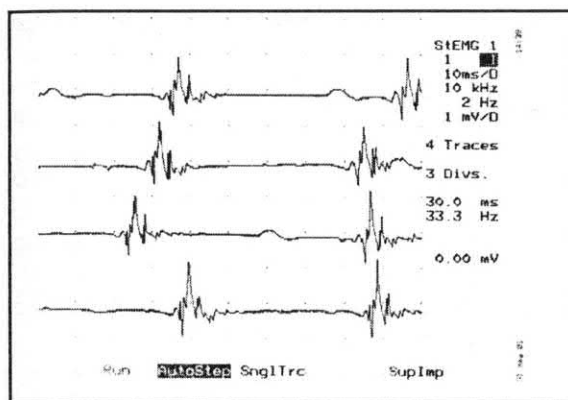
Kontrakture ramena i ručnog zgloba lakšeg stepena.

EMG pokazuje denervacionu aktivnost u m.extensor digitorum communis / fibrilacije i PDP/. Pri pokušaju maksimalne voljne kontrakcije nisu registrovani AMP. M potencijal se registruje proksimalnom stimulacijom iz Erba. Senzitivni neurogram odsutan.

Uključena u program fizikalne terapije:



Slika 5.



Slika 4.

krio, IFS, IMP, ES, kinezi th.

Posle četiri nedelja MMT i dalje bez ikakve aktivnosti u paralitičnoj muskulaturi. Ostala muskulatura ruke poboljšane GMS uz povećan obim pokreta u svim zglobnim segmentima. EMG pokazuje nepromenjenu denervacionu aktivnost. Regstruje se EMG krivulja redukovana u teškom stepenu sa znacima reinervacionog procesa (pojedinačni AMP polifaznog oblik). (Slika 4,5) M potencijal izmenjenog oblika, niže amplitude 1,0mV, dugačke DL 6,4 ms, MBP smanjena 20 m/s. Senzitivni neurogram niže amplitude 9,0 uV. produžene latence 2,2 ms, smanjene SBP 50,0 m/s.

Pete nedelje fizikalne terapije MMT registrujemo početnu aktivnost paralitične muskulature.

Kontrolni EMG pokazuje umerenu denervacionu aktivnost, EMG krivulju redukovanu u srednjem stepenu, AMP pretežno polifaznog oblika, amplitude do 2mV. Neurografski nalaz bez značajnih promena.

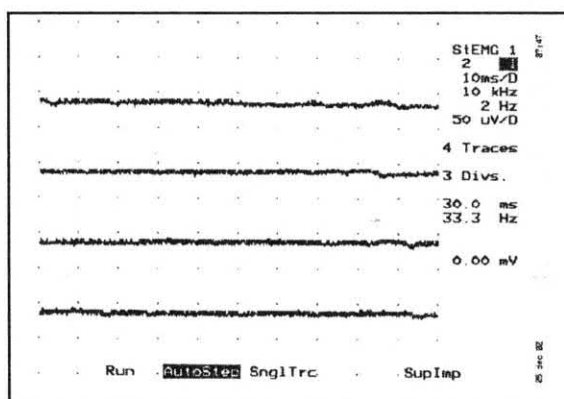
Lečenje je završeno posle 12 nedelja. Konstantujemo normalnu GMS ruke -za m.extensor digitorum communis 4+, obim

pokreta u laktu normalan, bez bolova, senzitivne smetnje "zanemarljive". RTG pokazuje saniran prelom. EMG u miru registruje se električna tišina, EMG krivulja redukovana u lakšem stepenu, AMP N ili P trajanja amplitude 2/4mV, M potencijal izmenjenog oblika, niže amplitude 1,2 mV, produžena DL 4,0ms, smanjena MBP 25,0m/s. Senzitivni neurogram pokazuje nižu amplitudu 9,6uV, produženu latencu 2,2ms i lako smanjenu SBP 54,5m/s.

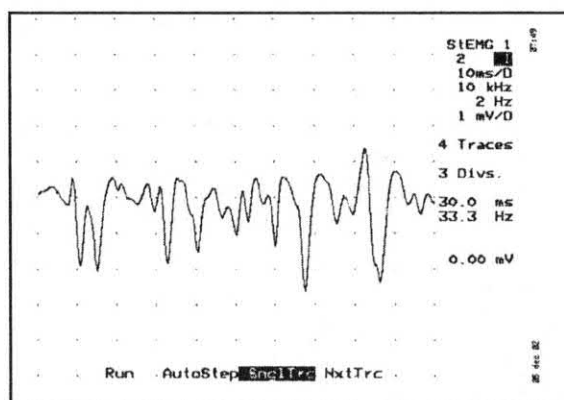
(Slika 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13)



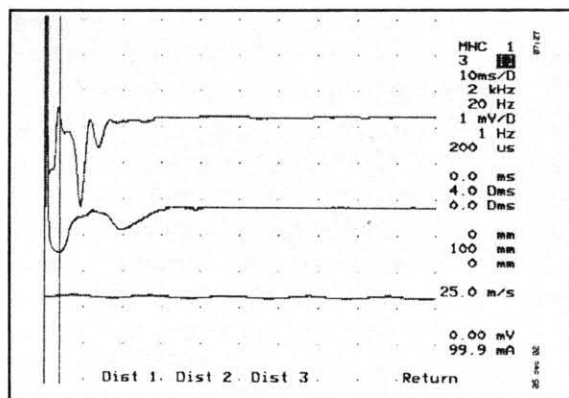
Slika 6.



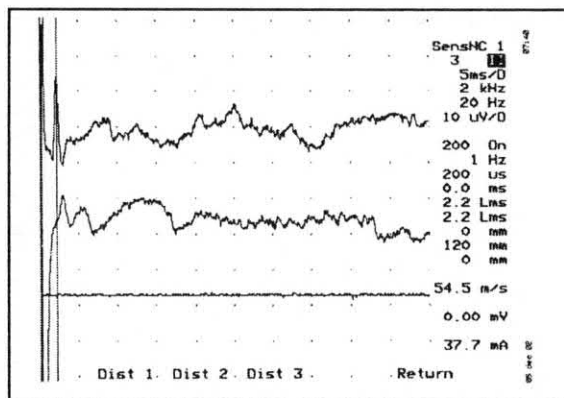
Slika 7.



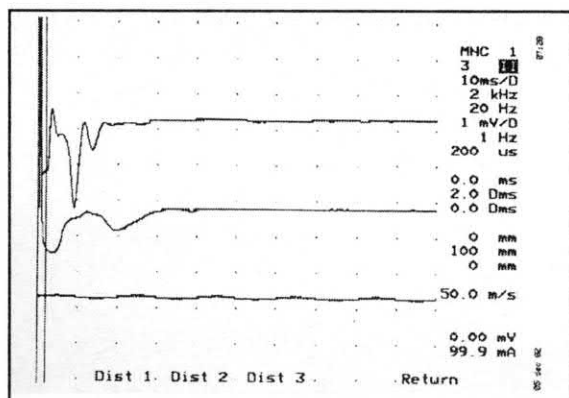
Slika 8.



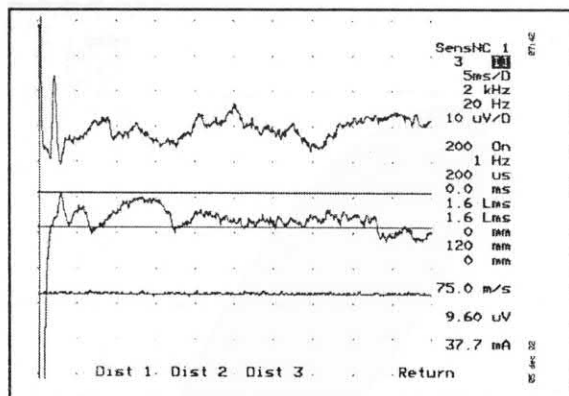
Slika 9.



Slika 12.



Slika 10.



Slika 11.

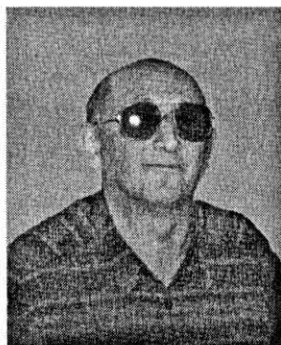
ZAKLJUČAK

Povreda spoja srednje i donje trećine humerus, udružena sa lezijom n.radialisa, zahteva kompleksan pristup :ortopedsko hirurški, kliničko neurofiziološki/EMNG nalaz u cilju dijagnostičkog, prognostičkog i terapijskog delovanja/, sveobuhvatni i uporni fizikalni tretman u cilju potpunog ili funkcionalnog oporavka ekstremiteta.

LITERATURA

- 1.Dragoljub M Banović:Traumatologija koštano-zglobnog sistema,Dečje novine 1989(325)
- 2.Joseph Schatzker,Marvin Tile:The Rationale of Operative Fracture Care,Springer Verlag,Berlin Heidelberg 1987(64,65)
- 3.A.Holstein & GB Lewis.JBJS 45 A 1963 p,Fractures of the humerus with Radial Nerve Paralysis 1382-1388
- 4.S.Amillo,H.Barrios,R.Martinez-Peric,and J.I.Losada,Surgical Treatment of the Radial Nerve lesions Associated m/Frh of the humerus.J.Orthop.Trauma 1993 Vol 7 N 3 ,211-215
- 5.Bojčeva operativna ortopedija i travmatologija Tom I ,redakcija na J.Holevič,Medicina i fizikultura Sofija 1983, 188.
- 6.Stojanka Đurić,Jelena Mihajlov-Martinov, Prosveta 1988.

Dr Ivan Milkov, spec. fizikalne med.
Služba fizikalne medicine,
Zdravstveni centar Piro
Ul. V. Momčila b.b. ; 18300 Piro



TRANSPLANTACIJA I HIRURŠKA REPOZICIJA IMPAKTIRANOG ZUBA

Aleksandar V. Ćirić, Jovan Nikolić
Služba stomatologije, Doma zdravlja Pirot

SAŽETAK: U radu su prezentovana savremena shvatanja morfoloških i bioloških problema vezana za transplataciju zuba. Takodje su prikazane osnovne smernice pri izboru pacijenta za postupak transplatacije, kao i osnovne indikacije, odnosno, kontraindikacije koje treba imati u vidu prilikom procene mogućnosti da se ovaj postupak uspešno izvede. Posebno je ukazano na potrebu razmatranja svih relevantnih faktora prilikom donošenja odluke o primeni samog postupka, uz uvažavanje osnovnog interesa pacijenta.

KLJUČNE REČI: Impaktirani zub, vilica, transplantacija.

SUMMARY: Some contemporary ideas of morphological and biological problems related to the transplantation of teeth are presented in this essay. Also, this essay presents some general rules concerning the selection of the patients for teeth transplantation and the basic indications and the contraindications that must be considered in order to estimate every possibility for this procedure to be properly performed. It's very important to emphasize the need of consideration of all relevant factors when we decide to apply this procedure, with full respect of the patient and his interest.

KEY WORDS: impacted tooth, jaw, transplantation.

"... Uvek kad izgubim jedan zub
osećam se kao da pomalo
umirem ..."

Volter

U V O D

Stomatognatni sistem predstavlja funkcionalnu celinu koja se sastoji iz gornje i donje vilice, mišića, krvnih sudova i nerava. Pojam stomatognatni sistem sadrži shvatanja da je ova funkcionalna celina ostvarena neuromuskularnom koordinacijom, tako da je taj

naziv odgovarajući. Usna duplja u celini predstavlja zajednički neuromišićni efektor, što bi se moglo kvalifikovati kao zajednički finalni put za tako različite aktivnosti, kao što su respiracija, fonacija, mimika, mastikacija i deglutacija.

Multipnost funkcija ovog sistema obezbeđuju mišići koji su izloženi uticaju nervnog sistema, a vilice, zglobovi, zubi i njihovo

va potporna tkiva služe kao pasivni instrumenti. Ali, kako među ovim različitim delovima stomatognatnog sistema mora postojati harmonična korelacija da bi se obezbedila funkcionalna sposobnost, to se bukalni efektor ne može smatrati kao jednostavan zbir pojedinih anatomskih struktura, već kao funkcionalni kompleks visoko integralan, koji obezbeđuje celovitost pobrojanih funkcija. I ako se masikatorna funkcija obavlja u kontekstu drugih funkcija, ona posebno interesuje stomatologa koji ima zadatak da obezbedi restauraciju narušene okluzalne funkcije i njenu prevenciju. Gubitak zuba, parodonta i alvelarnih nastavaka utiču na funkciju stomatognatnog sistema.

Razvoj zuba je složen i kontinuiran proces koji se sastoji iz više stadijuma. U svakom od tih stadijuma zastupljeni su svi fiziološki procesi rasta, kao što su: proliferacija, histodiferencijacija, morfodiferencijacija itd., ali u svakom stadijumu prevladuje jedan, osnovni proces.

Razvoj mlečnih zuba započinje u embrionu (starom 6-7 nedelja i dugom 12-15 mm.), time što usni epitel u bazalnom delu počinje jače da proliferira.

Svaki zub predstavlja poseban organ čija je uloga mehanička obrada hrane. Zubi su poredjani u dva niza hiperbolične krive a sastavljeni su iz više tkiva.

Zub je idol, talisman, svemoćni lek, magično sredstvo da se održi i preživi, sredstvo opstanka životinje. Takva shvatanja, prema Lejoyeuhi, potiču iz davnih vremena iz doba kada je izvadjeni zub pobjedjenog ratnika simbolizovao nemoć i priznanje da je pokoren. Takva shvatanja su vremenom promenjena, modificirana, mada je kod nekih primitivnih plemena Australije, Afrike, Južne Amerike, Bornea itd., zub još uvek simbol snage i moći. Ako se tome doda da gubitak zuba kod ljudi može izazvati teška psihička stanja zbog narušavanja estetskog izgleda, onda se može shvatiti pravo mesto i uloga zuba za čoveka.

UZROCI IMPAKCIJE ZUBA

Pojedinim zubima može biti onemogućeno nicanje. Takve zube, zavisno od uzroka koji su onemogućili njihovo nicanje delimo na impaktirane, retinirane ili inkludirane.

Kako ovi pojmovi više ili manje imaju istovetno značenje i odnose se na zube koji nisu iznikli, sa jasnim uzrocima koji su ih sprečavali ili bez vidljivih razloga, zbog boljeg

razumevanja ovog rada služićemo se samo terminom impakcija (impactio).

Najprihvatljiviji razlog impakcije zuba je svakako nedostatak prostora u vilicama za smeštaj svih zuba. Osim nerazvijenosti vilica, drugi uzroci impakcije mogu biti: nepravilan položaj zuba, pritisak susednog zuba, uklještenje, kompaktnosti okolne kosti koja zub pokriva, prerani gubitak mlečnih zuba, oštećenje od povreda i dr. Pored naslednosti, kao uzroci navode se i oboljenja nastala u detinjstvu (rahitis, anemija, kongenitalni sifilis, tuberkuloza, disfunkcija žlezda sa unutrašnjim lučenjem, rascep nepca i drugo).

TRANSPLATATIO DENTIS

Transplantacija i hirurška repozicija u sklopu ortodontskog lečenja, obavlja se po pravilu kod impaktiranih gornjih očnjaka. Transplantacija zuba je presađivanje zuba iz jedne alveole u drugu ili u bezubi deo alveolarnog nastavka. Mnogo je povoljnija okolnost ako već postoji alveola zuba koji je izvadjen pre transplantacije (najčešće mlečni očnjak - naš slučaj ili gangrenozni prvi premolar). U tim slučajevima, alveola se koristi za smeštaj transplantiranog zuba, pri čemu se više ili manje modelira i produbi. Pesađivanje zuba je ili kod iste jedinice (autotransplatatio) ili unutar iste vrste (homiotransplatatio).

U slučaju da položaj to dozvoljava, zub se može samo replantirati u prethodno formiranu alveolu, tako da se ni jednog momenta ne vadi iz koštanog tkiva. Ukoliko ugao pod kojim se zub rotira nije veći od 90 stepeni, postoji mogućnost da se izbegne povreda apeksnih sudova. Medjutim, čak i ako dodje do povrede ovih krvih sudova, pošto zub nije vadjen, postoji mogućnost revaskularizacije. Iz ovih razloga se prilikom hirurške repozicije, za razliku od transplatacije, ne vrši endodonska obrada zuba.

INDIKACIJE

Postojanje impaktiranog zuba i slobodno mesto u zubnom luku jedina su prava indikacija unutar istih usta. Relativno je indikacija duboko kariozni zub ili koren odnosno mlečni zub koji se može zameniti impaktiranim zubom.

Egnju i Fong (Aguewu i Fong) smatraju da je za uspešnu transplataciju važno sledeće:

1. Da se transplatirani zub organski veže u svojoj novoj sredini;

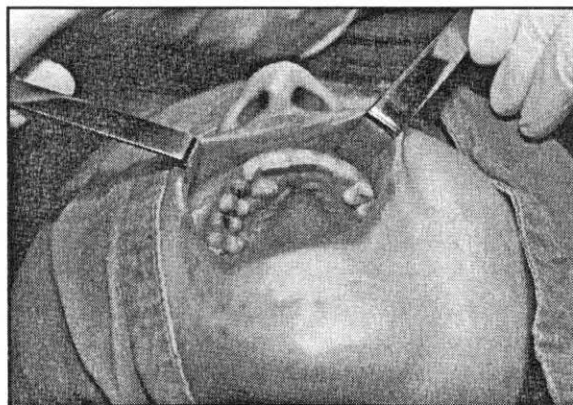
2. Da mora biti dezartikulisiran;
3. Da treba da bude estetski prihvatljiv;
4. Da transplantirani zub, rendgenski i klinički pokazuje takvo stanje desni, kosti i parodonticijuma, koje obezbeđuju njegovu stabilnost i neograničenu upotrebu;

5. Da ne sme biti u kontaktu sa periapikalnim i marginalnim lezijama;

Stomatološka anamneza i pregled usne šupljine je obavezni sastavni deo preoperativnog postupka za svakog kandidata za transplantaciju. Anamneza ukazuje na motivisanost pacijenta, stepen oralne higijene i želju pacijenata za stalnom saradnjom.

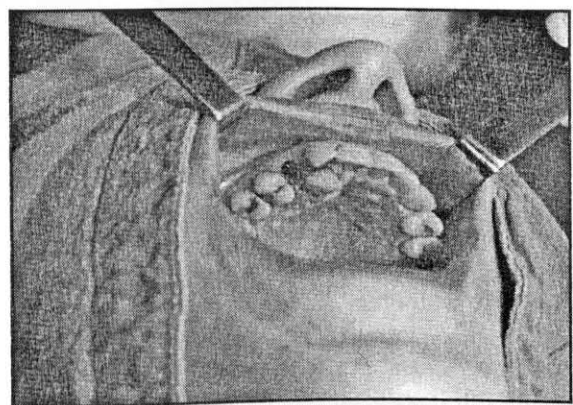
NAČIN RADA

Vadjenje impaktiranih gornjih očnjaka je delikatna hirurška intervencija i neophodno je pažljivo izvršiti klinički pregled a nalaz potkrepiti rendgenskim snimcima. Na osnovu ovog stvara se plan rada i odabira odgovarajući pristup (Sl. 1.).

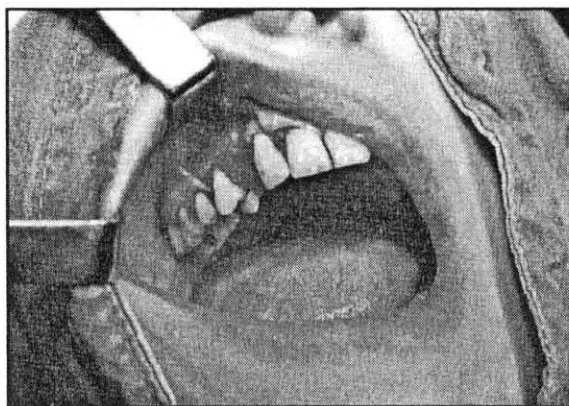


Slika 1.

Prilikom izbora anestezije treba uvek dati prednost sprovodnoj, a ne plexus anesteziji.



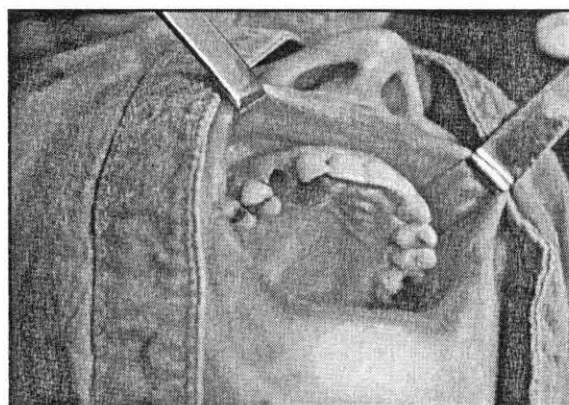
Slika 2.



Slika 3.

Pleksus anestezija dovodi do ishemije i slabije prokrvljenosti što se takodje nepovoljno odražava na zarastanje rane.

Najpre se izvadi zub koji je već u zubnom nizu i njegova alveola modelira. Potrebno je prilagoditi tu alveolu u obliku i veličini transplantiranog zuba (Sl. 2. i 3.). Pošto se na taj način pripremi mesto za postavljanje transplantiranog zuba, u sledećoj fazi operacije izvrši



Slika 4.

se hirurško vadjenje impaktiranog očnjaka (Sl. 4.).

Izbor reza i pristup impaktiranom gornjem očnjaku zavise od položaja krune. Ukoliko kruna ovog zuba nije u bliskom odnosu sa korenima susednih zuba, može se pokušati vadjenje zuba kleštima ili polugom. Estrakcija se mora izvesti pažljivo da ne pukne kruna ili koren, odnosno da se ne ošteti alveolarna kost ili meko tkivo. Posle vađenja, zub se stavi u topao fiziološki rastvor (37 C). Preko alveole se stavi gaza umočena u topli fiziološki rastvor. Taj postupak treba povremeno ponavljati u toku rada da se ekstrakcijska rana i zub ne ohlade.

Zub se apikotomira i endodontski se obradi. Pri širenju i punjenju kanala korena



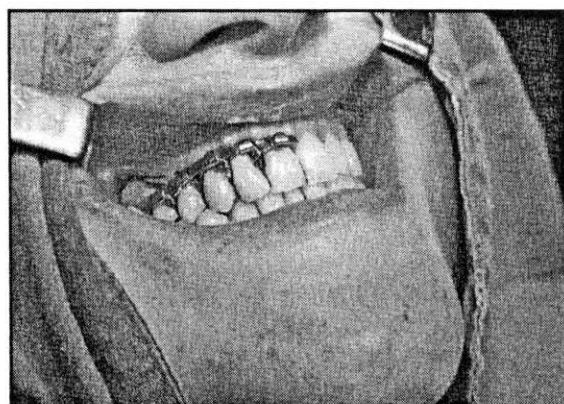
Slika 5.



Slika 6.



Slika 7.



Slika 8.

zuba čuvati periodonciju da se ne ošteti bilo hemijski, pregrevanjem ili mehanički. Kanal korena zuba puni se jodoform-cement pastom i gutaperkom. Obrada je jednostavna jer se koren može širiti i puniti i sa apikalne strane. Depulpiranje i punjenje kanala korena može se izvesti i naknadno, 2-3 meseca posle transplantacije. Zub se u alveolu vraća tek kada se cement stegne i fiksira ranije pripremljenom šinom. Fiksaciju zuba treba izvesti tako da se onemogući njegovo istiskivanje iz alveole. Zbog toga ne treba žičanu ligaturu plasirati na vrat zuba (Sl. 5., 6., 7., 8.).

Jedan broj autora protivi se fiksaciji zuba u alveoli dok je drugi preporučuju, zadržavajući fiksaciju u ustima od nekoliko dana ili više meseci.

Kod pacijenata fiksaciju zuba držali smo od 5-7 nedelja.

Posle operacije važna je dobra higijena usta. Takođe treba preporučiti zračenje infracrvenim zracima, zbog bolje prokrvljenosti alveole.

DISKUSIJA

U poslednje vreme sve češće čine se pokušaji transplantacije impaktiranih očajnika u novo oblikovanu alveolu, kako bi zauzeli mesto u normalnom zubnom luku.

Koren ovako transplantiranog zuba često ne odgovara obliku alveole u koju se zub presadjuje, zbog čega se ona mora oblikovati što nepovoljno utiče na zarastanje zuba na novom mestu.

Transplantirani zub nema svojstva živog tkiva, jer ta svojstva zavise o periodontu i zubnoj pulpi koji se pri presađivanju ne mogu sačuvati. Umesto fiziološke elastičnosti nastaje čvrsta veza između zuba i novostvorenog koštanog tkiva. Pritisak žvakanja nije više "amortizovan" periodontalnim vlaknima, već se direktno prenosi na krutu vezu zub-kost. To aktivira osteoklaste koji resorbuju koren zuba, a osteoblasti u šupljinama korena izgrađuju novu kost. Proces će trajati dok se koren sasvim ne resorbuje ili se usled pritiska prilikom žvakanja ne slomi. Zub je dakle potpuno "mrtav" jer nema ni periodonta ni zubne pulpe. Ipak auto-transplantirani zub nije strano telo, jer se radi o genetski istovetnim tkivima, pa nema odbacivanja zuba transplantacijskom reakcijom, već nefiziološki odnosi zuba i okolne kosti izazivaju lakunarnu resorpciju njegovog korena.

Koštanom zarastanju prethodi krvarenje i formiranje krvnog mikrokoaguluma koji sadrži fibrin i krvne ćelije koje čine osnovu za reparatorno granulaciono tkivo. Stoga su odnos i athezivnost koaguluma za koren transplantiranog zuba značajni za dalji tok zarastanja. Koagulum počinje da se organizuje proliferacijom sudovnog vezivnog tkiva i kapilara kao i sa akumulacijom histiocita, fibroblasta i fibrocita. Posle 7 dana koagulum biva zamenjen granulacionim tkivom a zatim oko tri nedelje kasnije već se pojavljuju i prvi osteoblasti. U toku dalje faze ozdravljenja koštanog tkiva počinje diferencijacija mezenhimalnih ćelija koje imaju potencijal stvaranja koštanog tkiva.

Autotransplantirani zub je presadjen za njega u nepodesnu i preširoku alveolu. Proces stvaranja nove kosti u takvoj alveoli prilično je dugotrajan, a ponekad i manje uspešan. To nas navodi na zaključak da unutrašnji i transdentalni implantati imaju vrlo važnu ulogu u produženju veka autotransplantiranog zuba. Efikasnost ove metode objašnjava se činjenicom da mehanizmi koji dovode do resorpcije korena transplantiranog zuba ne deluju na metalni implatat zbog čega se zub mnogo duže zadržava u alveoli.

ZAKLJUČAK

Uspeh transplantacije zuba procenjuje se na više načina. Najznačajniji je da li se posle transplantacije pojavljuje bol i zapaljenje i da li

se zub klati. Kasnije se uspeh transplantacije procenjuje na osnovu rendgen snimka, koji pokazuje da li je došlo do resorpcije ili srastanja zuba sa koštanom alveolom.

Danas se smatra da je transplantacija zuba uspeła ukoliko se resorpcija korena ne javi u toku od 2 godine.

Ostaje, dakle, na kraju da se zaključi da je na polju biointegracije transplantiranog zuba još uvek mnogo nerešenih pitanja što svakako predstavlja podstrek svima onima koji imaju nameru da se ovim poslom bave. Nema nikakve sumnje da pravilan izbor pacijenta i indikacija, izbor dobrog sistema, i primena odgovarajućeg instrumentarija prižaju dobru osnovu za ukupan uspeh u transplantaciji zuba a time i najbolji način lečenja u prevenciji oboljenja usta.

LITERATURA

1. Archer, H.: Oral Surgery, 5 th edition, W.B. Saunders Company, 1975.
2. Fost, H.M.: Mechanical determinants of bone remodeling. Metal. Bone Dis. 4: 217, 1992.
3. Jojić, B. Perović, J.: Oralna hirurgija, SLD. Beograd, 1979,
4. Steiner, R.B., Thompson A.R.: Oral Surgery and Anesthesia, Saunders Co, London, 1997.
5. Todorović, L.J.: Indikacije i kontraindikacije za primenu endosealnih implatata. Oralna inplatologija, 1, 1996.
6. Zarb, G.A., Abreksson, T.: Osseointegration: A requiem for the periodontal ligament. Int. J. Periodontal 11:88, 1991.

Prim. dr stom. Aleksandar V. Ćirić, mr sci. med., oralni hirurg
Zdravstveni centar Pirot
Ul. V. Momčila b.b.; 18300 Pirot

HERNIJA KAO SPORTSKA POVREDA

Miljko A. Pejić¹, Dragan J. Milić²

¹ Hirurško odeljenje - Zdravstveni centar Užice, ² Hirurška klinika - Klinički Centar

SAŽETAK: Oko 5% svih sportskih povreda pripada povredama ingvinalne regije. Sportisti, naročito fudbaleri i hokejaši imaju povećan rizik od nastanka 'sportske hernije' koja se može definisati kao disrupcija ingvinalnog kanala bez prisustva klinički manifestne hernije. Ove disrupcije se često nazivaju "sportske hernije", "hernije sportista", ili "sportska pubalgia". Jednostrani bol u preponi je najčešći simptom koji se javlja kod ovih sportista. Mnogi autori preporučuju hirurški tretman kao metodu izbora u lečenju ovog stanja. Hirurški tretman sa sprovedenom odgovarajućom postoperativnom rehabilitacijom mogu ove sportiste vratiti redovnim sportskim aktivnostima i takmičenju u roku od 6 do 8 nedelja. Lovell je pronašao prisustvo hernije tokom izvodjenja hirurške procedure kod 50% od 186 operisanih sportista. Njegovo istraživanje je uključilo 186 muških sportista koji su imali bol u preponi koji je trajao duže od 8 nedelja. Dok su dijagnoza i hirurška reparacija klinički manifestne direktne ili indirektno kile dobro poznate, disrupcija ingvinalnog kanala koja se vidi kod sportskih hernija je i dalje povezana sa brojnim dilemama. Disrupcija conjoined tendon-a je nalaz koji opisuje većina autora. Gilmore ističe da disrupciju ingvinalnog kanala karakterišu tri hirurška nalaza: (1) rascep aponeuroze m. obliques externus-a sa dilatacijom anulusa inguinalis superficialisa; (2) rascep conjoined tendon-a; i (3) dehiscencija između rascepa conjoined tendona i ingvinalnog ligamenta, što predstavlja i glavnu leziju. Hackney je pronašao slabost transverzalne fascije sa njenim odvajanjem od conjoined tendon-a kod svih 16 ispitivanih sportista. Simonet sa saradnicima je opisao rascepe u m. obliques internusu kod 10 profesionalnih hokejaša koje je ispitivao dok su Williams i Foster opisali manje kompleksnu disrupciju sa rascepom u aponeurozi m. obliques externusa i to u visini pojavljivanja završne račve anteriorne grane iliohypogastričnog nerva. Istraživači ukazuju da se ove povrede javljaju zbog aduktorne akcije mišića tokom sportskih aktivnosti sa izazivanjem jakih sila smicanja na pubičnoj simfizi koje dovode do rascepa na zadnjem zidu ingvinalnog kanala. Ponovljeni pokreti koji stvaraju ove jake sile smicanja ili iznenadna jaka sila koja se prenosi na transverzalnu fasciju i m. obliques internus mogu dovesti do njihovog odvajanja od ingvinalnog ligamenta. Ovaj mehanizam je takodje odgovoran i za nastanak osteitis pubisa i tenoperiostitisa aduktornih mišića. Radiografska ispitivanja su važna u postavljanju dijagnoze sportske hernije, uglavnom za isključivanje drugih stanja koja daju slične simptome. Radiografijom se može postaviti dijagnoza osteitis pubisa, tenoperiostitisa aduktornih mišića, osteoartritisa kuka, i koštanih tumora. Scintigrafija kostiju može biti od koristi u otkrivanju aktivnog osteitis pubisa, kao i stres fraktura. Neke studije su pokazale koristnost herniografije u otkrivanju kile kod sportista sa neobjašnjivim bolom u preponi. Ovu metodu ne treba rutinski izvoditi jer njena efikasnost u otkrivanju sportskih hernija još uvek nije jasno dokazana te se preporučuje samo kod selektovane grupe pacijenata. Ultrasonografija, CT i MRI se koriste kod ispitivanja nejasnih i teških slučajeva. One su korisne naročito u dijagnostikovanju raznih patoloških muskuloskeletnih stanja koja mogu dati slične simptome kao sportska hernija.

Hirurški tretman obično se primenjuje tek posle neuspešnog konzervativnog lečenja. Treba ipak istaći da je konzervativno lečenje retko uspešno dok je hirurški tretman daleko efikasniji. Kod bolesnika kod kojih postoji sumnja na postojanje drugih koegzistirajućih patoloških stanja ima smisla

sprovoditi konzervativni tretman dok kod onih bolesnika kod kojih je prisustvo sportske hernije jedino patološko stanje hirurška procedura ima svoje mesto čak i u ranoj fazi lečenja. Postoje različite hirurške tehnike koje se mogu primeniti u lečenju sportske hernije. Gilmore je opisao modifikovanu herniorafiju sa plikacijom transversalne fascije pri čemu je naglasio značaj reparacije conjoined tendona i njegove reimplantacije na pubični tuberkulum i ingvinalni ligament. Williams i Foster su objavili manje kompleksnu reparacionu proceduru koja se sastoji u aproksimaciji rascepljenih ivica aponeuroze m. obliques externusa.

U zaključku, možemo istaći da sportiste a naročito fudbalere sa sportskom hernijom, treba podvrći rutinskoj reparacionoj proceduri ingvinalnog kanala u cilju značajnog smanjenja ili čak potpunog eliminisanja simptoma. Takođe je neophodna i adekvatna postoperativna rehabilitacija kako bi se postigao maksimalni benefit. Neophodno je sprovođenje prospektivne randomizirane kontrolisane studije koja bi evaluirala efikasnost različitih hirurških procedura koje se primenjuju u tretmanu bolesnika sa disrupcijom ingvinalnog kanala.

KLJUČNE REČI: sportska, hernija

SUMMARY: Approximately 5% of all sports injuries in sportsmen are related to the groin area. Sportsmen especially soccer and ice hockey players are at high risk of developing a 'sports hernia' which can be described as disruption of the inguinal canal without a clinically detectable hernia. Insidious onset of unilateral groin pain is the most common symptom. Many authors suggest that surgery should be the preferred treatment. Structured rehabilitation should enable athletes to return to sports activity within 6 to 8 weeks after surgery. In male athletes, causes of groin pain without a clinically detectable hernia are often described as disruptions of the inguinal canal, especially in cases resistant to conservative treatment. These disruptions are often termed "sports hernia", "sportsman's hernia", or "athletic pubalgia". Lovell found sports hernias during surgery in 50% of 186 male athletes. The study included 186 males who had groin pain lasting longer than 8 weeks. While the diagnosis and surgical repair of clinically detectable direct and indirect inguinal and femoral canal hernias are well described, the disruption seen in the sports hernia is less well understood.

Disruption to the conjoined tendon is finding presented by the majority of authors. Gilmore describes a disruption to the groin characterized by three surgical findings: (1) a torn external oblique aponeurosis causing dilatation of the superficial inguinal ring; (2) a torn conjoined tendon; and (3) a dehiscence between the torn conjoined tendon and the inguinal ligament, constituting the major injury.

Hackney found a weakening of the transversalis fascia with separation from the conjoined tendon in all of his 16 cases. Simonet et al found tears in the internal oblique muscles in the 10 elite ice hockey players they studied. Malycha and Lovell describe an incipient direct inguinal hernia with an associated bulge in the posterior inguinal wall extending anteriorly in 80% of cases in their series of 50 athletes. Yet another pathology is proposed by Williams and Foster, who present a less complex disruption involving a small tear in the external oblique aponeurosis at the site of emergence of the terminal branches of the anterior primary rami of the iliohypogastric nerve. Researchers suggest that these injuries occur because adductor action during sporting activity creates shearing forces across the pubic symphysis that can stress the posterior inguinal wall. Consequent repetitive stretching of, or a more intense sudden force to, the transversalis fascia and the internal oblique can lead to their separation from the inguinal ligament. This mechanism may also account for the common finding of coexisting osteitis pubis and adductor tenoperiostitis in these patients.

A clinically detectable hernia is usually not present. Radiographic investigations are important in diagnosing the sports hernia, mainly for excluding coexisting pathologies with overlapping symptoms. Plain radiographs may demonstrate osteitis pubis, adductor tenoperiosteal lesions, symphyseal instability, hip osteoarthritis, and bone tumors. A bone scan can be helpful in making a diagnosis of active osteitis pubis, tenoperiosteal lesions, and stress fractures.

Some studies have suggested the usefulness of herniography in diagnosing a hernia in athletes with unexplained groin pain. Herniography should not be routinely used because its effectiveness in detecting sports hernias has not been clearly demonstrated and it should be performed only in selected patients. Doctors generally do not favor its use because of its low specificity and potential morbidity. Ultrasonography, CT and MRI should be performed in difficult cases. As it has already been suggested, a range of musculoskeletal conditions may mimic the sports hernia, including osteitis pubis, adductor tendonopathy, stress fracture of the pubic rami, and ilioinguinal or obturator neuropathies.

Surgery is often considered only after unsuccessful conservative treatment. However, this treatment is rarely effective, while surgery appears to be beneficial. In patients suspected of having coexisting pathologies a trial of conservative treatment is appropriate while in those patients where sports hernia is the only pathology, particularly in the professional sportsmen, surgery should be considered even in the early stage. There are a variety of surgical techniques used in the treatment of this condition. Gilmore described a modified herniorrhaphy with plication of the transversalis fascia and emphasizes the importance of a repair of the conjoined tendon, with reattachment to the pubic tubercle and inguinal ligament. Williams and Foster described a less complex repair involving approximation of the torn edges of the external oblique aponeurosis.

In conclusion, we can say that athletes with sports hernia should be considered for routine hernia repair. It is important, however, to offer a structured rehabilitation programme to these patients to maximize the benefit. A prospective randomized controlled trial is needed to evaluate the efficacy of different surgical methods performed in patients with groin disruption.

KEY WORDS: sports, hernia

UVOD

Sprovedeno je sistematsko istraživanje medline-a kao i nama dostupne literature koja sadrži podatke o hroničnom preponskom bolu, povredama prepone, kao i o sportskim hernijama. Za period od 1950. do 2000. godine postoji oko 45 objavljenih članaka koji su se na odgovarajući način bavili tretmanom hroničnog bola kod sportskih hernija.

ANATOMIJA I PATOFIZIOLOGIJA

Anatomija preponskih hernija dobro je opisana u udžbenicima hirurgije. Hronični preponski bol može da potiče od mišića, tetiva, kostiju, burzi, fascijalnih struktura, nerava i pripoja. Predisponirajući faktori koji utiču na postojanje slabosti abdominalnog zida u ingvinalnom kanalu je odsustvo poprečno prugastog mišića, kao i prolaženje funikulusa kroz ingvinalni kanal. Fruchaud, Francuski hirurg i anatom opisao je muskulopektinealni zjap, kao slabo područje koje postoji u dubokoj ravni pokrivenoj samo transverzalnom fascijom (1). Na ovom mestu samo transverzalna fascija pravi otpor intraabdominalnom pritisku. Stoppa i Van Hee (1) opisali su ovu oblast kao herniogenu, odnosno hernijama sklonu regiju.

Slabost zadnjeg zida ingvinalnog kanala je uobičajeniji nalaz prilikom operisanja pacijenata sa preponskim bolom. Ova slabost se prezentira kao izbočina na posteriornom zidu i nadjena je u 80 -85 % pacijenata koji su podvrgnuti herniorafiji zbog postojanja hroničnog preponskog bola. Gulma (2) je sugerisao da bol u ovakvim slučajevima može da bude izazvan distenzijom peritoneuma odnosno rastezanjem

ilioingvinalnog nerva. Zimmerman (3) sugerise da rascep tendo conjunctivuma može da nastane zbog izbočenja posteriornog zida i da okultna hernija može da bude uzrok postojanja hroničnog preponskog bola kod fudbalera.

U Gilmorovom opisu preponskog poremećaja (4), pocepana aponeuroza spoljnog kosog mišića izaziva dilataciju spoljnog ingvinalnog prstena sa konsekvativnom pojavom bola.

Lovell sa saradnicima (5) izveštava o incidenci incipijentnih hernija u seriji od 189 sportista. Jedna herniografska studija otkrila je postojanje simptomatske nepalpabilne hernije kod 51 % muških i 21 % ženskih pacijenata, dok je jedna druga studija dala izveštaj o postojanju preponskih hernija u 84% vrhunskih sportista koji su se žalili na postojanje preponskog bola. Ekberg (6) je opisao postojanje nešto niže incidence od 36% sportista sa nerazjašnjenim preponskim bolom. Berliner je obavio biopsiranje aponeuroze transverzusa abdominisa kod pacijenata sa direktnom ingvinalnom hernijom i sa velikom incidencom hernija u porodičnoj anamnezi pri čemu je pronašao postojanje fragmentacije i malobrojnost elastičnih vlakana.

Klinički nalaz

Hernije su često skrivene, što vodi u odlaganje postavljanja prave dijagnoze. Tačna istorija bolesti kao i ekstenzivna ispitivanja kičme, karlice, kukova i muskulature abdomena i nogu, igraju veliku ulogu u određivanju njenog uzroka. Mesto, trajanje i priroda bola treba da budu zabeleženi, zajedno sa urološkim simptomima, skeletnim problemima i reumatskim poremećajima. Početni simptomi mogu da budu veoma mali i postoje različita mišljenja o tome

kada je pravo vreme za fizički pregled pacijenata. Hackney (7) predlaže da to bude posle vraćanja vežbanju, odnosno po povratku bola.

Polglase (8) saopštava da je 92 % od 64 ispitivana pacijenata imalo postepeni porast i pojavu bola u vremenskom periodu od 1 do 6 meseci, što je mnogo veći procenat u odnosu na preostalih petoro pacijenta kod kojih se bol javio naglo. Loftus je naglasio da su samo tri od ukupno 63 pacijenta sa herniogramima imali palpabilnu herniju. Dijagnostički problemi se mogu javiti zbog različite distribucije bola i preciziranja lokalne patologije. Bol je najizraženiji iznad tuberculum pubicum-a pogođene strane. Samo područje oko spoljašnjeg prstena je osetljivo. Gilmore opisuje postojanje hroničnog bola koji agraviira sa naglim i torzionim pokretima. Kašalj, kihanje i šutiranje lopte pogoršavaju simptome. Klinički nalazi mogu se manifestovati nedostatkom vidljivih spoljašnjih znakova u pogođenoj preponi, dilatacijom anulus inguinalis superficijalisa, impulsom kašlja kao i povećanom osetljivošću u odnosu na drugu preponu.

Diferencijalna dijagnoza

Incidencija kombinovanih preponskih hernija je velika i može da bude prisutna u oko četvrtine pacijenata koji pate od hroničnog preponskog bola. Ovo može objasniti neke od neuspeha u okviru tretmana. Nekoliko revijskih članaka ukazali su na široku varijabilnost uzroka pojave preponske kile. Neadekvatan tretman može da vodi u recidivantnost kile. Ako ostavimo hernije po strani, još dva velika razloga javljaju se kao uzrok nastanka preponskog bola i to su oštećenje tetive i osteitis pubis. Drugi, manje uobičajeni razlozi postojanja preponskog bola su uklještenje nerava kao i urološki problemi. Pojedini su autori ukazali da uzrok ovakvog bola mogu biti i bolesti pripoja i kostiju, kao i stres frakture, snapping hip sindrom, spondilolisteza, rani osteoartritis i iskliznuće gornje femoralne epifize.

Povrede mišića i tetiva

Istegnuće mišićne tetive je najčešće oštećenje koje izaziva onesposobljenost kod sportista. Javlja se, uglavnom, u proksimalnom delu bilo u samoj tetivi bilo u njenom spoju sa telom mišića. Tetiva aduktora je često uključena i to adductor longus-a. Drugi mišići koji mogu da budu pogođeni su rektus abdominis kao i rek-

tus femoris. Anamneza je dobar vodič za identifikaciju povrede mišića ili tetiva. Radiografija je normalna manje ili više u povredama mišića koje ne traju duže od jedne nedelje. Uloga CT-a je nerazjašnjena zbog njene nemogućnosti da otkrije povredu mišića. NMR ili MRI može da prikaže oštećenja mišića ili tetiva bolje nego CT i može da ograniči oštećenje na samo jednu grupu mišića. Ultrazvuk se, takodje, može koristiti u ovakvim povredama.

Osteitis pubis

Osteitis pubis je dosta učestalo stanje ukod sportista čija se aktivnost svodi na šutiranje, uglavnom, dakle kod fudbalera i kod njih pokazuje stopu javljanja od 14 - 28 % (9). Ovakav poremećaj rezultat je ponovljenih avulzivnih trauma u blizini pubične simfize, koje vrlo često uključuju povrede mišića i to aduktora ili gracilisa. U kliničkoj slici vidimo fokalni bol pubisa ili njegovu osetljivost i to kod 70 % slučajeva. Ponekad se javlja zajedno sa tendoperiostitisom aduktora. U anamnezi takodje može postojati podatak o direktnom udarcu ili o nestabilnosti karlice zbog povrede sakroilijskog pripoja.

Radiološke promene su prisutne u oko 26 % slučajeva kod fudbalera sa recidivnim preponskim bolom. Radiološki znaci uključuju postojanje iregularnosti kortikalne margine kao i širenje pubične simfize na više od 7 mm. Mogu se javiti i erozije koje mogu voditi u sklerozu ivica pubične kosti. Radiološko ispitivanje simfize kod mladih ljudi može biti otežano jer kod njih mogu još postojati iregularnosti u osifikaciji pa se takvi nalazi mogu pogrešno protumačiti. Radiografija može da bude veoma otežana u slučajevima kad postoji sumnja na skeletne abnormalnosti. Skeniranje kostiju uz korišćenje tehnećijuma 99, može da pomogne u dijagnozi osteitis pubis-a ali negativni scintigram ne isključuje njegovo postojanje.

Tretman ove bolesti je težak i može biti dosta frustrirajući. Postoji sukob mišljenja da li treba koristiti konzervativnu terapiju ili hirurški zahvat. Konzervativna terapija obuhvata agresivnu fizioterapiju koja ojačava rotatore kuka, fleksore i aduktore. Svakodnevno istezanje može dati ohrabrujuće rezultate, sa izbegavanjem šutiranja i trčanja, a prekid treninga i takmičenja treba da traje 3 - 6 meseci. Korišćenje intraartikularnih steroida se nije pokazalo kao korisno. U hirurškom zahvatu se posteriorni i anteriori ligament ostavlja intakt-

nim a postiže se oslobodjivanje od simptoma osteitisa. Histološko ispitivanje lokalnih tkiva otkriva samo fibrozu i hroničnu inflamaciju. Većina pacijenata odgovara na konzervativni tretman i rehabilitaciju ali je uspешan povratak posle ovog poremećaja zabeležen u samo 20 % slučajeva.

Stres frakture

Stres fraktura je veoma česta kod sportista i to naročito kod trkača na duge staze. Ove frakture se najčešće javljaju kao frakture pubičnih ramusa i to kod 1,4 - 7,8 % svih stres fraktura. U istraživanju sprovedenom u Južno Afričkoj Republici objavljeno je da se 10 - 15 % svih fraktura javilo kod žena. Takodje su objavili da se one najčešće javljaju kod žena maratonaca, i to od 72 - 79% slučajeva(10).

Pelvične stres frakture javljaju se sa postepenim porastom preponskih bolova u butinama što vodi u nemogućnost trčanja od najmanje 8 nedelja posle povredjivanja. Fizičko ispitivanje otkriva osetljivost na duboku palpaciju preko ramusa ossis pubisa. Sportista ne može da stane i da osloni celokupnu svoju težinu na ipsilateralnu stranu. Dijagnoza može da bude propuštena ako lekar nije svestan da značajan broj stres fraktura nije radiološki vidljiv. Radiogram je najčešće normalan i to naročito u početnim fazama bolesti. Samo se 38 % stres fraktura može radiološki dokazati. Skeniranje kostiju pokazuje povećano preuzimanje u obolelom ramusu što nastaje kao posledica povećanog krvotoka kao i zbog povećane aktivnosti osteoblasta u njemu. Sken sa 99 m Tc kombinovan sa radiografijom povećava tačnost dijagnoze na 62 %.

Tretman stres frakture pubisa je odmor i to u trajanju od 4 - 6 nedelja uz izbegavanje aktivnosti koja izaziva bolove. Odloženo zarastanje ili nezarastanje uopšte može se javiti ako sportista nastavi da trči. Hirurgija je tretman izbora u većini slučajeva stres fraktura femoralnog vrata.

Urološke bolesti

Drugi uobičajeni razlozi koji dovode do pojave bola u preponi uključuju prostatitis, epididimitis, uretritis i hidrocele. Prostatitis je najverovatnije najčešće nalaženo stanje koje izaziva bol u preponi. Rektalna palpacija kao i pozitivna kultura sugerisu dijagnozu kao i tretman koji se izvodi antibioticima sa ili bez primene steroida i antiinflamatornih agenasa.

Bolesti vezivnog tkiva

Iako su retke, različite bolesti vezivnog tkiva kao što je reumatoidni artritis ne smeju biti zaboravljene. Bolesti kao što je giht, ankilozirajući spondilitis, Reiter-ov sindrom i druge spondiloartropatije takodje mogu doći u obzir u toku ispitivanja.

Abnormalnosti kičme i kukova

Ispitivanje kičme i kukova je potrebno za identifikaciju sakrolumbalnih abnormalnosti i sličnih lezija kao što su tumori kostiju. Boeda (11) je objavio rezultate o abnormalnostima donjeg dela kičme koja su dovela do potresa karlice i njenog sekundarnog stresa kod 16 sportista. H. Junge (12) je radiografski ispitivao grupu od 950 sportista pri čemu je utvrdio manje subluksacije glave femura koje su bile povezane sa preponskim bolom.

Uklještenje nerava

Od nedavno postoji veliko interesovanje za neurogeni preponski bol. Lovell je sa saradnicima (5) proučavao kliničku prezentaciju ilioingvinalnih neuralgija u grupi sportista sa preponskim bolom. Dijagnoza je uključivala otkrivanje osetljivosti u regiji fossae iliacae, i ubrizgavanje lokalnog anestetika u regiju u cilju oslobadjanja od bola. Obturatorna neuropatija je opisana u seriji od 32 pacijenata. Dijagnoza se oslanjala na postojanje bola srednje jačine u preponi posebno u regionu aduktora koji je bio izazvan vežbanjem naročito šutiranjem i uvrćanjem. Kod nekih sportista postojala je slabost aduktora kao i parestezije, i to u medijalnom delu butine posle vežbanja. Elektromiografija je pokazivala hronične denervacione promene u aduktorima. Fascijalno uklještenje obturatornog nerva je moguće. Moguća su i uklještenja drugih nerava, kao što su genitofemoralni nerv i ilioingvinalni nerv koji, takođe, mogu izazvati postojanje lokalnog bola i neurološke smetnje. Ovakvi poremećaji treba da budu hirurški tretirani u cilju oslobadjanja zahvaćenog nerva.

ISPITIVANJA

Sportisti visokog ranga veoma često se šalju na preglede u slučaju postojanja jakog bola ili slabosti jer je u njihovom interesu da period rekonvalescencije traje što kraće i da se što pre vrata takmičenjima. Različiti se

modaliteti pregleda koriste u cilju postavljanja dijagnoze hernije, odnosno u cilju isključenja ostalih oboljenja. Peritonealni rascepi i sadržaj hernije mogu biti otkriveni indirektno herniografijom i direktno pomoću ultrazvuka, CT- a i MRI-a. Postoje izveštaji koji govore o limitiranoj vrednosti i maloj senzitivnosti CT-a i MRI-a u otkrivanju preponske hernije i to upravo zbog postojanja velikih varijacija u pojavljivanju različitih tipova hernija. Laparoskopija sada postaje predmet intenzivnog istraživanja u cilju evaluacije njene vrednosti u otkrivanju i lečenju preponskih hernija (13).

Herniografija

Herniografija se izvodi injiciranjem kontrastnog medijuma u peritonealnu duplju. Pacijent se tada postavlja u stojeći položaj i od njega se zahteva da se napne. Tada se snimaju anteroposteriorni i kosi aspekt. Mnogi od objavljenih izveštaja sugerišu korišćenje herniografije za otkrivanje okultnih simptomatickih hernija i za evaluaciju preponskih bolova kod odraslih. Herniografija pomaže identifikaciji lezija i potvrda je da hirurgija može pomoći odredjenom vrhunskom sportisti sa preponskim bolom. U dve odvojene herniografske studije pronadjeno je kod 24% i 36% ispitivanih sportista postojanje preponskih kila gde je jedini simptom bio nedefinisani bol u preponi. Smedberg je u svojoj studiji izvestio o mnogo većoj stopi (14). Njegovi rezultati govore o tome da je nadjena hernija kod 51 % muškaraca i kod 21 % žena sa nepalpabilnom ali simptomatskom hernijom, dok je jedna druga studija objavila postojanje čak 84 % hernija kod vrhunskih sportista sa preponskim bolom. Herniografija kako je već rečeno, ima veliku tačnost od 95 - 99,5 % i veoma malu stopu lažnih rezultata 0,5 - 4 % u otkrivanju preponskih hernija. Druga istraživanja su pokazala manju senzitivnost ove metode i to od 82% i manju specifičnost od 64 % sa prediktivnom tačnošću od 89 %. Negativna herniografija ne isključuje postojanje okultne hernije. Komplikacije koje se javljaju pri izvodjenju herniografije iznose negde oko 5 - 6 %.

Ultrasonografija

Ultrasonografija je korisna neinvanzivna metoda koju koristimo u dijagnostici hroničnih povreda. Ona nam omogućuje korisne informacije koje nam govore o obimu i tačnoj lokalizaciji oštećenja tetive, što se vidi kao demarkaciono područje lokalnih rascepa, odnosno kao hipoe-

hogene zone sa diskontinuitetom vlakana u strukturi tetiva. Simonet i saradnici (15) objavili su da je senzitivnosti ove metode iznosila 97 % na grupi od 70 pacijenata sa nerazjašnjenim bolom u preponi i sa nepostavljenom dijagnozom. Ipak, u ovoj seriji ultrazvukom nije uspeo da se dokažu dve male očigledne indirektno hernije. Ograničenja ove metode vezana su za teškoće u dijagnostikovanju okultnih hernija a sami negativni rezultati ne isključuju postojanje hernije. Ova tehnika se ne koristi mnogo u SAD ali se zato široko koristi u Evropi.

Kompjuterizovana tomografija - CT

CT je jedna od metoda koja se uobičajeno koristi u otkrivanju poremećaja koji se nalaze u mekim tkivima a naročito u dijagnostikovanju mekotkivnih tumora i neuromuskularne bolesti. Ipak, njena mogućnost je limitirana time što se ovom metodom prave fiksirani preseki. Ovo može da bude prevaziđeno korišćenjem spiralnog CT skenera, koji omogućava izvodjenje snimanja u trodimenzionalnoj ravni što, naravno, pomaže boljoj detekciji hernija. Epigastrični krvni sudovi kao veoma važan marker indirektnih i direktnih hernija ne mogu da budu jasno identifikovani kod svih pacijenata primenom ove metode.

Magnetna rezonanca - MRI

MRI je superiornija u odnosu na CT za prikazivanje muskulotendinealnih struktura upravo zbog dobijanja boljeg kontrasta izmedju različitih tkiva kao i zbog njenih mogućnosti snimanja u više ravni. Ne smemo zanemariti nepostojanje jonizujućeg zračenja kao jednu od prednosti ove metode. MRI može da identifikuje epigastrične krvne sudove, ingvinalni ligament, duboki i površni ingvinalni prsten, ingvinalni kanal, funikulus, okrugli ligament i prateće vaskularne strukture što je sve od krucijalne važnosti za diferencijaciju ingvinofemoralnih hernija. Swain (16) je objavio izveštaj o grupi od 13 pacijenata gde je kod njih 11 otkrivena hernija bez lažno pozitivnih rezultata. MRI je takodje korisna u diferencijalnoj dijagnozi hroničnog preponskog bola. Njome se mogu prikazati oštećenja tendo conjunctivuma, i nivo i obim oštećenja mišića. Takodje, mogu da budu pronadjene kolekcije tečnosti, kao i poremećena konfiguracija mišića i tetivnih vlakana. Ova metoda je korisna i u isključivanju stres frakture ili avaskularne nekroze glave femura. Superiorna je u prikazivanju povreda mišića, osim u slučajevima kada se radi o već nastalom

kalcifikatu u mišiću usled povrede. Metoda ima limitirane mogućnosti za prikazivanje kalcifikujućeg tendinitisa, kao i abnormalnosti u kostima i pripojima mišića. Ove poremećaje je bolje istraživati pomoću CT-a. Uprkos svojoj superiornosti MRI nije popularna kao primarno sredstvo za dijagnostikovanje ingvinalnih hernija. I CT i MRI ne mogu naći svoje opravdanje kada su u pitanju troškovi zbog kojih se upravo i ne mogu svrstati u rutinske testove za određivanje nivoa i obima oštećenja kod pacijenata sa bolom u preponi. Ultrazvuk, CT i MRI imaju svoje mesto u otkrivanju stanja koja, takodje, mogu davati bolove u preponi ali nisu vezana za postojanje hernija. Radiografija, ultrasonografija i scintigrafija mogu biti svrstane u metode koje se prve izvode sa ciljem otkrivanja hernije. Herniografija treba da bude korišćena u nerazjašnjenim slučajevima.

Laparoskopija

Uloga laparoskopije u dijagnostikovanju sportske hernije se još uvek razmatra. Ona može naći svoje mesto u lečenju pacijenata koji su već imali neuspele reparacije.

LEČENJE

Konzervativni tretman

Muskulotivne promene na aduktorima i drugim mišićnim grupama su najčešći uzrok preponskog bola. Nepalpabilna ingvinalna hernija kao i subklinička oštećenja trbušnog zida se često previde. Dijagnoza preponskog bola je dalje otežana postojanjem multiple patologije koja postoji u ovoj regiji. Mnogi pacijenti upravo zbog toga provode dosta vremena u fizioterapeutskim ustanovama. Oni provode dosta vremena i u odmoru i nad njima se sprovode bezpotrebna radiološka ispitivanja pre nego što se jave specijalisti. Inicijalno treba savetovati fizikalnu terapiju u smislu ojačavanja muskulotivnih struktura uz korišćenje antiinflamatornih agenasa. Sa ovakvim pristupom postoji postepen povratak sportskim aktivnostima i to u trajanju od 3-6 meseci posle čega se može očekivati puni povratak ranijim aktivnostima.

Hirurške procedure

Mišljenja o vrednosti hirurškog tretmana se značajno razlikuju. U novije vreme autori predlažu modifikovanu herniorafiju. Hirurška intervencija je preporučljiva kada konzervativni tretman ostane bez uspeha. Ne postoji konsen-

sus koji bi podržao neku određenu hiruršku proceduru.

Gilmore (17) je opisao hiruršku restauraciju pocepane aponeuroze spoljnog kosog mišića i tendo conjunctivuma pomoću modifikovane herniorafije primenom najlonske zakrpe. Drugi su prosto približavali krajeve pocepanog spoljnog kosog mišića pojedinačnim šavovima (18). Ovi autori su objavljivali da su se sportisti vraćali svojim redovnim aktivnostima već posle pet do šest nedelja.

Opisan je veliki broj različitih modifikacija reparacija posteriornog zida. Najpoznatija je Malycha reparacija posteriornog zida u dva sloja (19). Ona se izvodi kontinuiranom suturom koja se postavlja od pubičnog tuberkuluma pa sve do dubokog ingvinalnog prstena sa plasiranjem slobodne zakrpe preko ovog sloja. Fredberg (20) je izvestio da Nessovic i Polglase koriste Bassinijevu reparaciju za slabi posteriorni zid ingvinalnog kanala sa velikim uspehom. Drugi sugerišu ojačavanje ingvinalnog ligamenta i transverzalne fascije ili zatvaranje spoljnog prstena i subkutano plasiranje funikulusa. Hackney je predložio zadebljavanje tendo conjunctivuma pomeranjem njenog pripoja. Ovaj autor tvrdi da je postigao uspešnu reparaciju kod 90% operisanih primenom ove tehnike. Hackney tvrdi da je od 15 sportista koji su operisani na ovaj način, njih 13 vraćeno svojim aktivnostima u potpunosti dok su ostala dvojica osetila značajno poboljšanje. Malycha i Lovell (19) su primenjivali ojačanje posteriornog zida ingvinalnog kanala pri čemu je kod 41. pacijenta od ukupno 44 operisanih postignuto potpuno vraćanje ranijim aktivnostima. 75 % operisanih nije imalo više nikakvih simptoma dok je 23 % imalo dosta blaže simptome nego što je to bilo pre operativnog zahvata. U slučaju postojanja ingvinalne hernije 67 - 70 % sportista može da očekuje potpuno izlečenje dok preostalih 21 - 30 % može osetiti značajno poboljšanje. Samo 5 % pacijenata će imati perzistentan bol u preponi i neće biti zadovoljno rezultatima operacije. Značajno je istaći da presecanje ili prezervacija ilioingvinalnog nerva ne utiče na ishod oporavka posle operacije.

Mi smo sa uspehom tretirali do sada 3 bolesnika primenom modifikovane beztenzione procedure (2 fudbalera i jedan rukometaš). U dva slučaja primenili smo patch a u jednom plug koristeći preperitonealni zadnji pristup. Sve procedure su izvedene u lokalnoj infiltrativnoj anesteziji a bolesnici su se vratili normalnim

aktivnostima desetak dana posle intervencije.

ZAKLJUČAK

Bol u preponi nastavlja da bude veliki problem kod aktivnih sportista u smislu odsustvovanja sa treninga i takmičenja. On može da rezultira hroničnom nesposobnošću i ranim prekidima karijere koja su vezana za neuspehe u terapiji. Mnogi će se simptomi smiriti sa konzervativnim tretmanom ali je u veoma teškim ili perzistentnim slučajevima hirurški tretman opravdan. Odgovarajuća reparacija posteriornog zida ingvinalnog kanala se pokazala od velikog terapijskog značaja pokazujući stopu izlječenja od preko 60 % dok je poboljšanje postignuto kod 20 % tretiranih bolesnika.

LITERATURA

1. Renstrom P, Peterson L: Groin injuries in athletes. *Br J Sports Med* 1980;14(1):30-36
2. Gullmo A: Herniography: the diagnosis of hernia in the groin and incompetence of the pouch of Douglas and pelvic floor. *Acta Radiol* 1980;361(suppl):1-76
3. Yilmazlar T, Kizil A, Zorluoglu A, et al: The value of herniography in football players with obscure groin pain. *Acta Chir Belg* 1996;96(3):115-118
4. Gilmore OJ: Gilmore's groin. *Sportsmed Soft Tissue Trauma* 1992;3(3):12-14
5. Lovell G: The diagnosis of chronic groin pain in athletes: a review of 189 cases. *Austr J Sci Med Sport* 1995;27(3):76-79
6. Ekberg O, Persson NH, Abrahamsson P, et al: Longstanding groin pain in athletes: a multidisciplinary approach. *Sports Med* 1988;6(1):56-61
7. Hackney RG: The sports hernia: a cause of groin pain. *Br J Sports Med* 1993;27(1):58-62
8. Poglase AL, Frydman GM, Farmer KC: Inguinal surgery for debilitating chronic groin pain in athletes. *Med J Austr* 1991;155(10):674-677
9. Batt ME, McShane JM, Dillingham MF: Osteitis pubis in collegiate football players. *Med Sci Sports Exerc* 1995;27(5):629-633
10. Urquhart DS, Packer GJ, McLatchie GR: Return to sport and patient satisfaction after surgical treatment for groin disruption. *Sports Exerc Injury* 1996;1(2):37-42
11. Vater W: Über den leistungsschmerz bei fußballspielern. *Beitr Orthop* 1965;12(11):705-707
12. Read JW, Crichton KJ, Orchard JW, et al: Sports hernia, abstracted. *Proceedings of the 26th Annual Scientific Meeting of the Australasian Society for Ultrasound in Medicine* 1996:69
13. Fricker PA: Management of groin pain in athletes. *Br J Sports Med* 1997;31(2):97-101
14. Smedberg SG, Broome AE, Gullmo A, et al: Herniography in athletes with groin pain. *Am J Surg* 1985;149(3):378-382
15. Simonet WT, Saylor HL III, Sim L: Abdominal wall muscle tears in hockey players. *Int J Sports Med* 1995;16(2):126-128
16. Swain R, Snodgrass S: Managing groin pain. *Phys Sportsmed* 1995;23(11):54-66
17. Williams P, Foster ME: 'Gilmore's groin'--or is it? *Br J Sports Med* 1995;29(3):206-208
18. Fricker PA, Taunton JE, Ammann W: Osteitis pubis in athletes: infection, inflammation, or injury? *Sports Med* 1991;12(4):266-279
19. Malycha P, Lovell G: Inguinal surgery in athletes with chronic groin pain: the 'sportsman's' hernia. *Austr N Z J Surg* 1992;62(2):123-125
20. Fredberg U, Kissmeyer-Nielsen P: The sportsman's hernia--fact or fiction. *Scand J Med Sci Sports* 1996;6(4):201-204.

Dr Miljko A. Pejić

31000 Užice, Užičke republike 74

tel: 063 511 676

e-mail: bmpfive@ptt.yu



PROGNOZA FEBRILNIH KONVULZIJA*

Aca Vacić¹, Rade Panić²

Dečje odeljenje¹ i Odeljenje neurologije², Zdravstvenog centra Piroć

Rad je prezentovan na Drugom simpozijumu razvojne neurologije i psihijatrije, Beograd 15.-17. maja 2003.

SAŽETAK: Cilj rada je evaluacija ishoda febrilnih konvulzija (FK), sa aspekta recidiva i razvoja epilepsije, nakon perioda od 12 do 20 godina posle prvog ataka FK. Kao mogući faktori rizika za recidiv FK i pojavu epilepsije ispitivani su: anamneza o febrilnim i afebrilnim konvulzijama kod prvostepenih srodnika, uzrast, pol, tip FK, broj recidiva i psihomotorni razvoj.

Metod rada: analizom je obuhvaćeno 139-oro dece koja su lečena na Dečjem odeljenju u Piroću u periodu od 1981-1989. godine zbog FK. Nakon 12 do 20 (prosek 15 godina) na osnovu pregleda medicinske dokumentacije ove dece evaluirana je pojava recidiva FK i epilepsije.

Rezultati: Od 139. dece 54.7% je muškog pola. Prosečan uzrast u vreme pojave prvog ataka FK je 18.7 meseci (± 9.7). Recidiv je nastupio kod 39. dece (28.1%). Stopa recidiva je najveća kod dece koja su prvi napad doživela u uzrastu do 12. meseci: 42.1%, u uzrastu od 13. do 18. meseca iznosi 37%, a najniža je u ako je prvi napad u uzrastu od 19 do 24 meseca (9.1%); nakon uzrasta od 24 meseci procenat recidiva iznosi 12.1%. Recidiv je nastupio u 51.6% u prvih šest meseci posle prvog napada, u 71.8% do kraja prve godine, a svi recidivi desili su se u toku 36 meseci posle prvog ataka FK. Jedini utvrđeni faktor rizika za pojavu recidiva je uzrast mlađi od 15 meseci ($p=0.004$). Od 139 dece sa FK epilepsija je utvrđena kod 14. (10.1%). Kada se analizom obuhvate samo deca sa normalnim psihomotornim razvoj tada je učestalost epilepsije 4.9%. Identifikovana su dva faktora rizika za pojavu epilepsije kod dece sa FK: dva ili više recidiva febrilnih konvulzija ($p=0.02$) i granični psihomotorni razvoj ($p=0.0005$).

Zaključujemo da stopa recidiva posle prvog ataka FK iznosi 28.1%. Faktor rizika za recidiv FK je uzrast mlađi od 15 meseci u vreme prvog napada. Učestalost epilepsije kod dece sa FK iznosi 10.1%, a ako se isključe deca sa psihomotornom retardacijom stopa recidiva je 4.9%. Rizik za kasniju pojavu epilepsije predstavljaju granični psihomotorni razvoj i pojava više od dva recidiva FK.

KLJUČNE REČI: febrilne konvulzije, prognoza

SUMMARY: This essay presents the evaluation of febrile convulsion results (FC) from the aspect of relapse and epilepsy development, within the time from 12 to 20 after the first attack of febrile convulsion. The following risk factors that might cause epilepsy occurrence and the relapse of febrile convulsion have been examined: anamnesis about febrile and afebrile convulsions with blood kinship, age sex, type of febrile convulsion, a number of epilepsy attack and psychomotor development.

Work method: this analysis includes 139 children treated at the Pediatric ward in Piroć in the period from 1981 to 1989 with febrile convulsion diagnosis. After 12-20 (15 years on the average), on the basis of medical evidence of the inspected children, the relapse of febrile convulsion and epilepsy have been evaluated.

The results: from 139 children, 54.7% of them are male. The average age during the first attack of febrile convulsion is 18.7 months ± 9.7 . The relapse occurred with 39 children (28.1%). The relapse rate shows the highest level with the children who experienced the first attack at the age of 12 months: 42.1%, at the

age of 13 to 18 months this rate is 37% and the lowest rate is if the attack of febrile convulsion is appeared at the age of 19 to 24 months (9.1%); after the age of 24 months the relapse percentage is 12.1%. In the first six months after the first attack, the relapse occurred, 71.8% till the end of the first year, and all the relapses occurred in the period of time of 36 months after the first attack of febrile convulsion. The only defined risk factor for relapse occurrence is the children younger than 15 months ($P=0.004$). From 139 children with febrile convulsion, epilepsy is diagnosed with 14 children (10.1%). If the analysis involves only the children with normal psychomotor development, than the frequency of epilepsy is 4.9%. There are two identified risk factors concerning epilepsy occurrence with the children suffering from febrile convulsion: two or more relapses of febrile convulsion ($p=0.02$) and highest psychomotor development ($p=0.0005$). The conclusion is that after the first attack of febrile convulsion, the relapse rate is 28.1%. The risk factor for febrile convulsion relapse is the children younger than 15 months in the first attack.

The frequency of epilepsy with the children who have febrile convulsion is 10.1%, if the children with psychomotor retardation are not included, the relapse rate is 4.9%. The risk further occurrence of epilepsy can be highest psychomotor development and the occurrence of more than two relapse of febrile convulsion.

KEY WORDS: febrile convulsion, prognosis

UVOD

Febrilne konvulzije predstavljaju najčešći neurološki poremećaj ranog detinjstva sa stopom prevalence od 2-5% (1,2). Recidivi febrilnih konvulzija dešavaju se, prema različitim procenama, kod 25 do 50% dece, a pojava epilepsije kod ove dece procenjuje se na 2-5% (2).

CILJ RADA

Evaluacija ishoda febrilnih konvulzija (FK), sa aspekta recidiva i razvoja epilepsije, nakon perioda od 12 do 20 godina posle prvog ataka FK. Kao mogući faktori rizika za recidiv FK i pojavu epilepsije ispitivani su: anamneza o febrilnim i afebrilnim konvulzijama kod prvostepenih srodnika, uzrast, pol, tip FK, broj recidiva i psihomotorni status.

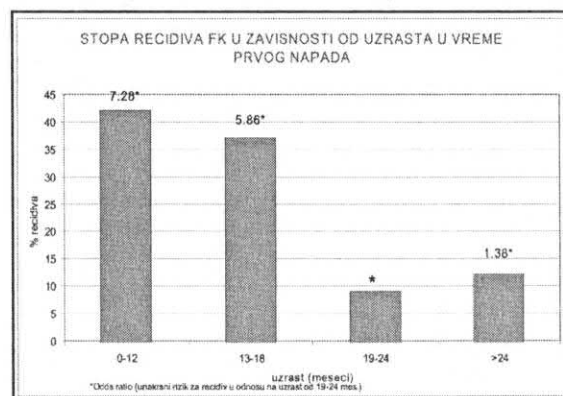
METOD RADA

Analizom je obuhvaćeno 139. dece koja su lečena na Dečjem odeljenju u Pirotu u periodu od 1981-1989. godine zbog FK. Nakon 12 do 20 (prosek 15 godina) na osnovu pregleda medicinske dokumentacije ove dece (zdravstveni kartoni, istorije bolesti, registar dece sa hroničnim oboljenjima) evidentirana je pojava recidiva FK i epilepsije i registrovani parametri kao mogući faktori rizika za recidiv FK i pojavu epilepsije. Za testiranje statističke značajnosti ispitivanih parametara primenjeni su metodi deskriptivne statistike i odgovarajući parametrijski (T test) i neparametrijski testovi (Man-Whitney-Wilcoxon, odnosno Kruskal-Wallis-ov test). Statistička obrada i grafički

prikazi urađeni su na PC računaru primenom programa EPI5 i SPSS for Windows.

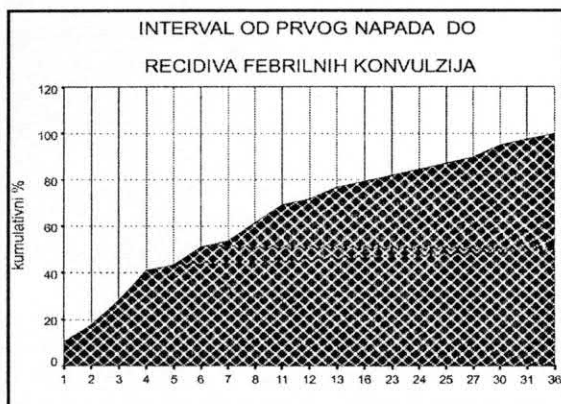
REZULTATI

Od 139. dece 54.7% su muškog pola. Prosečan uzrast u vreme pojave prvog ataka FK je 18.7 meseci (± 9.7). Recidiv je nastupio kod 39. dece (28.1%). Stopa recidiva je najveća kod dece koja su prvi napad doživela u prvoj godini života: 42.1%, u uzrastu od 13. do 18. meseca ona iznosi 37%, a najniža je u ako je prvi napad u uzrastu od 19. do 24. meseca (9.1%); nakon uzrasta od 24 meseca procenat recidiva je 12.1%. Unakrsni rizik (Odds ratio) za pojavu recidiva, za decu koja su imala napad napad u prvoj godini u odnosu na uzrast od 19 do 24 meseca iznosi 7.28, za uzrast od 13. do 18. mes. 5.86, a preko 24 meseca 1.38. (Grafikon br.1).



Recidiv je nastupio u 51.6% u prvih šest meseci posle prvog napada, u 71.8% do kraja prve godine, a svi recidivi desili su se u toku 36 meseci posle prvog ataka FK (Grafikon br.2).

Grafikon br. 2.



Jedini utvrđeni faktor rizika za pojavu recidiva je uzrast mlađi od 15 meseci ($p=0.004$) (Tabela br.1). Od 139 dece sa FK epilepsija je utvrđena kod 14. (10.1%) ako se uzmu sva ispitivana deca. Kada se analizom obuhvate samo deca sa normalnim psihomotornim razvojem tada je učestalost epilepsije 4.9%. U svim slučajevima radilo se epilepsiji sa generalizovanim tonično-kloničnim napadima. Utvrđena su dva faktora rizika za pojavu epilepsije kod dece sa FK: dva ili više recidivi febrilnih konvulzija ($p=0.002$) i granični psihomotorni razvoj ($p=0.0005$) (Tabela br.2).

Tabela br.1							ANALIZA FAKTORA RIZIKA ZA RECIDIV FEBRILNIH KONVULZIJA						
mogući faktor rizika		deca sa recidivom FK (N= 39)		deca bez recidiva FK (N=100)		OR [*] (95%CI)	p						
		n	%	n	%								
• uzrast (meseci)		15.3		20.0			0.004						
• anamneza (FK kod najbližih srodnika)													
pozitivna		5	14.7	7	7	1.95	0.31						
negativna		34	85.3	93	93	(0.49-7.58)							
• pol													
dečaci		22	56.4	54	54	1.10	0.94						
devojčice		17	43.6	46	46	(0.49-2.5)							
• psihomotomi* status													
normalan		8	30.7	7	7		0.038						
granični		18	69.3	64	64								
• tip napada													
tipičan		31	79.4	86	86	1.59	0.49						
atipičan		8	20.6	14	14	(0.54-4.59)							

\$ OR = Odds ratio (unkrsni rizik),CI 95% interval poverenja

* za 42-oje dece nedostaju podaci

Tabela br.2						ANALIZA FAKTORA RIZIKA ZA POJAVU EPILEPSIJE					
mogući faktor rizika		deca sa EPI (N= 14)		deca bez EPI (N=125)		OR ^s (95%CI)		p			
		n	%	n	%						
• uzrast (meseci)		18.5		18.7				0.9			
• anamneza (FK I EPI kod najbližih srodnika)											
pozitivna		2	14.2	26	20.8	0.63		0.73			
negativna		12	85.8	99	29.2	(0.09-3.3)					
• pol											
dečaci		11	78.5	65	52	3.38		0.1			
devojčice		3	21.5	60	48	(0. 81-16.33)					
• psihomotorni status*											
normalan		4	36	78	85.7			0.00046			
granični		5	45	10	10.9						
PMR		2	19	3	3.4						
• tip napada											
tipičan		13	92.8	104	83.2	0.38		0.69			
atipičan		1	7.2	21	26.8	(0.02-3.12)					
• recidivi FK											
>od 2 recidiva		8	57.1	31	24.8	4.04		0.02			
bez recidiva		6	42.9	94	75.2	(1.14-14.6)					
\$ OR= Odds ratio (unkrsni rizik),CI 95% interval poverenja											
* za 37-oro dece nedostaju podaci											

DISKUSIJA

Recidivi napada

Rizik od recidiva posle prvog napada iznosi od 25 do 50% ili oko 35%. U našoj studiji stopa recidiva iznosi 28.1%. Pominju se mnogi faktori koji pogoduju nastanku recidiva. 1980. godine National Institutes of Health Consensus Development Conference of Febrile Seizures identifikovao je pet faktora koji povećavaju rizik za kasnije ponovno javljanje napada: (1) fokalni ili produženi napad, (2) neurološke abnormalnosti, (3) afebrilne konvulzije kod prvostepenih srodnika, (4) uzrast mlađi od jedne godine i (5) multipni napadi u toku prva 24 sata (3). Deset godina kasnije Berg i sar. (1990) načinili su metanalitički pregled literaturnih podataka koji se odnose na ovaj problem i utvrdili da samo uzrast može biti pouzdan prediktivni faktor za kasnije recidive (4). Isto tako, prema nalazima Nelson i Ellenberg (3) najvažniji prediktor recidiva febrilnih konvulzija predstavlja uzrast mlađi od 13 meseci (4). Ipak, danas se navode četiri nesumnjiva faktora rizika (1) (Tabela br.3)

Tabela br.3

Faktori rizika recidiva febrilnih konvulzija (1)	
1	Uzrast manji od 13 meseci
2	Telesna temperatura koja prethodi napadu niža od 40°C
3	Multipni napadi kao inicijalna manifestacija febrilnih konvulzija
4	Podaci o konvulzivnim napadima bilo koga tipa kod najbližih srodnika

Rizik ponavljanja napada kod dece mlađe od 13 meseci iznosi 50% a isti je i rizik kod dece koja imaju najbliže srodnike sa febrilnim konvulzijama. Anamneza o epilepsiji u porodici verovatno umereno povećava rizik za ponovne napade ali se podaci razlikuju u različitim saopštenjima. Kombinacija ovih faktora povećava rizik do 100% (3a). Mi smo u našem istraživanju utvrdili kao jedini faktor rizika za recidiv uzrast mlađi od 15 meseci u vreme prvog napada a slične rezultate nalazimo i u novijoj literaturi (5).

Oko 50% recidiva javlja se unutar 6 meseci, 75% unutar jedne godine, a 90% unutar dve godine posle prvih febrilnih konvulzija (1,3) a istovetne rezultate utvrdili smo u našoj studiji.

Rizik od epilepsije

Kod dece sa febrilnim konvulzijama povećan je rizik od kasnijeg javljanja epilepsije ali stepen rizika se prema različitim studijama značajno razlikuje i iznosi od 2 do 5% naspram 0.5% kolika je prevalenca epilepsije u opštoj populaciji (1,2). Verity & Golding (1991), u svojoj studiji baziranoj na populacionom ispitivanju, navode mnogo manji rizik nego što se navodi u hospitalnim studijama (7). Isto tako, u različitim studijama navode se mnogi faktori koji povećavaju rizik za razvoj epilepsije. Utvrđeno je da samo dva imaju pouzdanu prediktivnu vrednost. To su (1) anamnestički podaci o epilepsiji među najbližim srodnicima i (2) kompleksan karakter febrilnih konvulzija (1). Martinović (1997) navodi i graničan psihomotoriotorni razvoj kao treći faktor rizika (2).

Anamnestički podaci o epilepsiji u porodici prema nekim autorima tri puta povećavaju rizik za pojavu epilepsije posle febrilnih konvulzija (1).

Rizik posle atipičnih febrilnih konvulzija zavisi od broja obeležja atipičnog napada. Ako je ispoljeno samo jedno obeležje (npr. prolongi-

ran napad) rizik od epilepsije je 6 do 8%, ako su ispoljena dva obeležja (npr. produžen i fokalni napad) rizik iznosi 17 do 22%, a prisutnost sva tri obeležja (produžen napad, fokalni napad, multipni napadi u toku 24h) povećava rizik na 49% (1,8,9)

Kod dece koja nemaju nijedan od faktora rizika, epilepsija se javlja u 2.5% (1).

Svaki tip epilepsije može da se javi posle febrilnih konvulzija a najčešće su generalizovane tonično-klonične krize. Apsansi se retko javljaju a u nekim studijama navodi se česta pojava miokloničnih kriza (2). Pojedine epilepsije i epileptični sindromi počinju kao febrilne konvulzije kao što je slučaj sa benignom miokloničnom epilepsijom i teškom miokloničnom epilepsijom ranog detinjstva.

Retrospektivnim ispitivanjem bolesnika sa par-

cijalnom epilepsijom nađeno je da su oni imali u 25% febrilne konvulzije. Međutim, incidenca kompleksnih parcijalnih napada u opštoj populaciji, koji su posledica febrilnih konvulzija, nije tačno utvrđena (2). Učestalost epilepsije kod dece sa prethodnim FK u našem ispitivanju iznosi 10.1%. Ako isključimo decu sa psihomotorom retarsacijom, što je u skladu sa striktnom definicijom FK (1,2) stopa recidiva iznosi 4.9%. Prema našim rezultatima faktori rizika za pojavu epilepsije kod dece sa FK predstavljaju multipli recidivi i granični psihomotorni razvoj (Tabela br 2).

ZAKLJUČAK

Stopa recidiva posle prvog ataka FK iznosi 28.1%. Faktor rizika za recidiv FK je uzrast mlađi od 15 meseci u vreme prvog napada. Učestalost epilepsije kod dece sa FK iznosi 10.1%, a ako se isključe deca sa psihomotorom retardacijom stopa recidiva je 4.9%. Rizik za kasniju pojavu epilepsije predstavljaju granični psihomotorni razvoj i pojava više od dva recidiva FK.

LITERATURA

1. Marjanović B, Đuknić V, Novak D, Đurić M. Febrilne konvulzije. U: Problemi u pedijatriji '94. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva. Beograd, 1995; 135-43
2. Martinović Ž. Epilepsije. Dečje novine. Kragujevac. 1997; 247-57
3. Nelson KB, Ellenberg JH. Prognosis in Children With Febrile Seizures. Pediatrics. 1978; 61:720-27
- 3a. Joint Working Group of the Research Unit of the Royal College Of Physicians and the British Pediatric Association. Guidelines for the management of convulsions with fever. BMJ. 1991; 303:634-36
4. Berg A, Shinnar S, Hauser A, Leventhal J. Predictors of recurrent febrile seizures: A metaanalytic review. J Pediatr. 1990; 116:329-37
5. Tarakka r, Rantala H, Uhari M, Pokka T. Risk of recurrence and outcome after the first febrile convulsions. Pediatr Neurol. 1998; 18(3):218-20
6. Greenwood R. Long-term intellectual and behavioral outcomes of children with febrile convulsions. N Engl J Med. 1998; 338(24):1723-8
7. Verity CM, Golding J. Risk of febrile convulsions: a national cohort study. BMJ 1991; 303:1373-6
8. Berg AT, Shinnar S, Hauser WA, Alemany M and coll. A prospective study of recurrent febrile seizures. N Engl J Med. 1992; 327:1122-1127
9. Nelson KB, and Ellenberg JH. Predictors of epilepsy in children who have experienced febrile seizures. 1976. N Engl J Med. 1976; 295:1029-1033.
10. Berg AT, Shinnar S. Unprovoked seizures in children with febrile seizures: short-term outcome. Neurology 1996; 47(2):562-8
11. Berg AT. Febrile seizures and epilepsy: the contributions of epidemiology. Pediatr Perinatal Epidemiol. 1992; 6(2):145-52

Prim. dr Aca M. Vacić, pedijatar
Dečje odeljenje, Zdravstveni centar Pirot
Ul. V. Momčila b.b.; 18300 Pirot



INFORMISANOST O SAMOPREGLEDU DOJKE ŽENA URBANE I RURALNE SREDINE PIROTSKOG PODRUČJA

Emina Aleksić, Suzana Stanković

Služba opšte medicine, Zdravstveni centar Piroć

SAŽETAK: Danas je rak dojke značajan medicinski problem, jer je najčešće maligno oboljenje kod žena. Primenom samopregleda dojke, kao metode za rano otkrivanje raka dojke, ova bolest može se otkriti na vreme što pruža veće šanse za uspešnije lečenje i bolju prognozu obolelih žena. Pristupilo se epidemiološkoj studiji koja je trebalo da ispita informisanost žena ruralne i urbane sredine o samopregledu dojke i putem brošure o samopregledu dojke poboljša zdravstvenu svest žena iz obe sredine po tom pitanju. Istraživanjem je obuhvaćeno 191 žena iz Piroća i okoline, različitih godina i obrazovanja. Rezultati su statistički obrađeni i prikazani u radu. Istraživanje je pokazalo nedovoljnu informisanost žena iz obe sredine o ovom problemu. S toga, treba raditi na zdravstvenom prosvetivanju svih žena i obučavati ih za samopreglede. To je zadatak prvenstveno primarne zdravstvene zaštite.

KLJUČNE REČI: samopregled dojke, informisanost žena urbane i ruralne sredine, istraživanje

SUMMARY: Nowadays, breast cancer is a significant medical problem since it is a most frequent malignant disease with female population. By applying the breast self-examination as a method for early breast cancer detection, this disease can be timely detected which offers bigger chances for more successful treatment and better prognosis for ill women. We have started the epidemiological study with the aim to find out the level of knowledge of women who reside in urban and rural areas about breast self-examination and to improve their health awareness of the issue from both areas by means of handing out the brochure on breast self-examination and making it available. The research included 191 women of different age and level of education from Piroć and the surrounding places. The results have been statistically processed and presented in this project. The research has shown insufficient level of female's knowledge about the problem from both areas. Because of that, we should work more on the health awareness of all women and train and educate them to apply breast self-examination. This is the task of primary health care in the first place.

KEY WORDS: breast self-examination, knowledge of women who come from urban and rural areas, research

UVOD

Kancer je jedno od najvećih zala čovečanstva. Podaci o njemu stari su koliko i živi svet. I pored razvoja medicinske nauke, ni do naših dana nije savladan, iako se javlja u

svakom životnom dobu i u svim krajevima sveta.

Poslednjih godina maligna oboljenja predstavljaju jedan od vodećih problema u zdravstvu. Naime, ova oboljenja su ubice broj 2 savremenog čovečanstva, tj. odmah su iza kar-

diovaskularnih oboljenja. Pored toga, maligne neoplazme su u stalnom porastu, jer incidencija oboljevanja pokazuje neprekidnu progresiju. Ovi podaci naročito se odnose na stanovnike ruralne sredine, jer je kod njih zabeležena veća stopa mortaliteta i veći porast stope morbiditeta od kancera nego kod urbane populacije¹. Za nastanak oboljenja još uvek nema pravog odgovora, znaci oboljenja se kasno javljaju, kada i pored ogromnog napretka, potpuno izlječenje nije sigurno, jer se radi o uznapređovaloj bolesti.

Rak dojke je najčešća maligna bolest kod žena. Nalazi se i na drugom mestu kao uzrok smrtnosti kod žena od 35-55 god. života u svetu a u Srbiji je najčešći uzrok smrti žena mlađih od 55 god.²

Etiologija ovog oboljenja još uvek nije poznata u potpunosti. Proces nastanka maligne neoplazme je polipatogenetski uslovljen i postoji pozitivna korelacija incidencije oboljevanja i starosti, genetske opterećenosti i ekspozicije organizma pojedinim štetnim agensima. Međutim, kada dođe do ispoljavanja bolesti, i ako se ona otkrije u prvom stadijumu, bolest je izlečiva.³ Kod nas se kod 60% žena hiruški otklanja dojka zbog kasnog odlaska kod lekara i pored povoljnog površnog položaja dojki, dostupnog pregledu. U Evropi, kod 60% žena rak dojke se otkriva u ranim stadijumima bolesti i praktično jednostavnim operacijama postiže se izlječenje. ² Takođe, u ovom pogledu postoji razlika između gradskog i seoskog stanovništva, jer rano otkrivanje i prevencija kancera u ruralnoj sredini zaostaju za urbanom sredinom.¹

Stoga je rano otkrivanje ovog oboljenja jedna od osnovnih komponenti zaštite zdravlja kako urbanog tako i ruralnog stanovništva a ostvaruje se primenom samopregleda dojke.

CILJ RADA

Cilj rada je da se ispita informisanost o samopregledu dojke kao metodi za rano otkrivanje raka dojke kod populacije žena od 17 do 83 godine ruralne i urbane sredine pirotskog područja.

METOD RADA

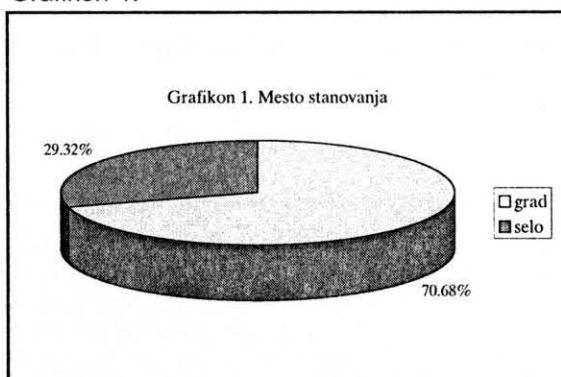
Kao metod rada korišćena je epidemiološka studija a kao izvor podataka anketa sprovedena na predhodno pomenutoj populaciji od 205 žena, novembra i decembra 2002.

godine. Međutim, neki od ovih anketnih listova nisu uspeli zbog toga što neke žene nisu odgovarale na neka pitanja ili su tvrdile na početku da ne znaju šta je to samopregled dojke, a dalje su odgovarale na pitanja kao da su u to upućene. Zbog toga je prihvaćena 191. anketa kao uspela. Ispitanice su bile radnice, visoko obrazovane žene, studentkinje, penzionerke, tj. žene svih zanimanja koje su u tom periodu došle na pregled. Anketa je rađena na principima dobrovoljnosti i anonimnosti.

Praćeni su: mesto stanovanja, školska sprema, starost, informisanost o samopregledu dojke, obavljanje samopregleda, način, vreme i redovnost samopregleda, poreklo informisanosti o samopregledu, informisanost o znacima koji upozoravaju prilikom pregleda, spremnost žena da odu kod lekara ako otkriju neke simptome koji upozoravaju na rak dojke, postojanje obolelog od raka dojke u porodici po uzlaznoj i bočnoj liniji, mišljenje o korisnosti samopregleda, razlog obavljanja i neobavljanja samopregleda dojke. Prikupljeni podaci su statistički obrađeni i prikazani tabelarno i grafički.

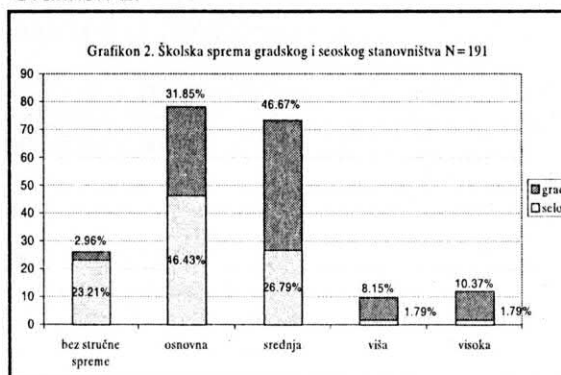
REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Grafikon 1.



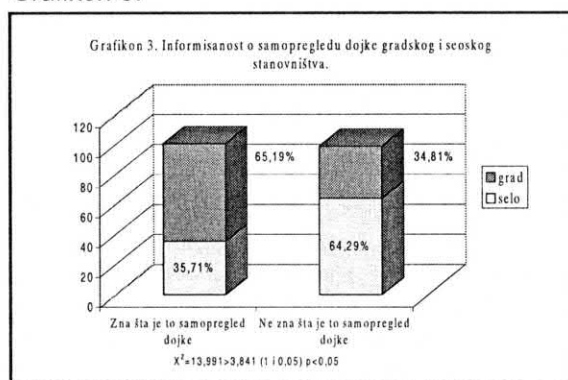
Većina žena obuhvaćenih ispitivanjem živi u gradu (70,68%), dok 56 živi na selu (29,32%), što je prikazano na grafikonu 1.

Grafikon 2.



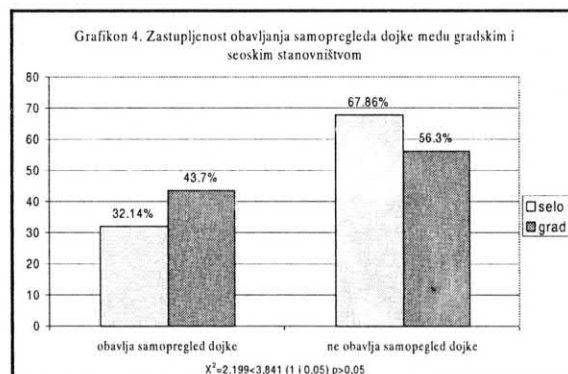
Od 135 anketiranih gradskih žena bez školske sprege je 2,96%, a njihov broj je znatno veći u ruralnoj sredini (23,21%). U urbanoj sredini veća je zastupljenost žena sa višim (8,15%) i visokim obrazovanjem (10,37%), dok je njihov broj u ruralnoj sredini manji - po 1,79% žena sa višim i visokim obrazovanjem. U uzorku dominiraju žene sa osnovnom (46,43% seoskih i 31,85% gradskih žena) i srednjom školskom spremom (26,79% seoskih i 46,67% gradskih žena).

Prosečna starost ispitivanog uzorka u urbanoj sredini je $44,39 \pm 2,528$ godina (SD 14,993 god.; CV 33,77%), a u ruralnoj 52,82 $\pm$ 4,196 god. (SD 16,024 god.; CV 30,34%). Grafikon 3.



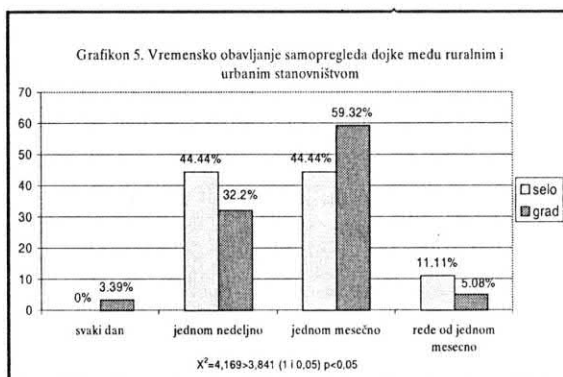
O samopregledu dojke informisano je 88 gradskih (65,19%) i 20 seoskih žena (35,71%), dok 47 gradskih (34,81%) i 36 seoskih (64,29%) ne zna šta je to samopregled dojke (grafikon 3). Postoji značajna razlika u informisanosti gradskog i seoskog stanovništva o samopregledu dojke ($\chi^2=13,991 > 3,841$ (1 i 0,05) $p < 0,05$).

Grafikon 4.



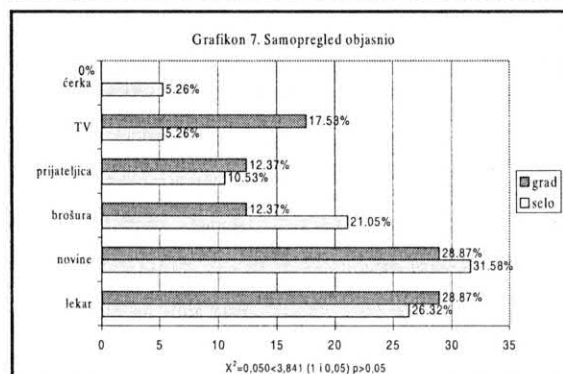
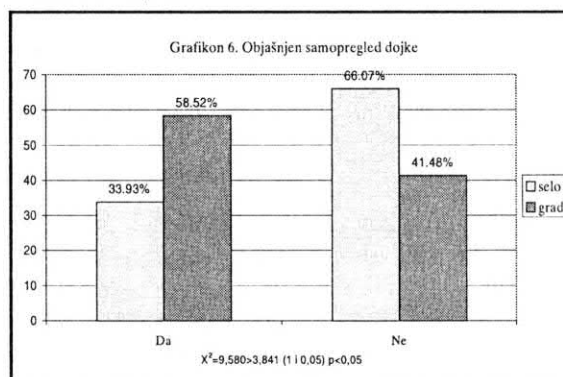
Na pitanje 'Da li uopšte obavljate samopregled dojke?' potvrdno je odgovorilo 59 ispitanica iz urbane sredine (43,7%) i 18 iz ruralne sredine (32,14%), a negativno 76 (56,3%) gradskih i 38 (67,86%) seoskih žena (grafikon 4). Ne

postoji značajna razlika između gradskog i seoskog stanovništva u obavljanju samopregleda dojke ($\chi^2=2,199 < 3,841$ (1 i 0,05) $p > 0,05$). Grafikon 5.



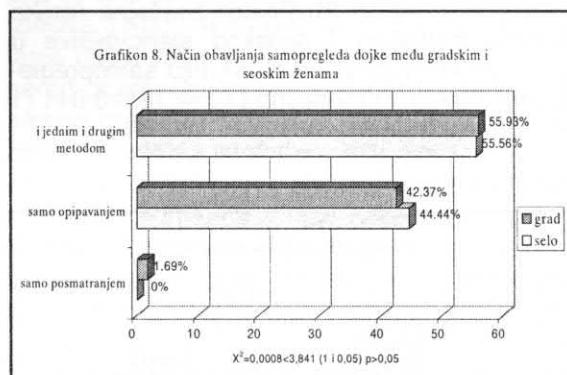
Od 59 gradskih i 18 seoskih žena koje obavljaju samopregled, 2 žene iz urbane sredine to čine svaki dan (3,39%) i ni jedna seoska žena (0%), 19 gradskih (32,2%) i 8 seoskih (44,44%) jednom nedeljno, 35 gradskih (59,32%) i 8 seoskih (44,44%) jednom mesečno što i jeste pravilno, 3 gradske (5,08%) i 2 seoske (11,11%) ređe od jednom mesečno (grafikon 5). Postoji značajna razlika između gradskog i seoskog stanovništva u pravilnom vremenskom obavljanju samopregleda dojke jednom mesečno ($\chi^2=4,169 > 3,841$ (1 i 0,05) $p < 0,05$).

Grafikon 6.,7.



Samopregled dojke objašnjen je na 58,52% ispitanica iz urbane sredine i 33,93% iz ruralne sredine, dok se 41,48% gradskih i 66,07% seoskih žena izjasnilo da im ovaj pregled nije objašnjen (grafikon 6). Postoji značajna razlika između gradskog i seoskog stanovništva u činjenici da li im je neko objasnio samopregled dojke ($\chi^2=9,580>3,841$ (1 i 0,05) $p<0,05$). Lekar je objasnio samopregled u 26,32% slučajeva iz ruralne sredine i 28,87% iz urbane sredine, 28 gradskih (28,87%) i 6 seoskih (31,58%) žena to zna na osnovu članka u novinama, 21,05% seoskih i 12,37% gradskih žena na osnovu brošure o samopregledu dojke, 10,53% seoskih i 12,37% gradskih žena zna jer im je to objasnila prijateljica, 5,26% njih iz ruralne sredine i 17,53% iz urbane sredine na osnovu televizijskih emisija, a jedna ispitanica iz seoske sredine se izjasnila da joj je to objasnila ćerka (5,26%) (grafikon 7). Ne postoji značajna razlika između gradskog i seoskog stanovništva u objašnjenosti samopregleda koja potiče od lekara ($\chi^2=0,050<3,841$ (1 i 0,05) $p>0,05$).

Grafikon 8.



Od onih žena koje obavljaju samopregled dojke, jedna iz urbane sredine ga obavlja samo posmatranjem (1,69%), 25 gradskih (42,37%) i 8 seoskih (44,44%) samo opipavanjem, a 33 gradske (55,93%) i 10 seoskih (55,56%) i jednim i drugim metodom, što i jeste pravilno (grafikon 8). Ne postoji značajna razlika između gradskog i seoskog stanovništva u pravilnom obavljanju samopregleda dojke i jednom i drugom metodom ($\chi^2=0,0008<3,841$ (1 i 0,05) $p>0,05$).

Grafikon 9., Tabela 1.

Na pitanje ²Koji su to znaci koje ne treba da nađete pri samopregledu dojke? odgovore zna 65,19% žena iz urbane sredine i 37,5% iz ruralne sredine, a 47 gradskih žena (34,81%) i 35 seoskih (62,5%) ne znaju, što je prikazano

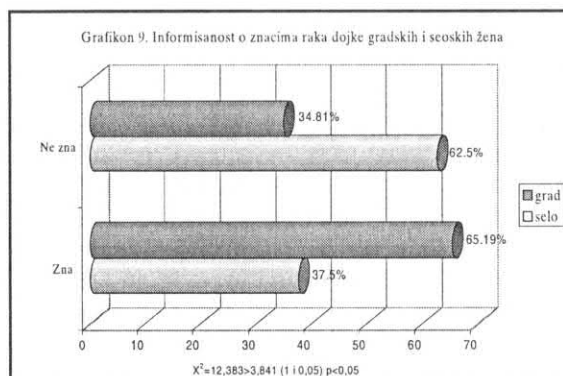
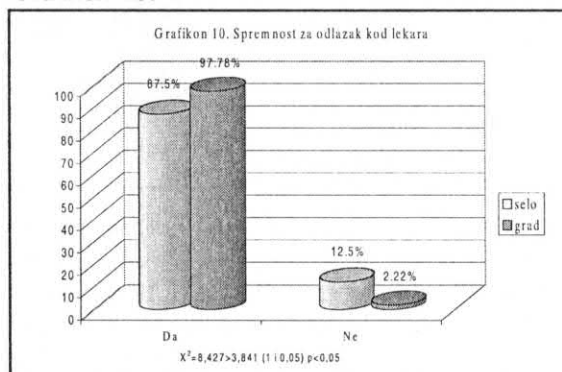


Tabela 1. ZNACI RAKA DOJKE

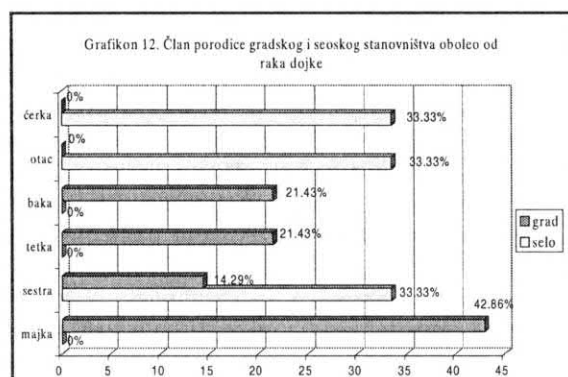
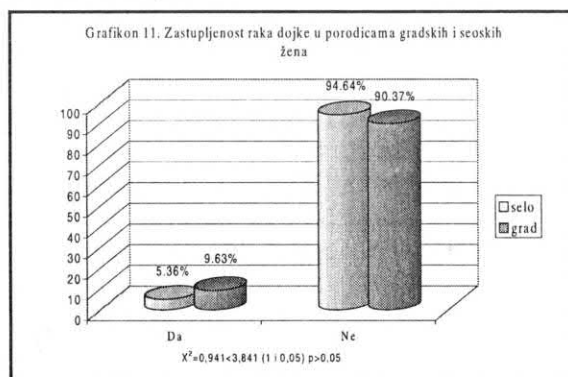
Redni broj	Znaci raka dojke	Ruralno stanovništvo (%)	Gradsko stanovništvo (%)
0	1	2	3
1	grudvice	65.63	53.75
2	bol	0	5
3	sekrecija iz bradavice	3.13	5
4	uvučene bradavice	6.25	8.75
5	promene na koži dojke	12.5	12.5
6	promene oblika dojke	12.5	13.13
7	pomorandžina kora	0	1.88

*Ženama je bilo dozvoljeno da navedu više od jednog znaka

na grafikonu 9. Postoji značajna razlika između gradskog i seoskog stanovništva u informisanosti o znacima raka dojke ($\chi^2=12,383>3,841$ (1 i 0,05) $p<0,05$). Najčešće navođen znak su grudvice. Njega navodi 86 ispitanica iz urbane sredine (53,75%) i 21 iz ruralne sredine (65,63%), a od toga 45 gradskih (52,33%) i 13 seoskih (61,9%) navodi samo ovaj znak. Po učestalosti navođenja slede: promene oblika dojke (13,13% gradskog stanovništva i 12,5% seoskog), promene na koži dojke (po 12,5% u obe sredine), uvučene bradavice (8,75% urbanog stanovništva i 6,25% ruralnog), sekrecija iz bradavice (5% žena iz grada i 3,13% sa sela), bol (5% gradskih žena i 0% seoskih) i pomorandžina kora (1,88% ispitanica iz grada i 0% sa sela) (tabela 1). Najčešće navođena kombinacija znakova u obe sredine podrazumeva grudvice, promene oblika dojke i promene na koži dojke (crvenilo, ranice). Grafikon 10.



Kod lekara je spremno da ode 97,78% anketiranih iz grada i 87,5% sa sela ako otkrije neke promene pri samopregledu a manji broj njih nije spremno na takav korak (2,22% iz grada i 12,5% sa sela) (grafikon 10). Postoji značajna razlika između gradskog i seoskog stanovništva u spremnosti za odlazak kod lekara ($X^2=8,427>3,841$ (1 i 0,05) $p<0,05$). Grafikon 11.,12.

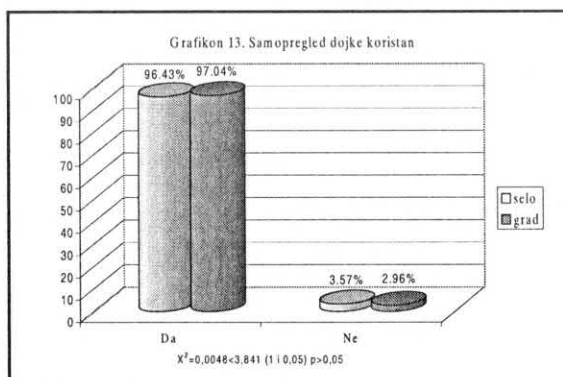


Većina žena u obe sredine nema obolelog člana porodice od raka dojke (90,37% žena iz grada i 94,64% sa sela), 13 iz grada (9,36%) i 3 sa sela (5,36%) ih ima (grafikon 11). Ne postoji značajna razlika između gradskog i seoskog stanovništva u zastupljenosti raka dojke među članovima njihovih porodica ($X^2=0,941<3,841$ (1 i 0,05) $p>0,05$). Najčešće oboleli član porodice kod gradskog stanovništva je majka (42,86%), zatim sa jednakom učestalošću slede tetka i baka (21,43%), pa sestra (14,29%). Među anketiranim ženama iz ruralne sredine, sa jednakom učestalošću, kao oboleli od karcinoma dojke, zastupljeni su sestra, otac i ćerka (33,33%). Samo jedna ispitanica iz gradske sredine ima genetsku predispoziciju za rak dojke po uzlaznoj i bočnoj liniji, jer navodi da su joj i majka i baka obbolele od karcinoma dojke (grafikon 12).

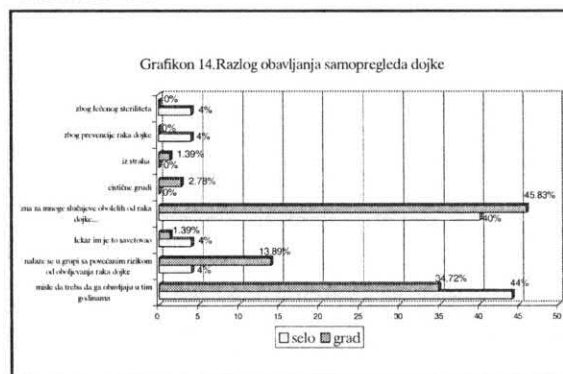
Interesantno je napomenuti da oko 67%

ispitanica sa sela i oko 76% iz grada sa poznatim genetskim opterećenjem ne obavlja samopregled dojke, a čak 46% njih iz grada i oko 33% sa sela ne zna šta je to samopregled dojke. Samo jedna anketirana žena iz urbane sredine koja obavlja samopregled dojke radi to pravilno što se tiče načina i vremena obavljanja samopregleda.

Grafikon 13.



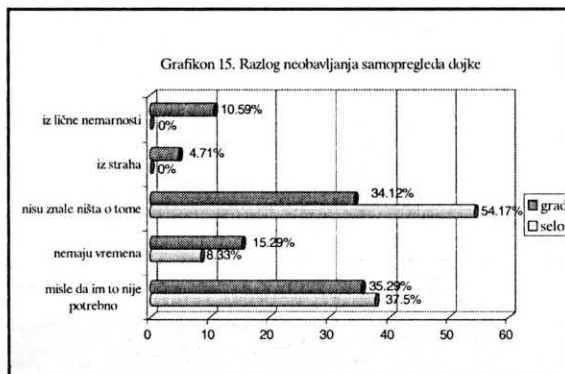
Odgovori na pitanje "Mislite li da je samopregled dojke koristan?" prikazani su na grafikonu 13. Afirmativno se izjasnilo 97,04% ispitanica iz grada i 96,43% sa sela, a 2,96% iz urbane sredine i 3,57% iz ruralne sredine dalo je negativan odgovor. Ne postoji značajna razlika između gradskog i seoskog stanovništva u mišljenju da je samopregled dojke koristan ($X^2=0,0048<3,841$ (1 i 0,05) $p>0,05$). Grafikon 14.



Kao najčešći razlog obavljanja samopregleda dojke ispitanice iz grada navode da znaju za mnoge slučajeve obolelih od raka dojke, koji nisu na vreme otkrili bolest, a to im je moglo spasiti život (45,83%), dok se on navodi u 40% slučajeva iz ruralne sredine. Među seoskim ženama najčešće navođen razlog obavljanja samopregleda je što misle da treba da ga obavljaju u tim godinama (44%), a kod gradskih ispitanica se on nalazi na drugom mestu (34,72%).

Kao nešto učestaliji razlog kod gradskih žena je i što se nalaze u grupi sa povećanim rizikom oboljevanja od raka dojke (13,89%), zatim slede razlozi: zbog cističnih grudi (2,78%) i sa po jednakom frekvencom jer im je lekar to savetovao i iz straha (1,39%). Kod seoskih ispitanica sa po jednakom učestalošću od po 4% navođeni su razlozi: jer se nalaze u grupi sa povećanim rizikom oboljevanja od raka dojke, jer im je lekar to savetovao, zbog prevencije raka dojke i zbog lečenog steriliteta (grafikon 14).

Grafikon 15.



Od onih žena iz urbane sredine koje ne obavljaju samopregled dojke, 35,29% to čine jer misle da im to nije potrebno, 34,12% jer nisu znale ništa o tome, 15,29% jer nemaju vremena, 10,59% iz lične nemarnosti i 4,71% iz straha. Kod anketiranih žena iz ruralne sredine najčešće navođen razlog neobavljanja samopregleda dojke je što nisu znale ništa o tome (54,17%), zatim jer misle da im to nije potrebno (37,5%) i jer nemaju vremena (8,33%) (grafikon 15).

DISKUSIJA

Ova epidemiološka studija imala je dva cilja: prvi, da sagleda zdravstvenu prosvetčenost žena ruralne i urbane sredine o samopregledu dojke i drugi, koji je bio usmeren na buđenje svesti žena iz obe sredine da one same treba da preduzmu odgovornost za sopstveno zdravlje. S takvim ciljem, nastojano je da se sve žene obuhvaćene ispitivanjem, što je više moguće upoznaju sa tehnikom samopregleda dojke putem brošure koja im je davana nakon sprovedene ankete (prilozi 1 i 2).

Samopregled dojke je vrlo značajna mera samozaštite, jer je rak dojke najčešća maligna bolest kod žena posle kožnog non-melanona kancera.⁴

Incidenca raka dojke je u blagom poras-

tu. Povećanje je u proseku za 2% godišnje za ukupnu populaciju. 5 Najveća incidenca karcinoma dojke u 2001. godini zabeležena je u Severnoj Americi, Severnoj Evropi i Okeaniji, srednja u Centralnoj i Južnoj Americi, Južnoj i Istočnoj Evropi i niska u Africi i Aziji.⁶ Prema Svetskoj Zdravstvenoj Organizaciji, više od 1,2 miliona novih slučajeva raka dojke će biti registrovano u 2002. godini u svetu, a oko 25% tih dijagnostikovanih slučajeva će se završiti smrtno.⁷ Pri tom, incidenca raka dojke niža je u ruralnim nego u urbanim sredinama i sa godinama raste, da bi dostigla pik u menopauzi.⁸ Na području Srbije, rak dojke bio je najčešće maligno oboljenje u 2000. godini prema Hospitalnom registru za rak Instituta za onkologiju i radiologiju Srbije.⁹ Standardizovana stopa incidence karcinoma dojke u Srbiji iznosi 51,7/100.000 godišnje prema podacima iz 2002 godine.¹⁰ U Pirotskom okrugu, incidenca je 1997. godine iznosila 18,3 na 100.000 stanovnika.¹¹ Karcinom dojke je drugi vodeći uzrok smrti od kancera posle karcinoma pluća. Stopa mortaliteta od ovog oboljenja je veća među ruralnom nego među urbanom populacijom, jer se ruralni kancerski pacijenti dijagnostikuju u odmaklijem stadijumu bolesti i kasnije javljaju lekaru, a takođe i manje koriste usluge onkoloških službi.¹ Stopa petogodišnjeg preživljavanja među ženama obolelim od karcinoma dojke iz ruralnih oblasti je znatno niža (59%) nego među ženama iz urbanih sredina (oko 70%).¹²

Epidemiološke studije su pokazale da postoji visok rizik oboljevanja od raka dojke kod žena: sa višim socioekonomskim uslovima života, sa pozitivnom porodičnom i ličnom anamnezom, sa genetskim alteracijama u određenim genima (BRCA1, BRCA2), sa ranom menarhom, sa kasnom menopauzom, sa sterilitetom, sa kasnim prvim porođajem i kraćom laktacijom, sa displaznom bolešću dojke, kod žena koje uzimaju hormonsku terapiju i žena koje su bile izložene radiacionoj terapiji.¹³

Na osnovu rezultata sprovedene ankete, može se zaključiti da informisanost žena ruralne i urbane sredine o samopregledu dojke na našem području nije odgovarajuća. To se naročito odnosi na seosku žensku populaciju jer čak oko 65% njih nije upućeno u pojam samopregleda dojke ($\chi^2=13,991>3,841$ (1 i 0,05) $p<0,05$). Ova činjenica ne može se pripisati nedovoljnom obrazovanju (23,21% je bez

Prilog 1.

DOM ZDRAVLJA PIROT
Dr Emina Aleksić
Dr sc. med. Suzana Stanković

redni br. / / /

ANKETA

Ime i prezime _____
Adresa _____
br.tel. _____

matični broj građana / / / / / / / / / / / / / /

Uputstvo: zaokružite broj pored odgovora

1. Školska sprema
 1. bez školske spreme
 2. osnovna
 3. srednja
 4. viša
 5. visoka

/ / 1
2. Starost / _ / _ god. / / 2
3. Mesto stanovanja
 1. grad
 2. selo

/ / 3
4. Da li znate šta je to samopregled dojke?
 1. Da
 2. Ne

/ / 4
5. Da li uopšte obavljate samopregled dojke?
 1. Da
 2. Ne

/ / 5
6. Ako obavljate samopregled dojke, kada to radite?
 1. svaki dan
 2. jednom nedeljno
 3. jednom mesečno
 4. ređe od jednom mesečno

/ / 6
7. Da li vam je neko objasnio kako se vrši samopregled dojke?
 1. Da
 2. Ne

/ / 7
- Ako Da, ko vam je objasnio?
 1. lekar
 2. pročitala sam iz članka u novinama
 3. pročitala sam iz brošure o samopregledu dojke
 4. prijateljica
 5. _____

/ / 8
/ / 9
/ / 10
/ / 11
/ / 12
- (navedite ako je neko drugi koga nema na ovom spisku)
8. Da li samopregled dojke obavljate?
 1. samo posmatranjem
 2. samo opipavanjem
 3. i jednim i drugim metodom

/ / 13
9. Koji su to znaci koje ne treba da nađete pri samopregledu dojke?

10. Smatrate li da treba da odete kod lekara ako otkrijete neke promene pri samopregledu dojke?
 1. Da
 2. Ne

/ / 20
11. Da li imate nekoga u porodici koji je oboleo od raka dojke?
 1. Da
 2. Ne

/ / 21
- Ako Da, ko vam je oboleo od raka dojke?
 1. majka
 2. sestra
 3. tetka
 4. baka
 5. _____

/ / 22
/ / 23
/ / 24
/ / 25
/ / 26
- (navedite ako je neko drugi koga nema na ovom spisku)
12. Mislite li da je samopregled dojke koristan?
 1. Da
 2. Ne

/ / 27
13. Zašto obavljate samopregled dojke?
 1. mislim da treba da ga obavljam u mojim godinama
 2. nalazim se u grupi sa povećanim rizikom od oboljevanja raka dojke
 3. lekar mi je to savetovao
 4. znam za mnoge slučajeve obolelih od raka dojke, koji nisu na vreme otkrili bolest, a to im je moglo spasiti život
 5. _____

/ / 28
/ / 29
/ / 30
/ / 31
/ / 32
- (navedite ako je neki drugi razlog koga nema na ovom spisku)
14. Zašto ne obavljate samopregled dojke?
 1. mislim da mi to nije potrebno
 2. nemam vremena
 3. nisam znala ništa o tome
 4. _____

/ / 33
/ / 34
/ / 35
/ / 36
- (navedite ako je neki drugi razlog koga nema na ovom spisku)

Prilog 2.

**ONO ŠTO SVAKA ŽENA
TREBA DA ZNA****Kako obaviti
SAMOPREGLED
DOJKI**

Pregled dojki treba obavljati **JEDNOM MESEČNO** posle 20. god. života!!!

- najbolje u periodu posle ciklusa kada grudi nisu osetljive niti nabrekle (i to uvek osmog do desetog dana od završetka dana menstruacije),
- ako nemate redovne cikluse, odredite jedan datum u mesecu kada ćete obavljati pregled (npr. prvog ili petnaestog).

Pregledom ćete najpre naučiti kako vaše dojke normalno izgledaju.

Kada se naviknete da ih redovno pregledate, veoma lako ćete primetiti svaku promenu na njima.

Rano otkrivanje je ključ uspešnog lečenja !!!

Samopregled se sastoji iz dva akta: osmatranja i opipavanja (palpacije).



Osmatranje se vrši tako što se skinete do pojasa, stanete ispred ogledala, spustite ruke uz telo i posmatrate oblik i simetričnost dojki, zatim boju kože, izgled bradavica i koluta oko bradavica. Potom ruke podignute visoko iznad glave i telo pomerite polulevo, a zatim poludešno kako bi osmatrali delove dojki prema pazuhu.

Sumnju treba da Vam pobude sledeće promene:

- izraslina, zadebljanje ili ranica na dojci, njenoi okolini ili pazuhu,
- promena veličine ili oblika dojke,
- postojanje sekrecije na bradavici (sekret žućkaste, zelene ili kestenjaste boje),
- promena boje ili osetljivosti kože, areole ili bradavice (fuvučena bradavica, uvučena koža dojke, crvenilo kože ili njen izgled nalik kori pomorandže).

Svaka od ovih promena, pojedinačno ili udruženo, znak je bolesti

Opipavanje vršite u ležećem položaju. Levom rukom obavljate pregled desne dojke i obrnuto.

Dlan leve ruke položite na predio desne dojke ispod ključne kosti, a desnu ruku podignite neposredno iznad glave. Opipavanje vršite jorgdicama drugog do petog prsta, pomeranjem dlana prema spoljnim delovima dojke, donjim, a potom unutrašnjim uz grudnu kost i dolaskom na početnu poziciju.



Zatim dlan pomerite nekoliko centimetara niže i ponovite postupak na isti način, u smeru kretanja kazaljke sata, u koncentričnim krugovima sve bližim bradavici. Tokom palpacije možete koristiti i druge načine, kao što je palpacija u vidu znakaštog pomeranja prstiju ili gore-dole (slike A, B, C). Sve vreme tragajte za tvrdinom. **Bitno je da izbegavate svako drugo opipavanje**, jer promene u veličini i čvrstini dojki variraju u toku mesečnog ciklusa.

Zatim proverite da li se javlja iscedak na bradavici. Pregled desne dojke završite opipavanjem pazuhu i to vrhovima prstiju leve šake koju pomerate od završetka

nadlaktice u pazuhu prema dojci, u potrazi za uvećanim limfnim čvorovima.

Potom izvršite palpaciju leve dojke i pazušne jame desnom rukom na istovetan način.

**UKOLIKO NA OVAJ NAČIN
UOČITE BILO KAKVU PROMENU
KONSULTUJTE SVOG LEKARA!
REDOVNIM PREGLEDOM
ČUVATE VAŠE ZDRAVLJE!**

**KO TREBA DA OBAVLJA
SAMOPREGLED DOJKI I ZAŠTO?**

- karcinom dojki je na drugom mestu po učestalosti karcinoma kod žena
- svaka žena može dobiti karcinom dojke
- 90% rano otkrivenih karcinoma dojki je izlečivo
- samopregled vam pomaže da uočite svaku promenu na dojčkama
- za pregled vam treba 10 minuta mesečno
- 80% promena nije karcinom, ali vas svaka promena obavezuje da konsultujete svog lekara!
- pregled dojki od strane lekara treba obavljati jednom godišnje.

**OBAVLJAJTE SAMOPREGLED
DOJKI JEDNOM MESEČNO!**

**RANO OTKRIVANJE RAKA DOJKE
JE KLJUČ USPEŠNOG LEČENJA!**

Literatura:

1. Brzaković P.: Samopregled dojke. Društvo Srbije za borbu protiv raka, Beograd, 1996.
 2. Kliniku "Dr. Hadži-Tunović", <http://www.heartclinic.co.yu/zene.html>
 3. Munjović D.: Propedeutika interne medicine. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1995; str. 88-94
 4. Stevović D. i sar.: Hirurgija. Savremena administracija, Beograd, 2000; str. 263-265
- Priredile, pripremile i dizajnirale:
dr. Emina Aleksić, doktor medicine
dr. sc. med. Suzana Stanković, specijalistka opšte medicine

Služba opšte medicine,
Zdravstveni centar Piroć,
Ul. Lova Tolstoja b.b.;
18300 Piroć
e-mail: gkrstic@pt.yu



ZDRAVSTVENI CENTAR PIROĆ
DOM ZDRAVLJA PIROĆ
SLUŽBA OPŠTE MEDICINE

**SAMOPREGLED
DOJKE**

**Uputstvo za rano otkrivanje raka
dojke**

dr. Emina Aleksić
dr. sc. med. Suzana Stanković

2002. Piroć

školske sprema i 46,43% sa osnovnom škol-skom spremom) i starijoj ženskoj populaciji na selu (prosečna starost oko 53 godine). Istraživanja rađena u svetu pokazuju sasvim drugačiju sliku. Žene iz ruralnih područja su čak upućenije u pojam samopregleda dojke (93%) u

odnosu na žene iz urbanih sredina (90%).14 Prema ovim podacima, žene sa gradskog područja su, takođe, nedovoljno informisane o ovom vidu samozaštite (svega oko 65% njih). Većina žena iz obe sredine smatra da je samo-pregled koristan (96% sa sela tj. 97% iz grada),

što se poklapa sa svetskim podacima (po 98% u obe sredine). Dakle, po tom pitanju ne postoji značajna razlika između gradskog i seoskog stanovništva ($X^2=0,0048<3,841$ (1 i 0,05) $p>0,05$). Međutim, samo oko 32% seoskih žena i 44% gradskih obavlja samopregled dojke, umesto da to čini svih 100% anketiranih. U tom pogledu ne postoji značajna razlika među ruralnim i urbanim stanovništvom ($X^2=2,199<3,841$ (1 i 0,05) $p>0,05$) kao i u svetu, ali je zastupljenost obavljanja samopregleda u našem okruženju daleko manja, jer 93% seoskih tj. 94% gradskih žena u svetu obavlja samopregled dojke. Redovno obavljanje samopregleda je privilegovana dužnost samo nekolicine žena, koje to čine uglavnom na nepravilan način što se tiče vremenskog perioda u kojem ga treba obavljati i postupka na koji ga treba vršiti. Naime, samopregled dojke obavlja jednom mesečno oko 60% gradskih žena i samo oko 44% seoskih. U svetu nema značajnije razlike između gradskog i seoskog stanovništva u vremenskom obavljanju samopregleda (oko 37% u obe sredine), za razliku od nas ($X^2=4,169>3,841$ (1 i 0,05) $p<0,05$), ali je rezultat daleko ispod onog dobijenog u ovom istraživanju. Što se tiče načina obavljanja samopregleda, nema značajnije razlike između urbanog i ruralnog stanovništva ($X^2=0,0008<3,841$ (1 i 0,05) $p>0,05$), jer ga oko 55% žena iz obe sredine obavlja i jednom i drugom metodom u odnosu na oko 70% gradskih i 74% seoskih žena u svetu.¹⁴

Samopregled dojke objašnjen je na oko 58% žena iz urbane sredine i samo na oko 34% žena iz ruralne sredine u odnosu na oko 80% žena iz obe sredine u svetu. Dakle, kod nas postoji značajna razlika među gradskim i seoskim ženama po ovom pitanju ($X^2=9,580>3,841$ (1 i 0,05) $p<0,05$) za razliku od situacije u svetu. Pri tom, informisanost ispitanica o vršenju ovog pregleda potiče najviše iz članaka u novinama (29% u gradu i 32% u selu), ali to još uvek nije toliko izraženo kao u svetu (42% u gradu i 44% u selu). Zasluga lekara u ovom domenu je mala i to u obe sredine bez značajne razlike ($X^2=0,050<3,841$ (1 i 0,05) $p>0,05$). Na svega 29% anketiranih žena iz grada i 26% sa sela je samopregled objasnio lekar. Situacija u svetu je mnogo bolja, jer je to zasluga lekara u oko 55% slučajeva u obe sredine.¹⁴ Problem je verovatno i u lekaru i u pacijentu kod nas. Lekar propušta da se interesuje za stanje dojke svog pacijenta zbog

ograničenog vremenskog perioda lekarskog pregleda i velikog broja pacijenata u radu lekara opšte medicine, a obraća pažnju jedino ako bolesnica uputi na neke simptome. Tokom ovog istraživanja zapaženo je veliko interesovanje žena za objašnjenje samopregleda dojke, čime je pobijena ustaljena dogma da žene nisu zainteresovane za ovaj vid zdravstvenog prosvetavanja. Angažovanje mas-medija na ovom planu je značajno više izraženo u gradskoj sredini, gde je oko 17% anketiranih upućeno u pojam samopregleda putem TV-a u odnosu na oko 5% u seoskoj sredini. U svetu je, pak, ruralno stanovništvo čak više oslonjeno na ovaj vid mas-medija (70%) nego urbano stanovništvo (66%), a i njihovo angažovanje je daleko veće nego u našoj sredini. Kod nas je takođe, informisanost koja potiče od rođaka (oko 5%) ili prijatelja (oko 11%) veća nego u svetu (svega oko 2,5% u oba slučaja), dok je upućenost koja potiče od brošura o samopregledu u gradskoj sredini manja (12%) nego u našem okruženju (oko 18% u obe sredine).¹⁴ Poražavajuća je činjenica da čak i one žene koje imaju određeno znanje o samopregledu dojke, ipak nisu dovoljno informisane o znacima koji upozoravaju prilikom ovog pregleda, što se naročito odnosi na one iz ruralne sredine gde čak oko 62% njih ne zna da navede ni jedan znak za razliku od oko 35% iz urbane sredine ($X^2=12,383>3,841$ (1 i 0,05) $p<0,05$). Prema svetskim podacima, taj broj je sveden na oko svega 10% u obe sredine. Najčešće navođen znak su grudvice, kao i u svetu. Njega navodi oko 65% ruralnog i oko 54% urbanog stanovništva kod nas odnosno oko 82% anketiranih iz obe sredine u svetu. Bol navodi samo oko 5% gradskih ispitanica u odnosu na oko 29% njih iz obe sredine u svetu. Takođe, sekreciju iz bradavica pominje svega oko 3% seoskih tj. 5% gradskih žena za razliku od oko 40% ispitanica iz obe sredine u svetu.¹⁴ Ovo je još jedan prilog tezi da je ova vrsta zdravstvene prosvetčenosti naših žena iz obe sredine mala. Ogromna većina ispitanica pokazuje spremnost da ode kod lekara kada bi otkrile neke promene pri samopregledu dojke, koja je značajno manja među seoskim ispitanicama, jer je oko 87% njih spremno na takav korak u odnosu na oko 98% gradskih žena ($X^2=8,427>3,841$ (1 i 0,05) $p<0,05$). U svetu je ova spremnost manja nego kod nas (oko 73% u gradskoj i seoskoj sredini).¹⁴ Dakle, još uvek nije iskorenjena dogma da je maligna bolest neizlečiva i da je ne treba

lečiti pa žene ne dolaze iz straha od otkrivanja maligne bolesti a zatim iz straha od života sa malignom bolešću i straha od smrti zbog maligne bolesti.

Istraživanja u svetu dokazala su postojanje autozomno dominantnog nasleđivanja osetljivosti prema kanceru. Kada je roditelj (otac ili majka) nosilac autozomno dominantne genetske predispozicije, svako dete ima 50% šanse da nasledi ovu predispoziciju. Kancer se kod ljudi sa ovakvom predispozicijom javlja 5 do 15 godina ranije nego u sporadičnim slučajevima. Mutacije u određenim genima (BRCA1, BRCA2 i drugim) takođe povećavaju rizik za karcinom dojke. Svetske studije pokazale su da 5 do 10% žena ima majku ili sestru sa karcinomom dojke, i oko 2 puta više njih ima prvostepenog i drugostepenog rođaka sa karcinomom dojke.⁴ To se poklapa sa podacima dobijenim u ovoj studiji. Pri tom, kod nas ne postoji značajna razlika među ženama iz ruralne i urbane sredine u zastupljenosti raka dojke u njihovim porodicama ($X^2=0,941<3,841$ (1 i 0,05) $p>0,05$), dok je u svetu manja incidenca ovog tumora u seoskoj populaciji.

U svetu žene sa pozitivnom porodičnom anamnezom pokazuju daleko veće interesovanje za samopregled dojke u obe sredine i obavljaju ga u većem procentu nego žene bez porodičnog opterećenja zbog većeg rizika za razvoj ove bolesti.⁴ To kod nas uopšte nije slučaj, pa čak 67% seoskih i 54% gradskih ispitanica ne zna šta je to samopregled dojke.

Najveći broj ispitivanih žena kao razlog redovnog ili povremenog obavljanja samopregleda navodi informisanost o osobama koje su obolele od karcinoma dojke i završile svoj život tragično upravo zbog toga što nisu na vreme otkrile bolest. Prema svetskim istraživanjima, najčešće navođen razlog je što žene misle da treba da ga obavljaju u tim godinama. Dakle, kod naših žena još uvek nije dovoljno razvijena svest o njihovoj samozaštiti, već su u prvi plan stavljeni primeri drugih koji ih uče da ne čine iste greške. I ovde se takođe uočava veoma mali uticaj lekara, koji je naročito nizak u seoskoj sredini (oko 1%). Stanje nije bolje ni u svetu, gde se ovaj razlog navodi u oko 5% slučajeva iz obe sredine.¹⁴

Neobavljanje samopregleda takođe ima svoje razloge. Prvi među njima je neznanje o toj vrsti zdravstvene prosvete, što se naročito odnosi na seosku populaciju. U svetu žene najčešće misle da im to nije potrebno i to u oko

svaga 10% slučajeva u obe sredine.¹⁴ Očigledno je da naša zdravstvena služba ne obavlja svoj zadatak još uvek dobro, jer je ona ta koja treba da pravilno i blagovremeno informiše stanovništvo o prirodi bolesti i mogućnostima izlečenja od raka dojke, i da istakne da blagovremeno otkriven i lečen maligni tumor dojke pruža više mogućnosti za lečenje, uz izvanredne šanse za potpuno izlečenje.

ZAKLJUČAK

Na osnovu rezultata sprovedene ankete može se zaključiti da je informisanost žena iz urbane, a naročito žena iz ruralne sredine o samopregledu dojke, kao metodi za rano otkrivanje raka dojke, vrlo mala i neodgovarajuća. To se posebno odnosi na zastupljenost, način i vreme samopregleda i informisanost o znacima koji upozoravaju prilikom samopregleda.

Takođe je vrlo mali uticaj lekara u ovoj vrsti zdravstvenog prosvetavanja u obe sredine sa većim zaostatom u seoskoj sredini. Riziku da obole od karcinoma dojke izložene su sve žene bez obzira na mesto stanovanja, a s obzirom na dosadašnju veoma malu ulogu lekara primarne zdravstvene zaštite u obe sredine, značajno je obučavati i žene za obavljanje samopregleda dojki, informisati ih o znacima bolesti i edukovati lekare tehnici samopregleda dojki.

Dakle, treba raditi na zdravstvenom prosvetavanju žena u gradskoj a naročito u seoskoj sredini, jer je u slučaju malignog tumora dojke vrlo značajno rano otkrivanje bolesti i to pomoću samopregleda dojki, kao meri samozaštite zdravlja. Glavnu ulogu u svemu tome ima svakako zdravstvena služba ali ne treba zanemariti ulogu i mas-medija, novina i drugih vidova informisanja.

Samopregled dojki je ono što svaka žena treba da zna, pregled za koji treba odvojiti samo 10 minuta mesečno a može svakoj ženi spasiti ne samo dojk, već i život.

LITERATURA

1. [http:// grants1.nih.gov/grants/guide/rfa-files/RFA-CA-94-019.html](http://grants1.nih.gov/grants/guide/rfa-files/RFA-CA-94-019.html)
2. [http:// www.politica.co.yu / 2001/ 1108/ 01 30.htm](http://www.politica.co.yu/2001/1108/0130.htm)
3. Manić B. Dojka-strah ili ne? Medicus 2001 ;12: 60-62
4. [http:// www. cancer.gov/ cancerinfo/ pdq / genetics / breast-and-ovarian # top](http://www.cancer.gov/cancerinfo/pdq/genetics/breast-and-ovarian#top)

5. Stevović D. i sar. Hirurgija. Savremena administracija, Beograd, 2000; str. 263-265
6. <http://www.protectingourhealth.org/newscience/breastcancer/2001/2001sasco.htm>
7. <http://imaginis.com/breasthealth/statistics.asp>
8. <http://medlib.med.utah.edu/WebPath/TUTORIAL/BREAST/BREAST.html>
9. Institut za onkologiju i radiologiju Srbije. Hospitalni registar za rak u 2000. godini, <http://www.ncrc.ac.yu/onkosrp/registar.html>
10. Tomašević Z. i sar. Maligne bolesti: karcinom dojke, pluća, kolorektuma, testisa, ovarijuma. Nacionalni komitet za izradu Vodiča kliničke prakse, Beograd, 2002; str.4-13
11. Marković M., Gligorićević S., Jocić T., Ćirić A. Epidemiološki aspekt karcinoma digestivnog trakta i dojke na našem operativnom materijalu. Medicus 1997; 4:12-13
12. <http://www.scotland.gov.uk/library2/doc01/fsag-63.htm>
13. <http://www.cancer.gov/cancerinfo/wyntk/breast#top>
14. <http://www.nbcc.org.au/pages/info/resource/nbc-cpubs/brhlthsu/ch1.htm>
15. Aleksić E. Informisanost žena o samopregledu dojke kao metodi za rano otkrivanje raka dojke. SeminarSKI rad, Beograd, 1996.
16. Brzaković P. Samopregled dojke. Društvo Srbije za borbu protiv raka, Beograd, 1996
17. Klinika " DrHadži-Tanović ", <http://www.heartclinic.co.yu/zene.html>
18. Manojlović D. Propedevtika interne medicine. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1995; str. 88-94

Dr Emina Aleksić, doktor medicine
Služba opšte medicine, Zdravstveni centar Pirot
Ulica Lava Tolstoja b.b. ; 18300 Pirot



AKUTNI ISHEMIJSKI HEPATITIS KAO POSLEDICA POGORŠANJA HRONIČNE RESPIRATORNE INSUFICIJENCIJE (Prikaz slučaja)

Snežana Jotić

Grudno odeljenje, Zdravstveni centar Piroć

SAŽETAK: Ishemijski hepatitis nastaje kao posledica smanjenog dotoka krvi u jetru zbog akutno nastale hipotenzije uzrokovane najčešće srčanom insuficijencijom ili šokom različite etiologije. Kod hroničnih respiratornih oboljenja oštećenje jetre nastaje prvenstveno kao posledica hipoksemije. U radu je prikazan slučaj pacijenta koji boluje od hronične respiratorne insuficijencije već 2 godine. Na naše odeljenje je primljen u teškom stanju, sa jakom malaksalošću i osećajem trnjenja u vilici. Na akutni ishemijski hepatitis je posumnjano posle nalaza visokih vrednosti transaminaza i LDH, poremećaja faktora koagulacije, niskih vrednosti saturacije kiseonika u krvi i znakova encefalopatije. Porastom vrednosti saturacije kiseonika u krvi dolazi do poboljšanja opšteg stanja pacijenta, normalizacije nalaza transaminaza, LDH i faktora koagulacije, čime je izbegnut smrtni ishod.

KLJUČNE REČI: ishemijski hepatitis, respiratorna insuficijencija, hipoksija

SUMMARY: Ischemic hepatitis appears as a result circulatory disorders and sufficient quantity of blood in a liver caused by acute hypotension that is appeared mostly as a result of heart insufficiency or caused by a shock of different etiology. With chronic respiratory diseases, liver disorder appears, in the first place, as a result of hypoxemia. This essay presents the case of the patient who has been suffering from chronic respiratory insufficiency for two years. He was hospitalized in a very bad condition, completely exhausted and with feeling of numb in a jaw. The acute hepatitis was suspected because the medical findings showed very high values of transaminosis and LDH, coagulation factor disorder, low values of oxygen saturation in blood and with clear symptoms of encephalopathy. When the value of oxygen saturation increases, the general health condition of the patient get better, the findings of transaminosis is normalized, LDH and coagulation factor and so the fatal result is avoided.

KEY WORDS: ischemic hepatitis, respiratory insufficiency, hypoxia

UVOD

Ishemijski hepatitis je oboljenje koje nastaje kao posledica smanjenog dotoka krvi u jetru, zbog akutno nastale hipotenzije uzrokovane najčešće srčanom insuficijencijom ili šokom različite etiologije. Može se naći i pod nazivom akutni hepatični infarkt ili hipoksični hepatitis.

Gibson i Dudley su prvi objavili rad o ishemijском hepatitisu 1984 godine. U našoj zemlji prvi rad su objavili Dapčević i Begić-Janeva 1995 godine (1, 2), a 2000 godine i Golubović i sar. (19). Ishemijski hepatitis je posledica hipoperfuzije u jetri nastale tokom akutnog popuštanja srca, šoka različite etiologije i/ili pasivne kongestije jetre (3). Akutna sistemska hipotenzija koja traje duže od 24 h sa

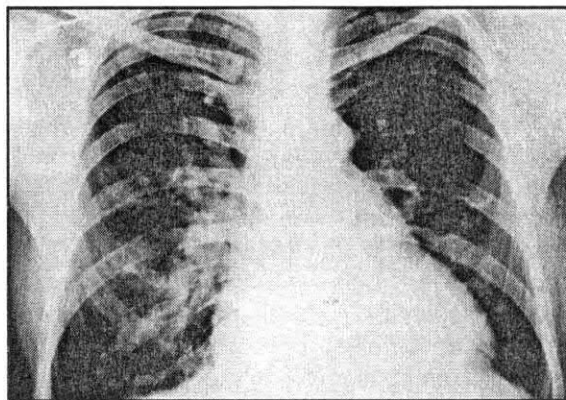
sistolnim pritiskom ispod 80 mm Hg uzrokuje oštećenje hepatocita (4). Kod hroničnih respiratornih oboljenja nastaje hipoksično oštećenje hepatocita, uzrokovano padom vrednosti saturacije kiseonika u krvi ispod 35%, iako je srčani indeks normalan, što ukazuje na to da je oštećenje nastalo kao rezultat hipoksije. To dalje, ukazuje i na postojanje hipoksičnog oštećenja jetre kod Pickwick sindroma, gde nije registrovana ni hipotenzija, ni akutna srčana insuficijencija.

PRIKAZ SLUČAJA

Naš pacijent je star 52 godine. U detinjstvu je imao česte prehlade sa upalama ždrela. U 8-oj godini lečen od zapaljenja pluća sa desne strane. Od 1980 god. počinje da oseća gušenje, praćeno sviranjem u grudima i povremenim kašljem sa iskašljavanjem (izraženije u zimskim mesecima). 2000. god. lečen na našem odeljenju zbog zapaljenja pluća sa leve strane i pogoršanja obstruktivnih tegoba. Tada su utvrđene visoke vrednosti hematokrita (0,68) i hemoglobina (240 mmol/L) i povišene vrednosti serumskog bilirubina (36,8 mmol/L). Nekoliko dana pre sadašnjeg prijema na odeljenje osećao je jaku malaksalost, otežano disanje i trnjenje u donjoj vilici. Zbog povišenih vrednosti hematokrita, uradjena je venepunkcija 350 ml krvi. Posle toga stanje pacijenta se pogoršava pa je upućen na bolničko lečenje.

Pri prijemu pacijent je somnolentan, konfuzan, teže pokretan u postelji u kojoj zauzima ortopnoični prinudni položaj, koža i vidljive sluzokože su bledocijanotične. Lice poliglobulično-žabljij facies, beonjače subikterične, prisutna cijanoza usana i sluzokože usne duplje. Srčana radnja tahiritmična, tonovi tiši bez šumova, puls slabije punjen 100/min. TA-140/80. Nalaz na plućima: oslabljen disajni šum, obostrano bazalno znaci zastoja. Jetra tvrda, neosetljiva na dodir, uvećana za 2cm. EKG: znaci hroničnog plućnog srca. RTG pluća: hiperinflacija plućnih polja, desno parakardijalno trakaste promene, srčana senka proširena sa naglašenim lukom a. Pulmonalis. (Sl. 1).

Laboratorijske analize: SE-3/5, Er-4,4. Le-13,9 (Mo-10), Hb-152 mmol/L, Hct-0,50, Tr-371 000, urea, kreatinin, glikemija, ukupni proteini, elektroliti i amilaza su u granicama normale. Ukupni bilirubin 69 mmol/L, direktni bilirubin 26 mmol/L, AST-660 UI/L, ALT-652 UI/L, LDH-



Slika 1.

2540 UI/L, alkalna fosfataza-233 UI/L. Vreme krvarenja 1 min. Vr. Koagulacije 9 min. 18 sec. SaO₂-44%. U terapiju je uključena kontinuirana oksigenoterapija, kao i bronhodilatatorska i kardi-tonična terapija. Zbog visokih vrednosti aminotransferaza urađeni testovi na HBS Ag i Anti HCV Ag- nalaz negativan. EHO abdomena: jetra ehogenijeg aspekta, bez fokalnih promena- sindrom svetle jetre. Nakon dva dana dolazi do pada tenzije 90/60 mm Hg praćene tahikardijom 120/min. Pacijent se žali na slab vid, konsultovan Oftalmolog, Dg: Haemorrhagio retine bill. Laboratorijske analize pokazuju trombocitopeniju- 154 000, produženo PT i PTT, fibrinogen 3g/L, SaO₂-69%. Postoji sumnja na DIK zbog hemoragije na retini. Nastavljeno sa započetom terapijom uz nadoknadu tečnosti rastvorima. Petog dana dolazi do pada vrednosti ukupnog bilirubina-38,4 (dir.-25,6) mmol/L, LDH-392 UI/L, AST-106 UI/L, ALT-203 UI/L. Broj trombocita raste na 281 000. Trinaestog dana vrednosti AST-22 UI/L, ALT-33 UI/L, LDH-330 UI/L. Uradjen ehokardiografski pregled srca: uvećanje desne komore i pretkomore, sa trikuspidnom regurgitacijom 3+. Kontrolni pregled Oftalmologa: nalaz na retina-ma u regresiji.

Petnaestog dana pacijent se otpušta kući, sa nalazom trombocita 291 000, normalnim nalazom PT i PTT, ukupnim bilirubinom 12 mmol/L, normalnim nalazom aminotransferaza, LDH- 330 UI/L, SaO₂-69%.

Zahvaljujući blagovremenoj primeni kontinuirane oksigenoterapije, kao i bronhodilatatorske terapije, došlo je do popravljavanja hipoksemije koja je bila uzrok hipoksije hepatocita i uzrok pojave hipoksičnog-ishemijskog hepatitisa.

DISKUSIJA

Ishemijski hepatitis ili hipoksični hepatitis ili akutni hepatični infarkt nije često oboljenje. Najčešće se javlja u koronarnim jedinicama gde je u 22% slučajeva posledica srčane slabosti, praćene padom hepatične cirkulacije i pasivnom venskom kongestijom (3). Ovaj poremećaj je zabeležen u 0,16-0,50% ukupnog broja pacijenata (8). Ishemijski hepatitis je udružen sa smanjenjem srčanog rada tokom oboljenja srca, hipovolemijskog (traumatskog, hemoragičnog) šoka, izražene dehidracije, perikardijalne tamponade, kardiorespiratornog zastoja, otvorene operacije na srcu, asfiksije, ili sa prekidom krvotoka u jetri kod resekcije tumora (4). Najčešći uzrok ishemijskog hepatitisa je oboljenje levog srca koje nastaje usled oboljenja koronarnih arterija i/ili kardiomiopatije koja prouzrokuje hipotenziju i smanjen srčani rad. Smanjenje sistolnog volumena < 50% vodi u hepatičnu ishemiju tokom koje dolazi do smanjenja protoka krvi u celijačnom stablu i portalnim venama (10). Mehanizam oštećenja jetre je povezan sa svakim trajnim padom krvog pritiska (11). Naglašena vazokonstrikcija hepatičnih arterija i portalnih vena može nadalje da uzrokuje smanjenje perfuzije kroz jetru za manje od 70%, što predstavlja važan faktor u hipoksično-anoksičnom hepatocelularnom oštećenju (11). Izloženost jetre stalnoj hipoksiji vodi do morfološkim promena tek posle 24 h zbog sposobnosti jetre da u početku absorbuje skoro 95% dopremljenog kiseonika (6).

Kod hroničnih respiratornih oboljenja, porast aminotransferaza i mikroskopske promene uzrokovane hepatocelularnom hipoksijom se nalaze kad saturacija kiseonika u krvi padne ispod 35%, iako je srčani indeks normalan, a što ukazuje da oštećenje jetre može nastati primarno kao rezultat hipoksemije (12). Respiratorna insuficijencija (RI) je patološko stanje koje nastaje kao posledica nesposobnosti respiratornog sistema da održava normalnu razmenu respiratornih gasova između spoljne sredine i krvi, odnosno adekvatnu oksigenaciju venske krvi i eliminaciju CO₂. Može biti akutna i hronična. Nastaje kada su PaO₂ i saturacija hemoglobina kiseonikom u arterijskoj krvi sniženi (hipoksemija). Smatra se da hipoksemija postoji kada je vrednost PaO₂ niža od 10,7 KPa kod mlađih, a ispod 9,3 KPa kod starijih osoba, odnosno kada je saturacija hemoglobina kiseonikom ispod 94%. Najčešći uzrok RI

su poremećaji respiratorne funkcije nastali usled oboljenja pluća: HOBP, mehaničke obstrukcije gornjih i donjih disajnih puteva, oboljenja plućnog parenhima, poremećaji plućne cirkulacije, oboljenja zida grudnog koša i pleure. Najčešći vanplućni uzroci RI su: popuštanje leve komore, kardiovaskularne bolesti, depresija CNS-a i bolesti neuromuskularnog sistema (20).

U ishemijskom hepatitisu laboratorijski poremećaji su vrlo važni (4, 9). Posle početnog oštećenja zapaža se brzi porast serumskih aminotransferaza, posebno AST u roku od 24-48 h. Njihovo vraćanje na normalne vrednosti zavisi od trajanja ishemije jetre. Vrednosti serumskih aminotransferaza se normalizuju za 3 do 11 dana ako su perfuzija i oksigenacija obnovljeni a eliminacija urina normalna. Slično tome, porast i pad vrednosti LDH dešava se zbog hipoperfuzije u jetri i metaboličke acidoze. To je od značaja za razlikovanje ishemijskog od virusnog hepatitisa gde LDH raste polako (7, 8). Alkalna fosfataza je u većini slučajeva normalnih vrednosti. Serumski bilirubini mogu biti povećani, ali su vrednosti retko veće 4 puta od normalnih. Kod ishemijskog hepatitisa porast vrednosti CPK pokazuje globalnu hipoperfuziju i potvrđuje dijagnozu (15, 16).

Klinička slika ishemijskog hepatitisa podseća na akutni virusni hepatitis ili toksični hepatitis. Vrednosti serumskih aminotransferaza mogu biti i do 100 puta veći od normalnih, dostižući vrednosti od 5000 do 10 000 UI/L. Izrazit je porast i LDH (5). Ovo stanje je reverzibilno ako se hipoperfuzija jetre poboljša u roku od 72 h (6).

Konačna dijagnoza ishemijskog hepatitisa je zasnovana na bipsiji jetre, ukoliko opšte stanje i hemostatski status pacijenta to dozvole. Centrobularna koagulaciona nekroza hepatocita bez znakova inflamacije je morfološka karakteristika ishemijskog hepatitisa (7).

Prognoza bolesti je loša ukoliko se ne ukloni uzrok hipotenzije i anoksije jetre (4, 10, 12). Smrtnost je visoka (58, 6%) i zavisi od početnog uzroka (17). Ukoliko je jetra već bila oštećena usled hroničnog srčanog oboljenja to može da dovede do fulminantnog hepatitisa (18).

ZAKLJUČAK

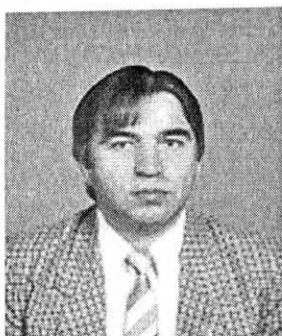
Ishemijski hepatitis nekada može da prođe u blažem obliku ili da se uopšte ne dijag-

nostifikuje. Dugotrajna hipoperfuzija ili cirkulatorna slabost, uz već oštećenu jetru, a udružena sa bolestima i drugih organa, može da prouzrokuje fulminantni hepatitis i da dovede do smrtnog ishoda (6, 8). Kod nas je opisan slučaj ishemijskog hepatitisa kao posledica progresivne disekantne aneurizme aorte sa smrtnim ishodom (19). Naš pacijent je zahvaljujući pravovremeno preduzetom terapiji i korekciji hipoksemije uspeo da izbegne smrtni ishod, uprkos postojećem oštećenju jetre i RI.

LITERATURA

1. Gipson PR, Dudley FJ. Ischemic hepatitis: clinical features, diagnosis and prognosis. *Aust NZ J Med*. 1984; 14: 822-27.
2. Dapčević B, Begić-Janeva A. Ishemijski hepatitis. Zbornik sažetaka XV Gastroenterološki dani SLD, Novi Sad. 1995; 121.
3. Henion J, Descamps O, Luwaert R et al. Hypoxic hepatitis in patient with cardiac failure: incidence in a coronary care unit and measurement of hepatic blood flow. *J Hepatol* 1994; 21: 696-701.
4. Gitlin N, Serio KM. Ischemic hepatitis: Widening horizons. *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 831-36.
5. Naschitz JE, Slobodin G, Lewis RJ et al. Heart diseases affecting the liver and liver diseases affecting the heart. *Am Heart J* 2000; 140: 111-20.
6. Bacon BR, Joshi SN, Granger DN. Ischemia, congestive heart failure, Budd-Chiari syndrome and veno-occlusive disease. In: Kaplowitz N ed. *Liver and biliary disease*. Baltimore: Williams Wilkins, 1992; p: 421-31.
7. Sherlock S. The liver in circulatory failure. In: A Schiff L, Schiff ER eds. *Disease of the liver*. 7th ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1993; p: 1431-7.
8. Fuchs S, Bogomolski-Yahalom V, Paltiel O, Ackerman Z. Ischemic hepatitis: clinical and laboratory observation of 34 patients. *J Clin Gastroenterol* 1998; 26: 183-6.
9. Sherlock S. The hepatic artery and hepatic veins: The liver in circulatory failure. In: Sherlock S, Dooley J eds. *Diseases of the liver and biliary system*. 10 th ed. Oxford: Blackwell sc. 1997, p: 181-200.
10. Berger ML, Reynolds RC, Hagler HK et al. Anoxic Hepatocyte injury: Role of reversible changes in elemental content and distribution. *Hepatology* 1989; 9: 219-28.
11. Bilkley GB, Oshima AO, Bailey RW. Pathophysiology of hepatic ischemia in cardiogenic shock. *Am J Surgery* 1986; 151: 87-95.
12. Henion J, Minette P, Colin L et al. Hypoxic hepatitis caused by acute exacerbation of chronic respiratory failure: a case controlled, hemodynamic study of 17 consecutive cases. *Hepatology* 1999; 29: 427-33.
13. Mathurin P, Durad F, Ganne N, Mollo JL et al. Ischemic hepatitis due to obstructive sleep apnea. *Gastroenterology* 1995; 109: 1682-4.
14. Rockey DC. Ischemic hepatitis associated with right sides heart failure. *Am J Med* 2000; 109: 109-13.
15. Whitehead MW, Hawkes ND, Hainsworth I, Kingham JG. A prospective study of the causes of notably raised aspartate aminotransferase of liver origin. *Gut* 1999; 45: 129-33.
16. Johnson RD, O Connor ML, Kerr RM. Extreme serum elevation of aspartate aminotransferase. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 1244-4.
17. Hickman PE, Pother JM. Mortality associated with ischemic hepatitis. *Aust NZ J Med*. 1990; 20-32.
18. Nouel O, Henion J, Berman J et al. Fulminant hepatitis failure due to transient circulatory failure in patients with chronic heart disease. *Dig. Dis. Sci*. 1980; 25: 49.
19. Golubović G, Tomašević R, Begić-Janeva A. Akutni ishemijski hepatitis prouzrokovan progresivnom disekantnom aneurizmom aorte. Prikaz slučaja. *Arch gastroenterohepatol*. 2001; 20 (No 1-2).

Dr Snezana Jotic, pneumoftizilog
 Grudno odeljenje, Zdravstveni centar Pirot
 Ul. V. Momčila b.b. ; 18300 Pirot



DISECIRAJUĆA ANEURIZMA AORTE KAO DIJAGNOSTIČKI PROBLEM BOLA U GRUDIMA

Dimitar Zlatkov, Jasmina Zlatkov
Služba opšte medicine Zdravstvenog centra Piro

SAŽETAK: Disecirajuća aneurizma aorte retko je prisutna u svakodnevnoj praksi lekara opšte/porodične medicine. Cilj rada je da na jednom primeru iz prakse prikažemo slučaj disecirajuće aneurizme aorte, kao bolesti sa osnovnim simptomom manifestacije bola u grudima. Bolesnik R.M., muškarac, rođen 1928. godine, osećao se malaksalim i sa povremenom nesvesticom uz preznojavanje hladnim znojem. Odavao je utisak uznemirene osobe, sa stalnim pokretima glave, donje vilice (često je otvarao i zatvarao usta) i hvatao se povremeno jednom rukom za vrat. Disanje je bilo vezikularno bez propratnih šušnjeva, a srčana akcija ritmična na početku pregleda dok kasnije su se javile i ekstrasistole. Frekvencija srca je bila oko 100/min, a TA 80/60 mmHg. EHO sonografski nalaz je dao podatke da je koren aorte proširen, a aortna valvula sa dva veluma pri čemu je desni koronarni slabo pokretan, a levi pokazuje izrazite pokrete te prolabira u levu pretkomoru. Medicinskoj literaturi su poznati slučajevi disecirajuće aneurizme kod koarktacije aorte i bikuspidne aortne valvule, kao što je i nalaz kod našeg bolesnika. Nemamo podatke o patohistološkom supstratu u zidu aorte ali dijagnostička i prognostička drama se odvijala tokom jedne sedmice, tačno po scenariju za disecirajuću aneurizmu aorte, sa tragičnim završetkom.

KLJUČNE REČI: disecirajuća aneurizma, bol u grudima, bikuspidna aortna valvula

SUMMARY: Dissected aneurism of aorta is not so frequent in daily medical practice of a general practitioner. The intention of this essay is to take an example from the practice and present it as a case of dissected aneurism of aorta, as well the disease with breast pain symptom. The patient R. M., male, born in 1928., has felt exhausted and with periodical dizziness followed by cold respiration. He has felt great disturbance with permanent head movement and lower jaw opening and closing the mouth very often and periodically holding the neck with one hand. The breathing was vesicular without usual rustling, and the heart beating was rhythmic at the beginning of checking-up, but later extrasystoles occurred. Heart frequency was about 100/min, and TA 80/60 mmHg. EHO sonographic findings showed that the root of aorta was broadened and aorta's valvula has two velums; the right coronary was hardly movable and the left one showed expressive movements and therefore prolapsus to the right auricle. In medical literature the cases of dissective aneurism with coarctation of aorta and aorta's valvula are well known, just it was the findings of our patient. We don't have any data about patohistological substratum on the wall of aortae, but diagnostical and prognostical drama during one week and with fatal result.

KEY WORDS: dissected aneurism, breast pain, bicuspid aorta's valvula

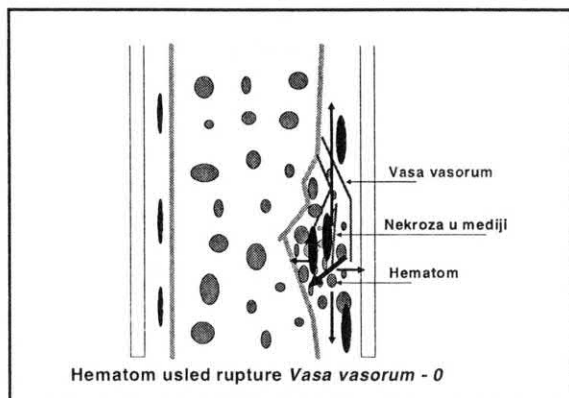
UVOD

Disecirajuća aneurizma aorte (aneurysma dissecans aortae) retko je prisutna u

svakodnevnoj praksi lekara opšte/porodične medicine. U Srbiji se dijagnostikuje oko 30 do 35 slučajeva godišnje (1), a drugi podaci govore

da se disekcija aorte sreće jednom na 500 autopsija (2). Muškarci obolevaju tri puta češće od žena. Najčešće se javlja u uzrastu između 50 i 70 godina (poznat je i slučaj 18-mesečnog deteta), a oko 60% obolelih su i sa povišenim krvnim pritiskom.

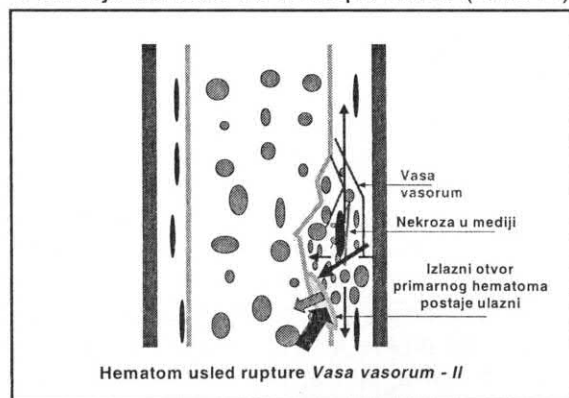
Disecirajuća aneurisma je uzdužni rascep zida aorte na nivou medije zbog lezije vasa vasorum u zidu aorte (Slika 1.) i razdvajanjem



Slika 1. Šematski prikaz hematoma usled rupture vasa vasorum

slojeva, najčešće zbog pritiska narastajućeg hematoma između intime i medije, te stvaranja proširenja u tom delu aorte. Kao poseban klinički entitet bila je poznata i doajenima medicinske nauke (Morgagni, Laennec).

U slučaju da dođe do rascepa intime (Slika 2.)



Slika 2. Izlazni otvor primarnog hematoma postaje ulazni

"izlazni otvor" za primarni hematoma postaje "ulazni otvor" za krv iz lumena aorte i tako se stvara sekundarni hematoma u zidu aorte. Udarni talasi pulsirajućeg krvotoka prenose se na ekspanzivni intramuralni hematoma aorte, te tako novostvorena šupljina stalno se širi proksimalno ili distalno od prvobitnog rascepa. Najčešća lokalizacija je na ushodnom segmentu aorte.

Smatra se da je osnovni etiološki faktor

patohistološki supstrat degenerativnog procesa u mediji aorte u vidu nekrotičnih polja sa mukoidnom degeneracijom elastičnog tkiva sa cističnim formacijama (medionekroza). Medionekroza je obično u dužem vremenskom periodu prisutna pre momenta nastajanja disekcije. Nasleđe ima dominantnu ulogu, ulogu ateroskleroze i sifilisa mnogi autori isključuju, a hipertenzija je jedan od dodatnih faktora rizika (2).

CILJ RADA

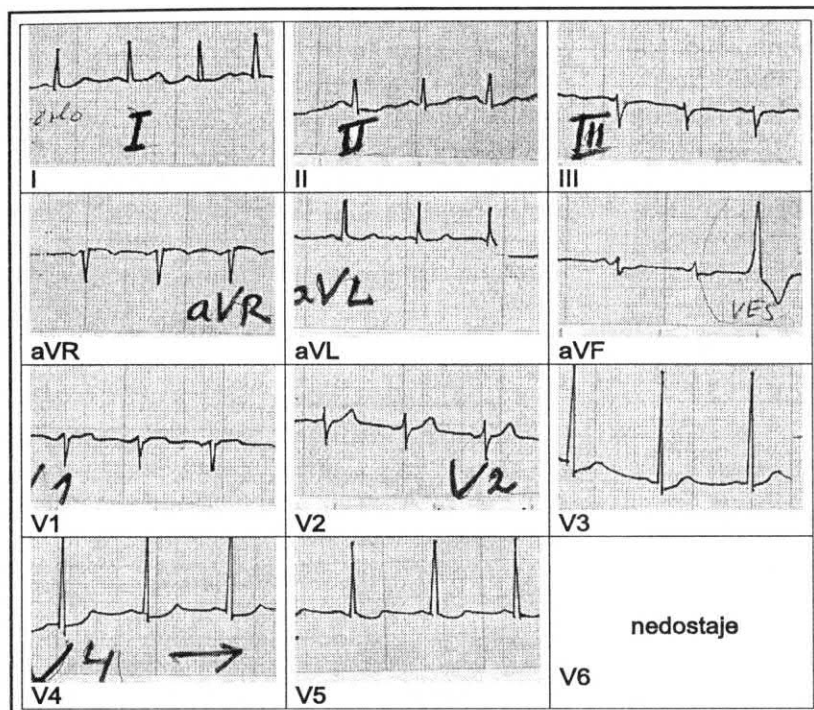
Da na jednom primeru iz prakse prikazemo slučaj disecirajuće aneurizme aorte, kao bolesti sa osnovnim simptomom manifestacije bola u grudima.

PRIKAZ SLUČAJA:

R.M., muškarac, rođen 1928. godine (zdravstveni karton br. 211), doveden u ambulantu "Krupac" 3. novembra 1994. godine, zbog bolova u gornjem delu grudnog koša, vratu i donjoj vilici, nastalih posle napornog rada (seča drveta motornom testerom). Osećao se malaksalim i sa povremenom nesvesicom uz preznojavaње hladnim znojem. Odavao je utisak uznemirene osobe, sa stalnim pokretima glave, donje vilice (često je otvarao i zatvarao usta) i hvatao se povremeno jednom rukom za vrat. Disanje je bilo vezikularno bez propratnih šušnjeva, a srčana akcija ritmična na početku pregleda dok kasnije su se javile i ekstrasistole što je i na EKG-u registrovano (Slika 3.). Registrovane su pojedinačne supraventrikularne i ventrikularne ekstrasistole dok na ponovljenom snimku (priložen uz bolnički uput) registrovane su VES po tipu bigeminije, frekvencija srca je bila oko 100/min, a TA 80/60 mmHg. Upućen je na internom odeljenju sa radnom dijagnozom: Stenocardia.

Na internom odeljenju u Pirotu došlo je do pogoršanja opšteg stanja i pojavila se srčana slabost pa je 4 novembra upućen u Kliniku za kardiologiju Niš.

U Klinici za kardiologiju je boravio od 5. do 9. novembra. U toku boravka na klinici bio je svestan, afebrilan, dispnoičan, orijentisan, aktivno pokreta, blede prebojene kože i vidljivih sluzokoža, sa izgledom težeg bolesnika. Kliničkom slikom je dominiralo gušenje, hladno preznojavaње, nesvestica, mučnina i nagon na povraćanje. Disanje je bilo oslabljeno, veziku-



Slika 3. Prvi EKG bolesnika R.M. urađen 3. novembra 1994. godine

larno sa produženim ekspirijumom i sitnim vlažnim, nekonsonantnim šušnjevima, obostrano bazalno. Akcija srca bila je ritmična, tahikardičan, tonovi na vrhu oslabljeni uz sistolni čum na vrhu regurgitacionog tipa. Krvni pritisak 80/60 mmHg, P 100/min, SE 10/20, Hct 0.34 l/l, urea 22,8 mmol/l, Na 144 mmol/l, K 4.32 mmol/l, Ca 1.08 mmol/l, kreatinin 260 μ mol/l, glikemija 6.4 mmol/l. EKG sinusni ritam, F 100/min, znaci hipertrofije leve komore. Na Ro grafiji grudnog koša srčana senka aortne konfiguracije sa izraženim lukom leve komore i elongiranom i dilatiranom ascendentnom aortom, na plućima staza. EHO sonografski nalaz je dao podatke da je koren aorte proširen, a aortna valvula sa dva veluma pri čemu je desni koronarni slabo pokretan, a levi pokazuje izrazite pokrete te prolabira u levu pretkomoru. Doplerom se registruje mitralna regurgitacija ++ do +++.

Konzilijarno je doneta odluka da se pacijent uputi u Kliniku za kardiovaskularnu hirurgiju u Sremsku Kamenicu radi hemodinamskog ispitivanja i eventualne hirurške intervencije.

U Klinici za kardiovaskularnu hirurgiju 9. novembra pacijent je pokazivao znake srčane insuficijencije, razvija edem pluća. Primenjena je infuziona terapija kardi tonicima, diureticima, antiaritmecima. Iznenada dolazi do gubitka svesti nakon čega pacijent prestaje da diše.

Primenjene sve mere KPR. Exitus letalis. Dijagnoze koje su figurirale u njegovoj medicinskoj dokumentaciji bile su: Insuff. respiratoria acuta, Bronchitis, Hepatomegalia (Stasis hepatis), Myocardiopathia chr atherosclerotica, Insuff. aa. coron. chr., Arrhythmia extrasystolica, Insufficiencia semilunaris aortae (Aorta bivularis, prolapsus valvulae semilunaris aortae), Insuff. valvulae mitralis, Aneurysma dissecans aortae ascendens, Insuff. myocardii, Oedema pulmonum, Exitus letalis.

U zdravstvenom kartonu bolesnika evidentirani su podaci ranijih specijalističkih i parakliničkih nalaza. Bolesnik je 1949. godine imao TBC Polyserositis. Na

rendgenogramu grudnog koša, sem lako uvećane senke srca, nije bilo plućnih promena. Nema podataka osistolnom šumu na vrhu. WaR-nereaktivan serum, Discopathia lumbalis, Lumboischialgia symptomatica. Prosek TA 128/91 mmHg i frekvencija srca 72/min.

DISKUSIJA

Kritičnog dana je doveden sa bolom u gornjem delu grudnog koša i iradijacije u vrat i donju vilici, te jako uznemiren. I u medicinskoj literaturi se kaže da je početak obučno dramatičan, a jačina bola može se porediti sa bolom pri infarktu miokarda. Zahvatanje karotida, mezenterijalnih i renalnih arterija može dovesti do pojave insulta, konvulzija, sinkope, krvavog poliva, ileusa, hematurije, oligurije do anurije sa hiperazotemijom i komom (2,3).

Kada dođe do pojave insuficijencije aortnog ušća dolazi brzo i do pojave leve srčane slabosti: tahikardija, tahipnea, ortopnea, kardialna astma ili plućni edem. Naš bolesnik je imao kao urođenu manu bikuspidnu aortnu valvulu, a tokom progresije disekcije došlo je i do prolabiranja jednog veluma, što je i uzrokovalo hemodinamske poteškoće.

Skoro da je patognomoničan znak smanjenje dijastolnog pritiska i pojava dijastolnog šuma nad aortnim ušćem kada se disekcija

događa u uzlaznom delu aorte i zahvata aortni zalistak, a krvni pritisak kod našeg bolesnika je bio 80/60 mmHg sa pulsom 100 otkucaja u minuti. Nije registrovan dijasilni šum nad aortom (ili nije uporno tražen jer je dijagnoza ultrazvučnog pregleda bila: *Insufficiencia v. semilunaris aortae* - *Aorta bivelaris*, *prolapsus valvulae semilunaris aortae*), već samo sistolni šum na vrhu verovatno zbog relativne insuficijencije mitralne valvule usled proširene leve komore i dekompenzacije srca.

Obično dolazi do pada krvnog pritiska ali on može ostati i itrajno povišen.

Bol može iradirati paralelno sa pravcem disekcije - prema vratu, ramenom pojasu, leđima i lumbalnom predelu.

Kod Marfanovog sindroma bol može izostati (4).

Naš bolesnik je imao bol u vratu, stalno pokretao glavu, često je otvarao i zatvarao usta i hvatao povremeno jednom rukom za vrat. Prilikom prvog pregleda na srcu i plućima nismo registrovali značajne auskultatorne promene ali narednih dana kolege su bile u prilici da čuju oslabljeno vezikularno disanje, sa produženim ekspirijumom i sitnim vlažnim šušnjevima obostrano bazalno i pojave sistolnog šuma nad mitralnom valvulom.

Na prvom EKG-u smo registrovali supraventrikularne i ventrikularne ekstrasistole i hipertrofiju leve komore (Slika 3.), a na ponovljenom snimku registrovane su VES po tipu bigeminije, bez koronarne ishemije, smetnje repolarizacije niti infarkta miokarda.

Ako budu zahvaćena ušća koronarnih arterija na EKG-u mogu se pojaviti znaci infarkta miokarda, što bi otežalo diferencijalnu dijagnozu (3).

Važan simptom disecirajuće aneurizme aorte je razlika u visini pulsacija između leve i desne ruke ili između ruku i nogu. Takođe, može biti razlike u visini krvnog pritiska između leve i desne ruke ili između ruku i nogu, ali u njegovoj dokumentaciji nismo našli da je registrovan takav podatak. Oko 7% obolelih preživi nekoliko nedelja, ali bi kasnije završili rupturom aorte (3). Poznati su pojedinačni slučajevi uspešnog hirurškog lečenja koje je dovelo do zadovoljavajućeg trajnog rezultata (3).

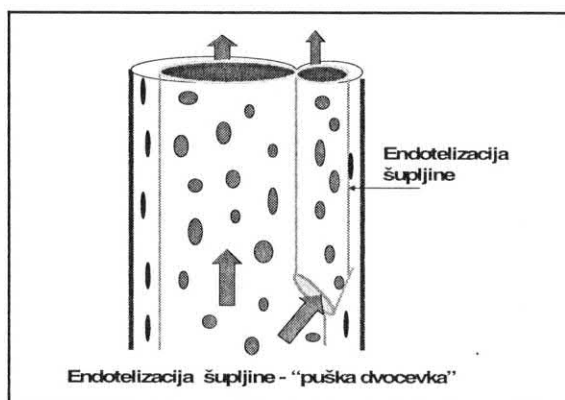
Disekcija po celokupnoj cirkumferenciji aorte može na poprečnom preseku izgledati kao dve cevi postavljene jedna u drugoj (Slika 4.).

Ako dođe po drugi put do rascepa na inti-



Slika 4. Aorta kao dve cevi jedna u drugoj

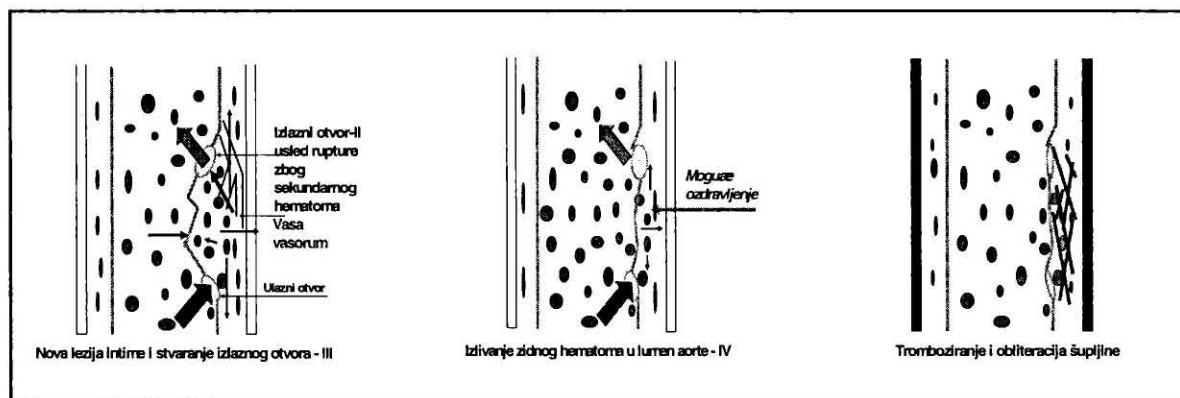
mi aorte, intramuralni hematom se izljuje u lumen aorte, a tako se stvori sekundarni "izlazni otvor", pritisak u zidu aorte se smanjuje i ceo proces može se zaustaviti. U takvim slučajevima može doći do endotelizacije šupljine i stvaranje novog lumena u zidu aorte ("lažni lumen"), pa aorta na poprečnom preseku izgleda kao "puška dvocevka" (Slika 5.).



Slika 5. Aorta kao "puška dvocevka"

Ali, obično, to nije trajno stanje, ubrzo dolazi do cepanja adventicije i letalnog krvarenja. Medicinskoj literaturi su poznati slučajevi disecirajuće aneurizme kod koarktacije aorte i bikuspidne aortne valvule (2), kao što je i slučaj kod našeg bolesnika sa bikuspidnom semilunarnom valvulom aorte.

Bolesnik sa disecirajućom aneurizmom aorte umire za nekoliko sati do nekoliko dana, 2/3 umire zbog rupture u perikardu. Naš bolesnik je egzistirao sedmog dana. Duže preživljavanje može biti uslovljeno ponovnom rupturom intime distalno ("izlazni otvor-II"), što dovodi do dekompresije u zidu aorte (Slika 6.) i privremeno odlaganje katastrofe (2). Kad bi takva aneurizma bila rešena uspešnim hirurškim zahvatom, prognoza bi bila opterećena nekrozom medije kao osnovnim etiopatološkim supstratom (2)



Slika 6. Stvaranje "izlaznog otvora-II", i mogućnost ozdravljenja

ZAKLJUČAK

Disecirajuća aneurizma aorte je jedan od diferencijalnodijagnostičkih entiteta u toku kliničke manifestacije bola u grudima u praksi lekara opšte/porodične medicine.

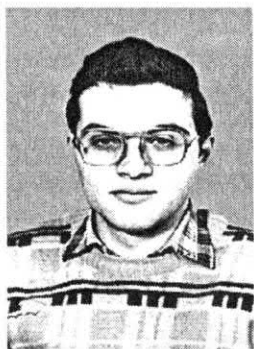
Nasleđe ima dominantnu ulogu u nastajanju disekcije jer i naš bolesnik je imao urođenu manu (valvula aortae bivelaris).

Nemamo podatke o patohistološkom supstratu u zidu aorte, ali smo imali bolesnika sa tipičnim kliničkim i prognostičkim tokom disecirajuće aneurizme aorte.

LITERATURA

1. Lapčević M, Žigić D, Ivanković D, Mihajlović M, Čitlučanin G. Kardiologija u radu porodičnog lekara. Sekcija opšte medicine Srpskog lekarskog društva, AŠ Delo, Beogr, 2002.
2. Mavrodinov N, Stefanov G: Diagnoza, lečenje i intenzivni griži na spešnite s'tojanija v kardiologijata. DI Medicina i fizkultura, Sofija, 1977.
3. Lolov V, Madđarov G, Stojanov G: Sindromi i rjadko diagnosticirani bolesti, Medicina i fizkultura, Sofija, 1973.
4. Gbev E, Stefanov G: Narcnik na Gbev E, 4. Stefanov G: Narcnik na ucastkovija lekar. ucastkovija lekar. Medicina i fizkultura, Sofija, 1975.

Prim. dr Dimitar Zlatkov, spec. opšte medicine
Savetovalište za dijabetes, Z. C. Pirot
Ul. Lava Tolstoja b.b. 18300 Pirot



NEKE KARAKTERISTIKE UPOTREBE DUVANA MEĐU ŠKOLSKOM OMLADINOM U OPŠTINI BABUŠNICA

Aca Cvetković¹; Jasmina Miladinović²

¹Higijensko-epidemiološka služba, ²Antituberkulozni dispanzer
Dom zdravlja "Dr Jovan Ristić" - Babušnica

SAŽETAK: Pušenje duvana je jedan od najraširenijih štetnih pojava u našem društvu posljednjih godina. To je veoma složen društveni problem na čiju pojavu i širenje utiču mnogi činioci koji deluju ne samo u porodici, u školi ili radnom mestu već i u celom društvu. U borbi protiv pušenja treba da se uključi celokupno društvo, a najvažniji korak treba da učini država.

Ovim radom, autori su metodom anonimnog anketiranja učenika hteli da steknu uvid u raširenost upotrebe duvana među školskom omladinom koja se školuje u školama na teritoriji Opštine Babušnica.

KLJUČNE REČI: učenici Babušničkih škola, pušenje.

SUMMARY: smoking is one of the most expanded harmful habits in our community. This is a very complex problem so that many factors have influence on his expanding, affecting not only in families, in schools, at work, but involves the whole community. In the action against smoking the whole society should have been included. The most important step must take the country itself. With this essay, by the methods of anonymous questioning of the schoolchildren, the authors wanted to insight in what extent the smoking is expanded among the schoolchildren in the schools of Babusnica.

KEY WORDS: the schoolchildren in Babusnica, smoking

UVOD

Upotreba duvana ili tabakizam je jedna od najraširenijih štetnih pojava u našem društvu poslednjih godina. Pušenje je veoma kompleksan društveni problem na čiju pojavu i širenje utiču mnogi činioci. Neki od najvažnijih su: društveno-ekonomski uslovi u društvu i po pravilu što su ti uslovi gori, pušenje je raširenije. Zatim uticaj u porodici: pušenje jednog ili oba roditelja ili pak nekog drugog člana porodice čije se ponašanje "kopira" ili se mlađi član porodice

"vrbuje za društvo" ili da "proba" (obično od nekog drugog člana porodice koji puši: deda, stric, ujak). Važan je uticaj "društva": nešto brže stasalih drugova ili drugarica iz generacije tzv. "frajera" ili "faca". Snažan je i uticaj medija: televizijskih reklama ili dejstvo filmskih likova koje su ostvarili markantne filmske ličnosti. Takođe, što se često previđa, tiho dejstvo "ćutanja" ili "nečinjenja" od strane državnih organa da se stanovništvo edukuje i da se pridobije za prirodan način življenja - život bez cigareta. Najgore je što država zaobilazno govori o duvanu kao o

"značajnom prihodu" što jedan deo stanovništva može da shvati ili da brani svoj porok kao "dobrobit za društvo".

Iako je duvan zakonom odobren za upotrebu, te se često kategorije kao "laka droga", njegova upotreba, isto kao i kod "teških droga", izaziva kod korisnika i psihičku i telesnu zavisnost a, takođe, i apstinencijalne simptome ako se pušaču onemoguću pušenje (1). Osim toga upotreba duvana se okrivljuje kao faktor rizika za rak pluća, usne duplje, ždrela, grkljana, jednjaka, želuca, pankreasa, mokraćne bešike... Smatra se da je zbog pušenja smrtnost kod muškaraca povećana za 30%, a kod žena za 10%. Pušenje se okrivljuje kao uzrok smrti od raka pluća u 85%. Smatra se da je 1/3 svih nezaznih bolesti današnjice uzrokovana pušenjem (5).

CILJ RADA

Cilj rada je da se stekne uvid u raširenost upotrebe duvana među učenicima osnovnih škola: "Bratstvo" u Zvoncu, "Dobrinka Bogdanović" u Strelcu, "Svetozar Marković" u Ljuberađi, "Mladost" u Velikom Bonjincu i "Despot Stefan Lazarević" u Babušnici u uzrastu od V - VIII razreda i među učenicima dveju srednjih škola: gimnazije "Vuk Karadžić" i "Tehničke škole" u Babušnici.

METODA RADA

Za razliku od predhodnih godina, školske vlasti danas ne sankcionišu pušenje među učenicima. Takav momenat smo iskoristili da putem anketnih listića sa desetak pitanja pokušamo da dobijemo što iskrenije odgovore na pitanja o uzrastu, polu, da li je učenik (-ca) samo probao (-la) (pa dalje ne upotrebljava duvan) ili i dalje puši, ako puši koliko cigareta dnevno, da li je bolovao od respiratornih infekcija, da li u porodici učenika puši neko od roditelja (ili oboje) ili neki drugi član porodice. Dalje, pitanja su se odnosila na stav učenika, da ako roditelji puše, da li učenik misli da bi bilo bolje da prestanu sa pušenjem i da li je to zbog zdravlja, uštede u novcu ili zato što mu smeta dim (u sobi, kući i sl.). Takođe, pitanja su se odnosila i na pušenje nastavnika i da li oni puše i na času.

Anketiranje učenika smo obavili u aprilu 2003. godine. U dogovoru sa direktorom škola ugovarao se termin za anketiranje, a pošto dva

anketara nisu mogli biti odjednom u svim učionicama, davana su uputstva nastavnicima kako da se anketiranje izvrši. Svi učenici koji su se trenutno zatekli u školi, u isto vreme u celoj školi, posle odmora, na samom početku časa u roku 3 do 5 minuta su popunjavali anketni listić prostim zaokruživanjem nekog od datih odgovora na postavljena pitanja. I anketari i nastavnici - pomoćnici su imali strogo neutralni stav u celom postupku, a učenicima je ostavljena potpuna slobodna volja da zaokruže ponuđeni odgovor.

Po anketiranju, listići su skupljani i odmah (najčešće po učniku iz razreda) predavani anketarima, a nastavni čas je tekao dalje sa što manje ometanja. Anketiranjem svih učenika u jednoj školi, u isto vreme, na samom početku časa, u kratkom vremenskom roku, onemogućili smo uticaj na ishod anketiranja kako eventualnog međusobnog "komentarisanja" učenika te su više odgovarali ono što im prvo dođe na pamet (a to je, obično, iskreni odgovor), tako i subjektivne "znatiželje" nastavnika koji su više bili zainteresovani da u preostalom delu časa obrade određenu nastavnu jedinicu. Anketiranje je bilo anonimno (bez traženja podataka o imenu i prezimenu), ali se nekoliko učenika (svojevoljno) i potpisalo, pa verujemo da su odgovori bili prilično iskreni.

U obradi podataka iz anketa korišćena je deskriptivna i analitička - uporedna metoda.

REZULTATI RADA I DISKUSIJA

Ukupno je anketirano 745 učenika. Od toga broja: 490 učenika osnovnih škola, od čega 236 muškog i 254 ženskog pola i 255 učenika srednjih škola, od čega 139 muškog i 116 ženskog pola. Rezultati rada su prikazani grafikonima.

Od 236 anketiranih učenika (dečaka) osnovnih škola, njih 46 ili 19,49% je dao podatak da je probao cigarete, a 13 ili 5,50% da puši i to u rasponu od 5 do 20 cigareta dnevno, a niko nije priznao da puši više od 20 cigareta dnevno.

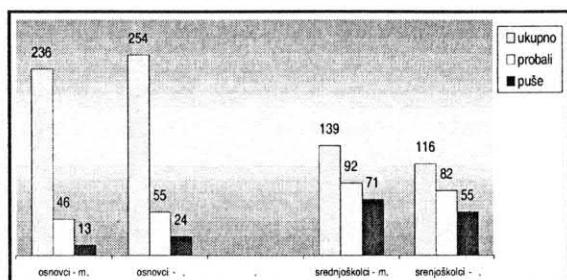
S druge strane od 254 anketiranih učenika osnovnih škola na teritoriji Opštine Babušnica, njih 55 ili 21,65% su potvrdile da su probale cigarete, a 24 ili 9,44% priznaje da puši. Od pušača, njih 21 ili 87,50% puši u rasponu od 5 do 20 cigareta dnevno, a 3 učenice (ili 12,52%) puši više od 20 cigareta dnevno.

Od 139 anketiranih učenika (muškog

pola) srednjih škola, njih 92 ili 66,17% je dao podatak da je probao cigarete, a 71 ili 51,07% da puši. Najveći broj njih (69 ili 97,18%) puši od 5 do 20 cigareta, a 2 učenika (ili 2,82%) je priznalo da puši više od 20 cigareta dnevno.

S druge strane od 116 anketiranih učenika srednjih škola u Babušnici, njih 82 ili 70,68% su potvrdile da su probale cigarete, a 55 ili 47,41% priznaje da puši. Od pušača, njih 54 ili 98,18% puši u rasponu od 5 do 20 cigareta dnevno, a 1 učenica (ili 1,82%) puši više od 20 cigareta dnevno. (grafikon 1.)

Grafikon 1. Ukupan broj anketiranih učenika (osnovci, srednjoškolfci) kao i ukupan broj učenika koji su se izjasnili da su probali i puše duvan, po polu



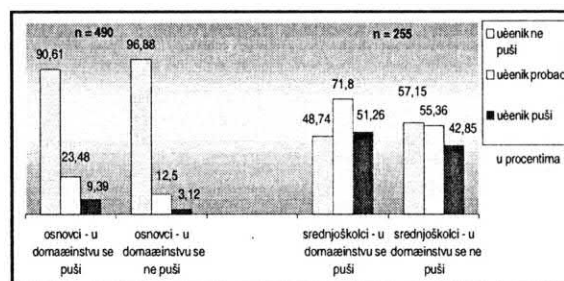
Što se tiče pušenja duvana od strane članova porodice, od ukupnog broja anketiranih osnovaca (490), njih 153 ili 31,22% je dalo podatak da otac puši; 52 ili 10,61% da puši majka; 128 ili 26,12% da oba roditelja puše, a 157 ili 32,05% da nijedan od roditelja ne puši. Što se tiče drugih članova domaćinstva, 155 učenika (ili 31,63%) je dao potvrđan podatak o pušenju, a 335 učenika (ili 68,37%) negativan. Na pitanje o pušenju članova porodice, od ukupnog broja anketiranih srednjoškolaca (255), njih 70 ili 27,45% je dalo podatak da otac puši; 38 ili 14,91% da puši majka; 65 ili 25,49% da oba roditelja puše i 82 ili 32,15% da nijedan od roditelja ne puši. Što se tiče drugih članova domaćinstva 107 učenika (ili 41,96%) je dao potvrđan podatak o pušenju, a 148 učenika (ili 50,04%) negativan.

Dubljom analizom ovih podataka želeli smo da saznamo koliki je uticaj prisustva pušača u porodičnoj okolini učenika na njihovo opredeljenje za pušenjem. Od ukupnog broja osnovaca (490) njih 362 (ili 73,88%) žive u domaćinstvima u kojima bar jedan član puši, a 128 učenika živi u domaćinstvima u kojima niko ne puši. Od 362 učenika osnovaca čiji bar jedan član domaćinstva puši, 85 ili 23,48% je izjavilo je da su probali duvan, a 34 ili 9,39% priznaje da aktivno puši. A od 128 osnovaca u čijoj

porodici niko ne puši, njih 16 ili 12,50% je probalo cigarete, a četvero učenika ili 3,12% puši.

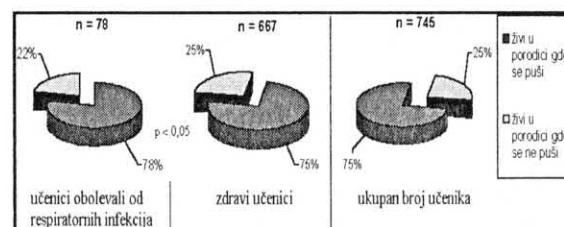
Od 255 srednjoškolaca, njih 199 ili 78,03% živi u domaćinstvu u kojem bar jedan član puši, a ostalih 56 učenika u porodici gde se ne puši. Od 199 srednjoškolaca sa pušačem u porodici, njih 143 ili 71,86% je probalo duvan a 102 ili 51,26% puši. Dok od 56 srednjoškolaca, koji žive u porodici bez pušača, njih 31 ili 55,36% je probalo cigarete a 24 ili 42,85% puši (grafikon 2).

Grafikon 2. Procentualni odnos učenika koji ne puše, koji su probali duvan i onih koji puše a žive u domaćinstvima u kojima se puši ili u onim u kojima se ne puši



I nas je interesovao odnos: pušenje u porodici i oboljevanje dece iz tih porodica od respiratornih infekcija. Postoji dosta studija koje pokazuju da je 2,5 do 4 puta učestalije oboljevanje takve dece od respiratornih infekcija nego kod dece iz porodica gde se ne puši (2, 4). Međutim, podaci iz naše ankete nisu dali potporu takvoj tvrdnji. Naime, od svih anketiranih učenika (745) njih 78 je dalo podatak (tj. seća se) da je bolovalo od akutnog bronhitisa ili upale pluća. Od tog broja 61 učenik ili 78,21% živi u porodicama gde bar neko puši, a 17 učenika ili 21,79% u porodicama gde se ne puši, što jeste odnos 4 : 1, ali taj odnos je pre posledica što od sveukupnog broja učenika (745) njih 561 ili 75,30% živi u porodicama gde se puši (grafikon 3). (grafikon 3.)

Grafikon 3. Procentualni odnos učenika koji su bolovali od respiratornih infekcija i zdravih učenika zavisno da li žive u porodici gde se puši ili ne

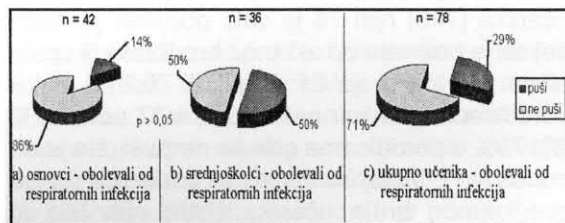


Međutim, detaljnom analizom učenika koji su dali podatak da su obolevali od respira-

tornih bolesti (bronhitisa i/ili upala pluća) potvrđuje jednu tipičnu odliku "fenomena pušenja u tinejdžerskom uzrasnom dobu", koja se u literaturi ne sreće. A to je da cigarete probaju mnogi iz znatiželje, ali počinju i nastavljaju da aktivno puše pre svega zdrave (ili prirodno zdravije od svojih vršnjaka) mlade osobe, koje jedino mogu sebi dozvoliti luksuz da pušenjem pokažu ostalima da su "sazreli", da su "stasali", da su "nešto više". Ostali kojima tako nešto, zdravlje ne dozvoljava (ili dok im ne to ne dozvoli) mogu da probaju duvan, ali aktivno ne puše ili počinju sa pušenjem kasnije! Naš narod to isto kaže: "Ko ne puši i ne pije, nešto mu dobro nije". Naime, od 78 učenika koji su obojevali od respiratornih bolesti, njih 55 ili 70, 51% NE PUŠI, a samo 23 ili 29,49% puši (grafikon 4c).

Naravno, i podaci iz naših anketa, kao i u drugim radovima (4) pokazuju da učenici koji puše imaju veći rizik da obole od bronhitisa, pogotovu srednjoškolci, jer, obično, imaju više godina pušačkog staža. Od 42 osnovca koji su obojevali od respiratornih infekcija, njih samo 5 (ili 11,90%) puši, a 31 osnovac (ili 73,81%) ne puši (grafikon 4a). Naprotiv, od 36 srednjoškolaca koji su obojevali od respiratornih infekcija, njih 18 (ili 50%) puši, a druga polovina, tj 18 ne puši (grafikon 4b). (grafikon 4.)

Grafikon 4. Uticaj pušačkog staža na obojevanje od bronhitisa: pušači osnovci - početnici (a); srednjoškolci - frajeri (b) i "fenomen pušenja u tinejdžerskom dobu" (c)



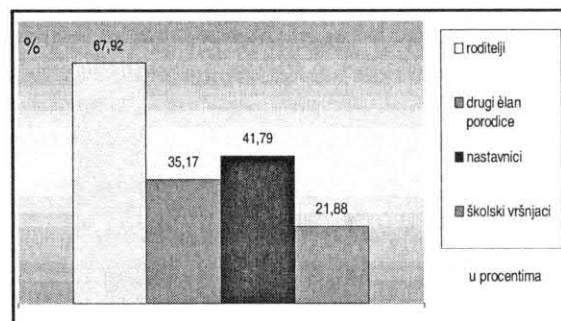
Na pitanje o pušenju nastavnika - razrednih starešina, 170 učenika osnovnih škola (ili 34,69%) je potvrdilo da njihove razredne starešine puše, a 320 osnovaca (ili 65,31%) je dalo negativan odgovor. Kao što smo i očekivali, 100% osnovaca, njih 490 anketiranih, je potvrdilo da njihovi nastavnici NE PUŠE NA ČASU!

Što se tiče pušenja profesora - razrednih starešina, 103 učenika srednjih škola (ili 40,39%) je potvrdilo da njihovi razredni starešine puše, a 152 učenika (ili 59,61%) je dalo negativan odgovor. Potpuno smo iznenađeni podatkom da je 42 učenika (ili 16,47%)

potvrdilo da neki njihovi profesori PUŠE I NA ČASU!

Dakle, svi oni koji bi trebalo da budu uzor u ponašanju za učenike, nažalost, puše: roditelji, drugi članovi porodice, nastavnici, školski vršnjaci (grafikon 5).

Grafikon 5. Pušači u okolini učenika



Na pitanje da li žele da im roditelji (ako puše) prestanu sa pušenjem, 132 osnovca čiji roditelji puše (ili 85,16%) je zaokružilo DA, a 23 učenika ili 14,84% NE. U obrazloženju zašto: 65,15% žele da im roditelji prestanu sa pušenjem zbog zdravlja, 4,54% zbog uštede u novcu i 30,31% zato što (učenicima) smeta duvanski dim.

Na isto pitanje, 93 srednjoškolca čiji roditelji puše (ili 86,91%) je zaokružilo DA, a 14 učenika ili 13,07% NE. U obrazloženju zašto: 65% žele da im roditelji ne upotrebljavaju duvan zbog zdravlja, 9% zbog uštede u novcu i 25% zato što (učenicima) smeta duvanski dim.

Na kraju anketnog listića, od 490 osnovaca Babušnice njih 18 nije dalo (ili nije htelo da da) nikakvo svoje mišljenje o pušenju; 324 ili 66,12% je istaklo da je pušenje štetno po zdravlje, jer može da dovede do pojave drugih bolesti i raka pluća; 43 ili 8,78% da škodi i nepušačima u okolini pušača, posebno deci; njih 50 ili 10,20% smatra da je to (samo) loša (ružna, odvratna ili glupa) navika; 19 ili 3,89% smatra da je duvan droga; 21 ili 4,28% da je to nepotrebni novčani izdatak, a 15 učenika ili 3,06% opravdava pušenje s obrazloženjem da je to: "zbog društva", "zanimljiva stvar", "dobar izbor", ili pod motom: "danas da se živi, a sutra ko zna".

Što se tiče mišljenja srednjoškolaca Babušnice o pušenju, od 255, njih 36 nije dalo (ili nije htelo da da) nikakvo svoje mišljenje o pušenju; 182 ili 71,37% je istaklo da je pušenje štetno po zdravlje, jer može da dovede do pojave drugih bolesti i raka pluća; njih 4 (ili 1,56%) smatra da pušenje škodi i nepušačima

u okolini pušača; 10 ili 3,93% smatra da je to (samo) loša (ili grozna) navika; 9 ili 3,53% smatra da je duvan droga (da izaziva zavisnost i sl.); 5 ili 1,97% da je to nepotrební novčani izdatak, a devetoro učenika ili 3,53% je opravdalo (svoje) pušenje smatrajući ga da je to u modi: "u trendu", da je "cool", da su pušači "face" i da im to pomaže da se "istaknu".

ZAKLJUČAK

Pušenje je prilično učestala štetna navika među školskom omladinom na teritoriji Opštine Babušnica.

U uzrastu do 14 godina (VIII razred) duvan proba petina dečaka i devojčica, a svaki 18-ti dečak i skoro svaka 11. devojčica puši. U uzrastu do 18 godina (završna godina srednje škole) više od pola učenika muškog pola i više od 2/3 učenica proba cigarete, a gotovo polovina učenika srednjih škola puši duvan u manjoj ili većoj količini.

Duvan je najpodmukliji hronični ubica zdravlja mladih! Njega, češće, počinju da puše mlade, zdrave (ili zdravije od svojih vršnjaka) osobe koje duvan, tokom dužegodišnjeg pušačkog staža pretvara u hronično bolesne ljude.

Duvan je droga koje se korisnici teško odriču. Teškoće odvikavanja od duvana su slične kao kod morfinizma (1). Posebno treba da zabrine visok postotak pušenja među učenicama srednjih škola, jer zavisnost od duvana "prisiliće" korisnice na njegovu upotrebu i za vreme planiranja i ostavljanja potomstva u predstojećem generativnom periodu.

Učenici imaju svakodnevni "edukativni primer" pred očima od strane svojih roditelja, ukućana, nastavnika i profesora koji puše. Posebno se treba zapitati kakvu "obrazovnu funkciju" ima pušenje profesora srednjih škola za vreme časova!

Više od 2/3 učenika živi u porodicama u kojima jedan ili oba roditelja ili neko iz uže porodice puši! U tim porodicama se "regrutuje" veći broj onih koji probaju cigarete ili aktivno puše nego iz porodica u kojima niko ne puši. Međutim ta razlika nije velika (nekih 10-ak %), tj. taj uticaj postoji, ali, izgleda, nije presudan za počinjanje sa pušenjem.

Prema izjavama učenika u anketi, daleko presudniji motiv za pušenjem je taj što, sa cigaretom, mladi čovek postaje "zreliji", "strava faca", prati "trend", odnosno postaje "cool" tj. u

"modi" ili "sveža", tj. "nuđeća roba". Takođe je prisutno mišljenje da će se tako lakše "uklopiti u društvo".

Za borbu protiv pušenja treba izgraditi mudru i sveopštu društvenu koncepciju.

Država treba da nađe interes i da prihvati naučnu činjenicu da je bolje ulagati u očuvanje zdravlja svih, a posebno mladih, nego lečiti posledice po zdravlje koje ostavlja dugogodišnje pušenje duvana. U tom kontekstu treba razraditi i mudro, dugoročno, sprovoditi određene administrativno-zakonodavne mere koje bi destimulisale proizvodnju, preradu i upotrebu duvana (zabrana reklamiranja cigareta, zabrana pušenja na radnom mestu, zabrana pušenja u zdravstvenim i obrazovnim ustanovama, uvođenje visokih poreza, ne stimulisanje proizvodnje i prerade duvana i sl.).

Društvo, takođe, treba da nađe interes za borbu protiv pušenja i zajedno sa državnim organima da ulaže u programe medija koji će propagirati zdrav život bez cigareta kao sasvim normalnu i prirodnu težnju čoveka koji želi da živi zdravo. Takođe potrebno je i ulaganje u razvoj centara ili ustanova za odvikavanje od pušenja.

Zdravstveno-vaspitne aktivnosti treba da se odvijaju planski i timski, stručnjacima iz raznih oblasti. Ove aktivnosti treba sprovoditi i u porodici, i u školama i preko medija. Zdravstveno-vaspitna aktivnost ne sme se bazirati isključivo na zaplašivanju: da duvan izaziva rak pluća, da je to droga, da je štetniji za nepušače u okolini pušača nego za samog pušača, da je to nepotrební novčani izdatak i sl. To zbog toga što su, kako smo i iz anketa saznali, učenici o svemu tome već dobro informisani i sve to dobro znaju, ali ih to ne sprečava da puše. Možda bi jedno od težišta zdravstveno-vaspitnih aktivnosti trebalo biti načini isticanja mladih i zadobijanja uvažavanja od drugih bavljenjem drugim aktivnostima.

Celokupno društvo treba da "preradi" skalu društvenih vrednosti. Mladi ljudi treba da osećaju da društvo vrednuje i ceni nešto drugo, a ne pušenje duvana. Da pušenje bude nešto što svako može i da to nije ništa posebno, da to ne bude "cool", da pušenje bude demode.

Samo dobro isplanirana, od strane vrsnih stručnjaka iz raznih oblasti, dugoročna i odmerena (ne agresivna) akcija celokupnog društva, sa jasnim ciljem i interesom može dati željene rezultate u budućnosti u smislu da se pušenje uopšte a pogotovu među školskom omladinom smanji.

LITERATURA

1. Popovac D.: Bolesti pluća, V izdanje, Data Status, Beograd 1996. 'Pušenje' str. 105 - 118.
2. Pešut D.: Pušenje i osnovci, Zbornik radova, Institut za plućne bolesti i tuberkulozu KC Srbije, Beograd 2002. str. 168 - 171.
3. Pešić i.: Kako možemo pomoći pušačima, Zbornik radova, Institut za plućne bolesti i tuberkulozu KC Srbije, Beograd 2002. str. 161 - 165.
4. Lučić S., Perin B.: Školska omladina i pušenje, Pneumon, vol. 33, Institut za plućne bolesti Sremska Kamenica, 1995. str. 9 - 11.
5. Petrović B.: Epidemiologija masovnih hroničnih nezaraznih bolesti, autorizovana skripta, Institut za zaštitu zdravlja Niš, 1998.
6. Medicinska enciklopedija, svezak V, 'Pušenje' str. 511 - 515, JLZ - Zagreb, 1969. - 1974.

Dr Aca Cvetković, epidemiolog
Higijensko-epidemiološka služba
Dom zdravlja "dr Jovan Ristić" - Babušnica

- PRIPREMILI SMO ZA VAS -

NOVOSTI IZ GASTROENTEROLOGIJE

Pripremio: Prim. dr Velimir Colić

KLINIČKI ZNAČAJ *HELICOBACTER PYLORI* INFEKCIJE

Prvi ozbiljniji radovi o uticaju infektivnog agensa na etiopatogenezu oboljenja jednjaka, želuca i duodenuma datiraju od kraja 19. veka (Letulle, 1888), da bi tek 1983. godine Marshall i Warren izolovali u kulturi mikrobe koji su nalik na *Campilobacter*, a dovode se u vezu sa nastankom hroničnog gastritisa i peptičkog ulkusa. Ovi će mikrobi kasnije (1989), na predlog Goodwina, dobiti ime *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Dakle, to je novi rod, koji kod čoveka i životinja ima devet izolovanih podvrsta.

Helicobacter pylori je gram negativna bakterija, štapičasta spiralna, često savijena u obliku slova "U" ili "O". Pored spiralnog mogu se videti bubrežast ili oblik koke. Pokretna je, mikroaerofilna, raste na temperaturi od 37 stepeni, pre svega je ekstracelularno locirana, ali postoji i intracelularna lokalizacija. Isključivo napada sluzokožu želuca sa želučanim žlezdama.

Putevi širenja infekcije od zaraženog do zdravog mogu biti: direktni kontakt:oralno-oralna transmisija (poljubac, dentalni plakovi, porodični kontakt-supružnici), fekalno-oralna transmisija preko vode i hrane ili profesionalni kontakt kod medicinskog osoblja u toku endoskopije. Kada se jednom stekne infekcija, ona veoma dugo traje, a zbog duboke penetracije u sluzokožu želuca moguće su spontane reinfekcije. Zadnjih dvadeset godina beleži se povećana učestalost oboljenja: u razvijenim zemljama 20-35 %, dok u nerazvijenim iznosi 40-75%, pa i više. Ove brojke su promenljivog karaktera, uporedo sa izmenom higijenskog i socijalno-ekonomskog statusa, i stanje se bitno menja sa primenom eradikacije primenom antibiotika.

Patogenetska aktivnost *Helicobacter pylori* ispoljava se kao:

- intracelularno oštećenje (citopatogeni efekat),
- poremećaj sekrecije u inflamaciom zahvaćenom području,
- produkcija enzima (ureaza, katalaza, fosfolipaza, proteaze i dr. i
- promena imunog statusa, smanjuje se ćelijski imuni sistem, a izaziva autoimuna reakcija sa produkcijom antitela..

Helicobacter pylori dovodi do pojave raznih tipova akutnog i hroničnog gastritisa, koji je u antrumu difuzan, a u telu želuca u obliku "ostrvaca", što je prepoznatljivo kod biopsije želuca tokom endoskopskog pregleda.

Novija saznanja govore o tome da gastritis udružen sa *Helicobacter pylori* infekcijom može da uznapreduje u atrofični gastritis, a da se na terenu gastritisa mogu razviti ulkusna

bolest, erozivni gastroduodenitis, maligni tumori želuca (karcinomi i limfomi), dentalne paradentozе, alergijska stanja nepoznate etiologije itd. Treba napomenuti da je veliki broj inficiranih bez tegoba, što ima epidemiološki značaj u otkrivanju *Helicobacter pylori* infekcije.

Dijagnostički testovi mogu biti invazivni (direktni) - vrše se putem biopsije u toku endoskopskog pregleda, kada se bakterija identifikuje ili neinvazivni (indirektni), koji se baziraju na urea izdisajnom testu i (najčešće) na serološkoj reakciji (Elisa test).

Biopsijski ureaza test u toku endoskopskog pregleda je u širokoj primeni. S obzirom da *Helicobacter pylori* luči velike količine ureaze, biopsijski materijal se potapa u tečnost sa urejom i u reakciji (u prisustvu *H. pylori*) se urea razlaže pod dejstvom ureaze, a oslobođeni amonijum (NH_4) povećava Ph (smanjuje kiselost), što indikator (fenol crveno) registruje kao promenu žute u crvenu boju: $\text{C}=\text{O}(\text{NH}_2)_2 + \text{H} + 2\text{H}_2\text{O} \text{ ureaza } \text{HCO}_3 + 2\text{NH}_4$.

ELISA test se zasniva na saznanju da se u prisustvu *H. pylori* menja imuni odgovor, odnosno stvaraju antitela koja se detektuju (u testu je najpogodniji IgG imuni odgovor): kap krvi se nanosi na test pločicu i rezultat se očitava za 10 minuta. Test je visoke specifičnosti i senzitivnosti (do 90%).

U terapij se došlo do evropskog konsenzusa (Mastriks, 1997), kada je zaključeno da gastritis i "non ulcer" dispepsiju udruženu sa *H. pylori* pozitivnom infekcijom treba lečiti eradikacijom tripl (trojnom) terapijom: H2 blokerom, Famotidinom od 40 mg jednom uveče ili Omeprazolom od 20 mg 2X1 dnevno i Helicocinom 3X1 tabletu + 1 za vreme obroka, kojih treba da bude tri. Helicocin sadrži 2 tablete: Amoksicilin od 750 mg 3X1 + Metronidazol od 500 mg 3X1. Praktično: Helicocin uzeti 3X2 tablete). Ova terapija se sprovodi u trajanju od 12 dana., a uspeh terapije se kreće do 90%. Ako ne dođe do eradikacije, zbog verovatne rezistencije na Metronidazol, uključuje se Klaritromicin od 500 mg 2X dnevno u toku sedam dana, uz eventualno pridodat koloidni bizmut citrat od 120 mg 4X dnevno. Kod tako primenjene terapije neželjeni efekti su retki i prolazni.

Zbog izvanrednog kliničkog i epidemiološkog značaja *H. pylori* infekcije u današnje vreme ova problematika je veoma aktuelna i svake godine pojavljuju se na više hiljada rado-va godišnje.

- PRIPREMILI SMO ZA VAS -

TARS (TEŽAK AKUTNI RESPIRATORNI SINDROM)
SARS (SEVERE ACUTE RESPIRATORY SYNDROME)

Pripremila: Dr Miljana Čirić, infektolog

Početak ove godine svet je uznemirila pojava nove bolesti koja se odlikuje teškom simptomatologijom od strane respiratornog trakta, a neretko se i smrtno završava. Prva zvanična saopštenja o TARS-u u našoj zemlji datiraju od sredine marta 2003 (HYPERLINK "<http://www.batut.org.yu>" www.batut.org.yu) i svakodnevno se dopunjuju. Kao uzročnik bolesti izolovan je virus iz grupe corona virusa. Smatra se da je pernata živina rezervoar virusa, prelazni domaćini su verovatno živina, svinje, školjke, konji. Put prenošenja na čoveka se još uvek ne zna, ali se bolest prenosi i interhumano, pre svega respiratornim sekretima i feko-oralnim putem. Prvi slučajevi bolesti prijavljeni su u Kini početkom marta 2003, ali je praćenje bolesti pomereno na 1.11.2002. na osnovu prijavljenih slučajeva atipične pneumonije u Kini iz tog perioda.

Ukupan broj prijavljenih verovatnih slučajeva SARS-a (period 1.11.2002-9.06.2003) je 8421, uključujući i 784 umrlih. Najveći broj obolelih i umrlih je u Kini, Hong Kongu, Singapuru, Tajvanu, Kanadi. U Evropi je bolest prijavljena u Nemačkoj, Francuskoj, Italiji, Švedskoj, na sreću bez smrtnih slučajeva. Zadnji slučajevi bolesti prijavljeni su 09.06. u Tajvanu (3) i Hong Kongu (1). Zaključno sa 09.06.2003. u Republici Srbiji nije registrovan nijedan sumnjiv / verovatan slučaj SARS-a.

Klinički kriterijumi za prepoznavanje suspektnih / verovatnih slučajeva sa SARS-om: visoka temperatura (38 °C i više), kašalj, plitko, površno i otežano disanje, razvoj ili smrtni

MOBILNI TELEFON I RAK

Pripremio: Dr Bogoljub S. Manić, hirurk onkolog

Korišćenje mobilnih telefona dramatično se povećava u poslednjih nekoliko godina. Štampani i elektronski mediji u svom reprezentativnom prostoru i vremenu se povremeno oglašavaju tvrdnjom da su mobilni telefoni svojim radio-frekventnim zračenjem izazivači tumora mozga ili drugih tumora aktuelne regije.

Da li je to tako?

Da li mobilni telefon može da izazove malignu alteraciju ćelije?

Nedavno je objavljena izvanredno dizajnirana i sprovedena epidemiološka studija lekara iz Danske koja je ispitala uticaj upotrebe mobilnih telefona na pojavu raka. U ispitivanju

slučaj od respiratornog distres sindroma, glavobolja, mijalgija, dijareja, konfuznost, ospa i dr.

Laboratorijski: leukopenija sa limfocitopenijom.

Rendgenološki: uni ili bilateralne promene na plućima sa ili bez intersticijske infiltracije.

Ukoliko osoba sa navedenim simptomima i parakliničkim pretragama dolazi iz oblasti sa lokalnom transmisijom bolesti, stavlja se pod zdravstveni nadzor / izolaciju. Zaključno sa 09.06.2003. zone sa lokalnom transmisijom su Kina (oblast Hong Kong, Tjencin, Jilin, Tajvan) i Kanada (Toronto).

Terapija bolesti je za sada pre svega simptomatska. Kauzalna terapija još uvek nije određena, jer mnogi osporavaju efekte primenjene terapije antivirusnim Ribavirinom.

Preporučene mere zaštite za medicinsko osoblje, uključujući i laboratorijske i pomoćne radnike:

- bolesnik mora imati masku prilikom pregleda

- nošenje zaštitnih maski, rukavica, naočara, zaštitne odeće

- svi sekreti, ekskreti i telesne tečnosti obolelog i materijali iz kontakta moraju se po uputstvu epidemiološke službe dezinfikovati ili uništavati

- dezinfekcija ruku obavlja se standardnim definicijensima - dezinfekcija površina, transportnih vozila, jedinica za izolaciju, sekreta i ekskreta obavlja se hlornim preparatima.

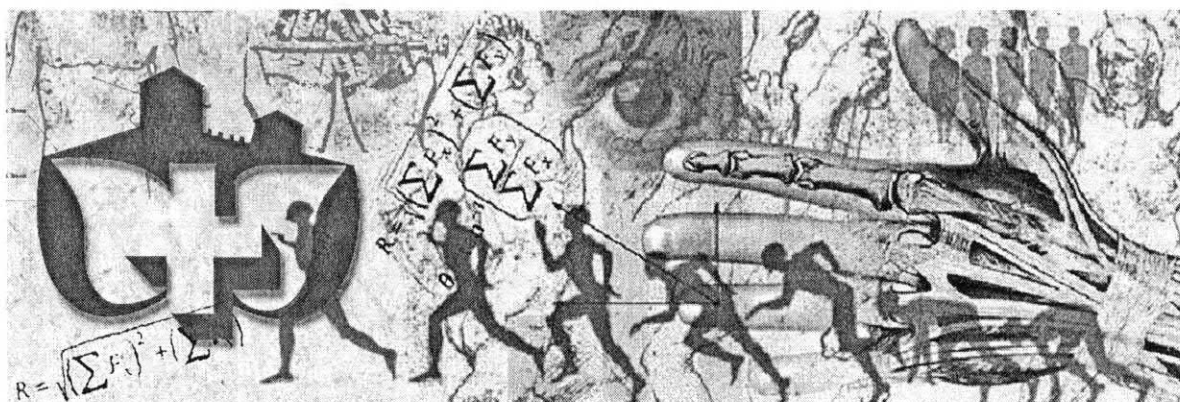
je uključeno skoro pola miliona korisnika mobilnih telefona koji su praćeni od 1982. do 1995. godine. nedvosmisleno je zaključeno da:

"Rezultati ispitivanja ne podržavaju hipotezu da je upotreba mobilnih telefona povezana sa većom učestalošću leukemije, tumora mozga ili pak tumora pljuvačnih žlezda."

Istraživanje je pokazano na objektivni i naučno prihvatljiv način.

Prema tome, mobilni telefoni ne uzrokuju rak. Slobodno razgovarajte / dajem reč da nisam plaćen za EPP/.

Znanje i zdravlje su resursi novog milenijuma



ZDRAVSTVENI CENTAR PIROT

www.zcpirot.co.yu



СРПСКО ЛЕКАРСКО ДРУШТВО
ПОДРУЖНИЦА ПИРОТ

- uputstvo saradnicima -

Medicus objavljuje radove koji ranije nisu objavljivani ili su objavljivani delimično. Prihvaćeni radovi se objavljuju po redosledu koji određuje uređivački odbor. Uz rad, na posebnom listu treba dostaviti i: 1. izjavu da rad do sada nije (ili je delimično) objavljen ili prihvaćen za štampu u drugom časopisu; 2. potpise svih koautora; 3. ime, tačnu adresu, broj telefona za kontakt i žiro račun prvog autora. Za objavljene radove, Medicus zadržava autorsko pravo.

Radove slati na adresu: Zdravstveni centar Pirot, ul. Vojvode Momčila bb, 18300 Pirot sa naznakom "za Medicus", ili na e-mail. medicuspi@ptt.yu.

U Medicusu se objavljuju uvodnici, naučni i stručni članci, prethodna ili kratka saopštenja, revijski radovi tipa opšteg pregleda, aktuelne teme ili analize, kazuistika, članci iz istorije medicine, pisma uredništva, izveštaji sa naučnih i stručnih skupova, prikazi knjiga, referati iz naučne stručne literature i drugi prilozi. Radovi se objavljuju na srpskom jeziku sa apstraktom na srpskom i engleskom. Izuzetni članci (posebno naučni) se objavljuju na engleskom jeziku sa opširnijim apstraktom na srpskom.

Rukopisi treba da budu pregledni: tekst u dvoredu, font 10 pt, štampani u dva primerka na laserskom štampaču na formatu papira A4 i levom marginom 4 cm. Dostaviti rad na disketi 3,5". Rad treba da bude kucan u Wordu, font Arial 10pt, latinica, line spacing: single, višeznačka podrška: Slovenian tastatura. Ne uređivati tekst: kucati samo znake interpunkcije, velika i mala slova i novi pasus (paragraf). Izbegavati BOLD i ITALIC. Dostaviti kao *.txt file. Tabele i grafikone dostaviti kao zasebne fajlove sa naznačenim redosledom pojavljivanja u tekstu. Vodite računa da budu pregledni u crno-belom varijanti. Radovi se štampaju u jednoj boji. Prispeli radovi anonimno podležu uređivačkoj obradi i recenziji. Primedbe i sugestije urednika i recenzenta se dostavljaju autoru radi konačnog oblikovanja. Otisak članka se šalje autoru na korekturu koju treba uraditi čitko, olovkom u boji, i vratiti u roku od 5 dana. Rukopisi radova prihvaćenih za štampu ne vraćaju se autoru.

Priprema rada

Delovi rada su: naslovna strana, apstrakt sa ključnim rečima, tekst i literatura.

1. Naslovna strana

- naslov treba da bude kratak, jasan i informativan i da odgovara sadržaju rada. Podnaslove treba izbegavati.
- ispisuju se puna imena i prezimena autora sa navođenjem najviših naučnih i stručnih znanja.
- navode se puni nazivi ustanove i odeljenja u kojim je rad obavljen i mesta u kojima se ustnove nalaze.

2. Sažetak i ključne reči

Na drugoj stranici se nalazi sažetak, od 150 reči za naučne i stručne članke (250 za struktuirani apstrakt) i do 100 reči za kazuistiku, koji se piše na srpskom i engleskom jeziku. Ispod sažetka sa podnaslovom "ključne reči", dati 3-10 ključnih reči ili kratkih izraza.

3. Tekst članka

Tekst sadrži sledeća poglavlja: uvod, metode, rezultate i diskusiju. Zaključak može da bude posebno poglavlje ili se iznese u poslednjem pasusu diskusije.

U uvodu navesti cilj rada. Ukratko izneti razloge za studiju ili posmatranje. Navesti samo strogo relevantne podatke iz literature i ne iznositi opširna razmatranja o predmetu rada. Ne iznositi podatke ili zaključke iz rada o kome se izveštava.

Metode. Jasno opisati izbor metoda posmatranja ili eksperimentalnih metoda (ispitanici ili eksperimentalne životinje, uključujući kontrolne). Identifikovati metode, aparaturu (ime i adresu proizvođača u zagradi) i proceduru dovoljno detaljno da se omogući reprodukcija rezultata od strane drugih autora. Navesti podatke iz literature za uhodane metode, uključujući i statističke. Tačno identifikovati sve primenjene lekove i

hemikalije, uključujući generičko ime, doze i načine davanja.

Rezultate prikazati logičkim redosledom u tekstu, tabelama i ilustracijama. U tekstu naglasiti ili sumirati samo značajna zapažanja.

U diskusiji naglasiti nove i značajne aspekte studije i zaključke koji iz njih slede. Posmatranja dovesti u vezu sa drugim relevantnim studijama. Povezati zaključke sa ciljevima rada, ali izbegavati nesumljive tvrdnje i zaključke koje podaci iz rada ne podržavaju u potpunosti.

Literatura. Literatura se popisuje rednim brojevima pod kojima se citat pojavljuje u tekstu. Navode se svi autori ali ako broj prelazi 6, navodi se 6 i dodaje, et al. Svi podaci o citiranoj literaturi moraju biti tačni. Autor je obavezan da citirani rad sravnji sa originalom. Ne prihvata se citiranje apstrakta, sekundarnih publikacija, usmenih saopštenja, nepublikovanih radova, službenih i poverljivih dokumenata. Radovi koji su prihvaćeni za štampu ali još nisu objavljeni navode se uz dodatak "u štampi". Rukopisi koji su predati, ali još nisu prihvaćeni za štampu, u tekstu se citiraju kao "neobjavljeni podaci" (u zagradi).

Primeri oblika referenci:

- Stanković N, Petrović M, Ignjatović, Jevtić M, Kovacević I. Komplikacije posle primarnog hirurškog zbrinjavanja ratnih povreda kolona i rektuma. Vojnosanit Pregl 1977; 54(3): 203-8.
- Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Alban (NZ): Delmar Publishers; 1966.
- Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.
- Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics, 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland, 1992. p. 1561-5.

Tabele. Sve tabele se rade u Wordu na posebnom fajlu, najveće širine do 14cm, font Arial 12, line spacing single. Obležavaju se arapskim brojevima, redosledom pojavljivanja u desnom uglu (tabela 1) a svakoj se daje poseban naslov. Objašnjenja se daju u fusnoti. Za fusnotu koristiti simbol *, **, ***... Svaka tabela mora da se navede u tekstu. Ako se koriste tuđi podaci, obavezno ih navesti kao i svaki drugi podatak iz literature.

Ilustracije. Slike (crteži, grafikoni, dijagrami, šeme) se predaju u 2(+1 na disketi) primerka, a fotografije u jednom. Fotografije treba da budu crno-bele, oštre, na glatkom papiru, formata dopisnice. Slova, brojevi i simboli treba da budu jasni i ujednačeni, a dovoljne veličine da prilikom umanjivanja budu čitljivi. Na svakoj slici treba na poleđini, tankom olovkom, označiti broj slike, ime prvog autora, gornji kraj slike i broj pod kojim se navodi u tekstu (sl.1; sl.2 itd). Ukoliko je slika već negde objavljena, treba citirati izvor.

Legende. za ilustraciju se pišu na posebnom listu hartije, koristeći arapske brojeve. Ukoliko se koriste simboli, strelice, brojevi ili slova za objašnjavanje pojedinog dela ilustracije, svaki pojedinačno treba objasniti u legendi. Za fotomikrofografije navesti unutrašnju skalu i metod bojenja.

Skraćenice i simboli. Koristiti samo standardne skraćenice. Izbegavati ih u naslovu i rezimeu. Pun naziv sa skraćenicom u zagradi treba dati kod prvog pominjanja u tekstu.

Detaljno uputstvo se može dobiti u redakciji.

010/333-101;

e-mail: medicuspi@ptt.yu

Sadržaj:

STRUČNI ČLANCI

str. 4) M. Jevtić

Venske ulceracije šta činimo danas i perspektive

str. 7) S. Denčić

Uloga laparoskopije u dijagnostici i proceni stadijuma intraabdominalnih malignoma

str. 10) J. Hadži-Đokić

Postoperativne limfocele u transplataciji bubrega: Living Donor vs Kadver Donor

str. 15) A. Lilić

Perianalni pruritus - dileme i zablude

str. 19) I. Milkov

Prelom humerusa na spoju srednje i donje trećine (Holsten Lewis fraktura)

str. 23) A.V. Ćirić

Transplatacija i hirurška repozicija impaktiranog zuba

str. 28) M. Pejić

Hernija kao sportska povreda

str. 36) A. Vacić

Prognoza febrilnih konvulzija

str. 41) E. Aleksić

Informisanost o samopregledu dojke žena urbane i ruralne sredine pirotskog područja

str. 52) S. Jotić

Akutni ishemijski hepatitis kao posledica pogoršanja hronične respiratorne insuficijencije

str. 56) D. Zlatkov

Disecirajuća aneurizma aorte kao dijagnostički problem bola u grudima

str. 61) A. Cvetković

Neke karakteristike upotrebe duvana među školskom omladinom u Opštini Babušnica

Contents:

EXPERT ARTICLES

page 4) M. Jevtic

Vein ulceration - what we do today and the perspectives

page 7) S. Dencic

The part of laparoscopy in diagnostic and estimate of the stage of intraabdominal malignant

page 10) J. Hadzi - Djokic

Postoperative lymphocell in kidney transplantation Living Donor vs Kadver Donor

page 15) A. Lilic

Perianal pruritus - dilemmas and mistakes

page 19) I. Milkov

The fracture of the humerus at the junction of the mid and the distal thirds (Holsten Lewis fracture)

page 23) A. V. Ciric

Transplantation and surgical reposition of impacted tooth

page 28) M. Pejic

Sports hernia

page 36) A. Vacic

The convulsion prognosis

page 41) E. Aleksic

The level of knowledge of woman who reside in urban and rural areas in Pirot about the breast self-examination

page 52) S. Jotic

Acute ischemic hepatitis as a result when chronic respiratory insufficiency getting worse

page 56) D. Zlatkov

Dissected aneurism of aorta as a diagnostic problem in breast pain

page 61) A. Cvetkovic

Some characteristics of using the nicotine among the choolchildren in Babusnica



OMIS

K O M E R C

18300 Pirot, Ul.Prvi maj 41.; Tel.: ++381 10 333 742, ++381 10 311 254; e-mail: pakan@ptt.yu

