

UDK 61



medicus

3/97

ČASOPIS ZA SAVREMENU MEDICINU

YU ISSN: 0354-8902



Henri Gervex, Doktor Pean operiše u bolnici Saint-Louis



unifarm

D.O. ZA MEDICINSKO SNABDEVANJE

N SOL. O.

NIŠ

Niš, Dimitrija Tucovića 35

Telegram: "UNIFARM" NIS

Telefoni:

DIREKTOR 64 146

CENTRALA 64 343

64 042

Lekovi
Sanitetski materijal
Medicinska oprema
Filmovi
Laboratorijski materijal
Parafarmaceutika u službi zdravstva

BROJ 3
APRIL 1997. GODINE
GODINA IZLAZENJA II

Izdavač:
ZDRAVSTVENI CENTAR PIROT

Glavni i odgovorni urednik:
BOBAN MITIĆ

Pomoćnik glavnog i odgovornog uredni-
ka za stručna pitanja
PRIM. DR JOSIF KARTALJEVIĆ

Izdavački odbor:
NENAD DR ZDRAVKOVIĆ
BOGOLJUB DR MANIĆ
MILE DR NIKOLIĆ
VASIL DR VELČEV
MR SLAVICA PAVLOVIĆ
ACA DR VACIĆ
PROF. DR MIROSLAV ĐORĐEVIĆ
PROF. DR BRANKO LOVIĆ
DR SCI NINOSLAV GOVEDAROVIĆ
BUDIMIR DR PETROVIĆ

Redakcioni odbor:
MAJA SIMONOVIĆ
MIRO LJUB DR VASIĆ
VESNA DR JANKOVIĆ
ALEKSANDAR DR LJILIĆ
VOJKAN DR RANČIĆ
MR. DR MIHAJLO RADENKOVIĆ
EMILIJA DR JOVANOVIĆ
BOJKA DR ČIRIĆ - VACIĆ
GOJKO ANTIĆ
ZORISLAVA CVETKOVIĆ

Naslovne strane:
MR. PETAR ĐORĐEVIĆ

Grafički urednik:
BOBAN MITIĆ

Fotografije:
SINIŠA JELENKOV

Adresa:
ZDRAVSTVENI CENTAR
Pirót, Vojvode Momčila b.b.
telefon: /010/ 31 - 571
telefaks: /010/ 21 - 531

Štampa: PIKOM - PIROT

YU ISSN: 0354-8902



AKTUELNO:
ZAČARAN KRUG BESPARICE 3

DRUGI O NAMA:
BOLESNI ZADOVOLJNI
Rezultati ankete zadovoljstva pacije-
nata preventivnom zaštitom 4

ISTRGNUTO IZ POSLOVANJA:
NIJE PRAVA SLIKA GUBITKA 5



SUSRET S POVODOM:
PREVENTIVA - USLOV ZA
ZDRAVU POPULACIJU 6-7

**RADOVI, SAOPŠTENJA, PRIKA-
ZI, IZVEŠTAJI:**

9-24

IZ REPORTERSKE BELEŽNICE:
PANTA REL...
Dom zdravlja u Babušnici 8

IZ PERA POZNATIH:
VREME JE ZA POČETAK
LEČENJA
Vanja Bulić 25

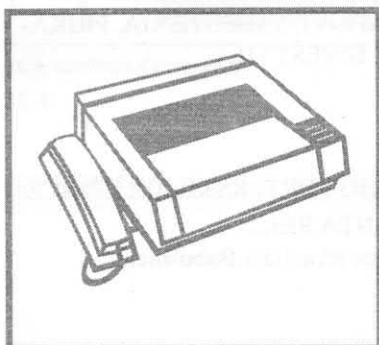
CRNO - BELO:
SVE SE ZNA, ALI...
- Tragom slučaja iz Doma zdravlja
VI OVDE NE PRIPADATE
- "Slučaj" zlatnog davaoca krvi
ETIKA ILI LAŽNA PATETIKA
- Preneto sa radio-talasa 26-27

NA LICU MESTA:
NEKA JE ARLIJA...
Sa održane turističke manifestacije
"Prolećni dani Zvonačke Banje" 28-29

VREMEPLOV:
STAJAĆA VODA TRULI
Dr Jovan Valenta 30-31

NOVINARSKO ČOŠE:
AKTUELNA GROZNICA SIRO-
MAŠTVA
Paradoksi o epidemiološkoj situaciji
razbijaju iluziju o XXI veku 31

**ZANIMLJIVOSTI IZ SVETA
MEDICINE:**
PARADAJZ ŠTITI PROSTATU
SEKS I DIJETA
LEK IZ ČEŠNJA
BES UGROŽAVA SRCE 32



sa teleksa

Remontovan litotripter

Posle višemesečne pauze centar za litotripsiju ponovo je otpočeo razbijanje kamena u bubregu. Stručnjaci firme "Ledex" iz Pariza i "Prvi partizan" iz Užica uspeali su da završe remont na "litotripteru 2000", jednom od najsavremenijih aparata za razbijanje kamena u bubregu. Posle instaliranja nove glave na ovoj moćnoj mašini i skoro tromesečne pauze Centar je ponovo otpočeo sa radom.

Prošle godine, ovim aparatom lečeno je preko sto trideset bolesnika i obavljeno blizu četiristotine seansi na razbijanju kamena u bubregu. Pored pacijenata iz Pirota i okolnih opština, bilo je i pacijenata iz skoro svih gradova Jugoslavije, počev od Beograda, Novog Sada, Niša, Prištine, i mnogih drugih. To samo dokazuje da je pirot-



ski Zdravstveni centar izašao iz lokalnih okvira i da se slobodno može uvrstiti među najopremljenije centre u zemlji.

Sida nije bolest velegrada

Prema nalazima stručnjaka Zavoda za zaštitu zdravlja u Pirotu, u prošloj godini na području četiri opštine pirotskog okruga registrovana su dva slučaja oboljenja od SIDE, dok je jedna osoba zaražena virusom ove bolesti. Za poslednjih pet-šest godina na ovom području registrovana su i tri smrtna slučaja čiji uzrok je bila SIDA.

Zavod za zaštitu zdravlja iz Pirota od prošle godine sprovodi intenzivnu edukaciju školske omladine, pre svega držeći predavanja u svim osnovnim i srednjim školama, upozoravajući na sve posledice koje ova bolest nosi.

Sastanak oralnih hirurga

U organizaciji Zdravstvenog centra Pirot, 7. marta održan je sastanak Sekcije oralnih hirurga Srbije sa Sekcijom za ortodoniju. Tema sastanka bila je: Značaj hirurškog uklanjanja klica impaktiranih zuba za prevenciju i lečenje ortodonskih anomalija.

Sastanku je prisustvovalo blizu 150 eminentnih stručnjaka iz ove oblasti. Urađene su i dve operacije estetske hirurgije. Prof. dr Zoran Stajčić, član Njujorške akademije nauka i prof. dr Ljuba Todorović, direktor Klinike za oralnu hirurgiju Stomatološkog fakulteta u Beogradu, uradili su osteotomiju donje vilice i uklanjanje kamena i tumora iz velikih pljuvačnih žlezdi.

Povratak tuberkuloze

Na sednici podružnice Srpskog lekarskog društva u Pirotu, razgovarano je o ozbiljnom problemu koji je u poslednje vreme sve prisutniji - povratak tuberkuloze.

Sve dok postoji i jedan slučaj ovog oboljenja, ne može se reći da smo se rešili ove opake zarazne bolesti - čulo se na sednici. Pojava hronične tuberkuloze i bolesnika sa bacilarnim ispljuvkom, kao jedan od tri aktuelna problema ide na dušu antituberkulozne službe, koja u poslednje vreme nije najbolje shvatila ozbiljnost problema.

Međutim, konkretno u Pirotu ova



služba je veoma dobro razvijena, a obavlja se i imunološka zaštita najmlađe populacije - istaknuto je na sednici.

Apotekari će biti samostalni

Nove izmene u Zakonu o zdravstvenom osiguranju apotekarskim ustanovama, koje posluju u sastavu državnih zdravstvenih ustanova, omogućuju samostalan rad. Prema planu razvoja zdravlja i zdravstvenih i apotekarskih ustanova, do 2000-te godine Apotekarska ustanova u Pirotu moći će da stekne svoju samostalnost i da posluje izvan Centra Pirot.

Međutim, pitanje je koliko će finansijski, apotekari biti moćni da podnesu konkurenciju privatnih apoteka i da se snađu na tržištu gde gravitira ogroman broj proizvođača lekova, veleprodajnica i apoteka.

Nagrađen operacioni blok bolnice

Za dve godine rada, u četiri hirurške sale koje su u sastavu Operacionog bloka, obavljeno je blizu tri hiljade operacija. Izgradnjom modernog Operacionog bloka i njegovo opremanje savremenim hirurškim instrumentima i aparatima, data je šansa lekarima u provinciji da demonstriraju najsavremenije metode hirurških zahvata.

Upravo, to je i bio razlog da radnoj jedinici Operacioni blok bude dodeljeno najveće priznanje koje Zdravstveni centar Pirot dodeljuje - Diploma za postignute rezultate na planu razvoja i lečenju bolesnika.



Prema definiciji svetske organizacije, zdravlje nije samo odsustvo bolesti, već podrazumeva fizičko, psihičko i socijalno blagostanje.

Na žalost, ova definicija i svetsko poimanje zdravlja nije karakteristično za našu svakodnevicu. Okruženje utiče da ne možemo govoriti o blagostanju.

Vreme opšte besparice i krize u kojoj smo se našli, nakon godina embarga i ratnog okruženja, ne samo da nam ne dozvoljava da živimo zdravo, već i da smo zdravi. Svi smo na neki način postali bolesni učesnici začaranog kruga, čija je dijagnoza već odavno poznata. Reč je, o opštoj besparici, koja se prenela i na zdravstvo sa brojnim bolesnicima bez pravog "leka".

I ranije su prava iz zdravstvenog osiguranja bila veća od zdravstvenih fondova, ali nikada nije bio toliko širok i dubok jaz između potreba i mogućnosti.

No, pođimo ipak nekim redom, u utvrđivanju dijagnoze "bolesnika" iz naše sredine.

Najviše brine "bolest" zvana nelikvidnost privrede.

Oni koji bolje poznaju strukturu prihoda i način ubiranja sredstava za zdravlje znaju i uzročnike opšte besparice. Dovoljno je samo reći da se radilo u otežanim uslovima sa smanjenim kapacitetom. Zato je i u formiranju "zdravstvenog kolača" privreda učestvovala sa tek 20 odsto uplaćenih doprinosa. Lančano se sve to odrazilo na mršavi finansijski bilans stanja žiro-računa filijale Zdravstvenog osiguranja Pirota i uzrokovalo milionske gubitke Zdravstvenog centra.

Začaranom krugu "bolesnika" pridružile su se i vele-drogerije. Rafovi u apotekama su sve prazniji. I vlasnici privatnih apoteka prestali su osiguranicima da izdaju lekove sa pozitivne liste,...

I tako u nedogled. A posedice? One su sve brojnije i bolnije. Sve veći je broj nezadovoljnih učesnika u začaranom krugu svakodnevne besparice. Pacijenti traže svoja prava, zaposleni u zdravstvu pristojnije plate, a osiromašena privreda nove olakšice.

Sve se vrti tako u krug. Svi traže, ali od koga i kako? Iz ovog začaranog kruga može se izaći tek kada se privreda i država stabilizuju. A to već ne zavisi od nas.

Boban MITIĆ

**Začaran
krug
besparice**

DRUGI O NAMA

Rezultati ankete zadovoljstva pacijenata preventivnom zaštitom

Bolesni zadovoljni

- Higijenu sa ocenom "pet" je ocenilo 41% anketiranih. Smeštaj i prostor sa četvorkom je procenilo 23% pacijenata. Po potrebi posećuju lekare 61% ispitanika -

Tokom druge polovine 1996. godine u Zdravstvenom centru anketirani su i korisnici zdravstvenih usluga, ambulantno-dispanzerskih službi Reč je o korisnicima usluga u Opštoj medicini, Fizikalnoj medicini i rehabilitaciji, Stomatološkoj službi za odrasle, Dečjoj i preventivnoj stomatologiji, Dispanzeru za predškolsku decu, Dispanzeru za školsku decu i Dispanzeru za alergologiju.

Anketirana lica birana su metodom slučajnog izbora uz obezbeđivanje potpune anonimnosti.

razočarani i nezadovoljni. Tačnije, koliko često dolaze s nadom i verom u pomoć?

U strukturi anketiranih lica žene su činile većinu 58%, a muškarci 42%.

Po godinama života najbrojnija je bila grupa od 20-29 godina - 27%, zatim od 10-19 godina - 22%, grupa od 30-39 godina - 19%, od 40-49 godina - 11%, do 9 godina - 10%, od 50-59 godina - 6% i preko 70 godina - 5%.

Prema stručnoj spremi najzastupljenija je bila grupa anketiranih sa

nešto drugačije, jedinicom 12%, dvojkom 9%, trojkom 20%, četvorkom 23%, a peticom 36%.

Intenzitet korišćenja vanbolničke zdravstvene delatnosti sagledani su na osnovu podataka koliko često i u kom broju pacijenti posećuju ove ustanove.

Jednom mesečno posećuju ambulantu 6%, dva puta mesečno 13%, dva-tri puta godišnje 7%, po potrebi 69%, a izuzetno retko 5%.

Da čeka, u ovim zdravstvenim službama, izjasnilo se 37% od ukupnog broja anketiranih, dok ostali 63% smatraju da ne čekaju.

Od onih koji čekaju, kako su odgovorili, 54% čeka oko jedan sat, 24% oko dva sata, 13% oko tri, 2% oko četiri sata, a pet, šest i više sati takođe čeka po 2%.

Prijemom, pregledom i lečenjem, prema odgovorima, zadovoljno je 71% pacijenata, nezadovoljno samo 4% dok je delimično zadovoljno 25%.

Na pitanje da li žele svog stalnog lekara ili stomatologa, odgovorilo je DA 97%, anketiranih građana i samo 3% NE.

Na osnovu sumiranih rezultata sprovedene ankete, dobili smo podršku svojih pacijenata, jer je njih 96% zadovoljno našim dosadašnjim radom.

Ako su shvatili namere Zdravstvenog centra i iskreno odgovorili, u Domu zdravlja nastojeće da sve kritike i primedbe, prihvate kao predloge za promene na bolje. Poznato je, da bolestan čovek ne može da bude zadovoljan, ali lekari su tu da ga razumeju i da mu pomognu.

Cilj i želja zdravstvenih radnika je da bolestan čovek ozdravi, a zdrav da što duže ostane zdrav.

T - 1

	<i>zadovoljni</i>	<i>delimično</i>	<i>nezadovoljni</i>
	%	%	%
Alergologija	90	5	5
Dečja stomatologija	92	4	4
Dispanzer za predškolsku decu	69	28	3
Dispanzer za školsku decu	58	41	1
Fizikalna medicina	74	24	2
Opšta medicina	66	26	8
Stomatologija	45	30	25

Na pitanja naše stručne službe odgovorili su pacijenti, popunjavajući anketni upitnik, na osnovu ličnih stavova i utisaka.

Pitanja su bila zaokupljena higijenom i prostorom, brojem lekara ili stomatologa, odnosno koliko su oni zadobili i opravdali njihovo poverenje. U anketi je bilo pitanje i dali pacijenti, uglavnom bolesni, mladi ili stari, ili čak veoma mali, čekaju dugo pred vratima lekara? Posebno su zanimljivi odgovori pacijenata da li posle pregleda i razgovora sa lekarima odlaze kućama manje bolesni, ohrabreni, zadovoljni, ili pak

srednjom stručnom spremom 51%, sa osnovnom 21%, sa višom 15 i visokom 13%.

Na pitanje da li imaju stalnog lekara - stomatologa, potvrdno je odgovorilo 51%, a 49% je dalo negativne odgovore.

Higijenske uslove, kao i smeštaj i prostor u zdravstvenim ustanovama, anketiranih lica ocenjivali su ocenom od jedan do pet.

Za higijenu jedinicu je dalo 10%, dvojku 4%, trojku 20%, četvorku 25% i peticu 41%.

Smeštaj i prostor, ocenjeni su

Nije prava slika gubitka

- Kako Filijale Zavoda ne iskazuju negativan finansijski rezultat, one su gubitak prenele na zdravstvene ustanove, otuda i neplaniran gubitak

Piše: **Zoran JOVANOVIĆ**

Poslovanje između Zdravstvenog centra Pirot s jedne strane i Zavoda za zdravstveno osiguranje Beograd - filijala za okrug Pirot s druge strane u pogledu pružanja i plaćanja zdravstvenih usluga osiguranicima, rešeno je na bazi Ugovora o međusobnim pravima i obavezama zdravstvene zaštite, usluga putem cena. Cenovnik usluga donosi Republički zavod za zdravstveno osiguranje Beograd, koji je jedinstven za sve zdravstvene ustanove na teritoriji Republike Srbije.

Za ovakav način plaćanja usluga i jedinstvenog cenovnika opredelile su se sve zdravstvene ustanove i Republički zavod za zdravstveno osiguranje Beograd radi ujednačavanja uslova u pogledu naplate računa kako za svoje osiguranike sa područja okružne filijale, tako i za ostale osiguranike sa područja ostalih filijala u Republici Srbiji i šire. Na ovakav način se ne dolazi do prelivanja sredstava iz jednog u drugi Zavod kao ranije kada su bile dvojne cene, jedne za svoje područje a druge za polaznike.

Cenovnik usluga Republički zavod za zdravstveno osiguranje Beograd izradio je na osnovu normativa i standarda koji je propisao Republički zavod za zdravstveno osiguranje Beograd, u delu vremenskog i kadrovskog određivanja norme za svaku uslugu, kao i normativa u delu troškova materijala i amortizacije. Ovakva izrada cenovnika treba da se stalno prati i menja ukoliko dođe do odstupanja u pogledu vremena, kadrova, materijalnih troškova u pozitivnom i negativnom

smislu, tako da ne dođe do raskoraka u ceni koštanja od kalkulativnih cena koje se daju na početku godine. Sa ovakvim načinom izrade cene usluga moguće je pratiti rad i ostvarene usluge svake službe i preuzimanje odgovarajućih mera za bolju organizaciju zdravstvene zaštite.

Međutim, ugovaranje zdravstvene zaštite u 1995. i 1996. godini odstupilo se od napred navedenog sistema ugovaranja. Za 1995. i 1996. godinu Sporazum o pružanju zdravstvene zaštite je predvideo sistem ugovaranja na sledeći način: za Bolnicu se priznaju usluge putem paušala i to 50% za zarade - plate, 10% za ostala lična davanja (topli obrok, regres i dr.) a za materijalne troškove 40%; za domove zdravlja i apoteke priznato je i to: 60% za zarade - plate, 10% za ostala lična davanja i 30% za materijalne troškove.

Ovakav način ugovaranja se pokazao negativan za zdravstvene ustanove, jer ne daje pravu sliku o izvršenju plana rada i pruženih usluga. Pored ovakvog načina ugovaranja treba dodati da Filijale zdravstvenog osiguranja zbog nedostatka sredstava od doprinosa za zdravstvenu zaštitu namanjuju paušalni iznos za matičnu ustanovu, tako je za 1996. godinu Zdravstvenom centru Pirot od strane matične Filijale umanjen paušalni iznos za 26.976.128,00 dinara. Sa ovakvim namanjenjem paušala Zdravstveni centar je iskazao negativan finansijski rezultat odnosno nedostajuća sredstva u iznosu od 20.661.097,00 dinara umesto pozitivnog finansijskog rezultata u iznosu od 5.415.031,00 dinara.

Poslovna 1997. godina u pogledu ugovaranja Plana rada, finansijskog plana skoro će biti ista kao i 1996. godina, jer će se prihodi kretati u

okviru raspoloživih sredstava ubratih od doprinosa za zdravstveno osiguranje. Da bi se uravnotežili prihodi i rashodi u 1997. godini, treba dosta štedeti na slanju bolesnika u veće centre za koje je u 1996. godini samo za stacionirano lečenje isplaćen iznos od 10.031.042,00 dinara, a za stacionarno lečenje u Pirotu 15.149.350,00 dinara, ako se uzme da se u Pirotu leče 93% pacijenata a na stranu samo 8%.

Zavod za zdravstveno osiguranje Beograd - filijala za okrug Pirot u 1996. godini ostvaren je prihod u iznosu od 60.484.938,00 dinara, a troškovi poslovanja u iznosu od 89.916.235,00 dinara, što znači da je višak rashoda nad prihodima u iznosu od 29.431.297,00 dinara. Pošto filijale Zavoda ne iskazuju negativan finansijski rezultat, one su negativan finansijski rezultat prenele na matične zdravstvene ustanove.



Susret s povodom

... S POVODOM ... S POVODOM ...

Direktor Doma zdravlja u Pirotu, Bogoljub dr Manić govori
o radu i planovima za budućnost ove ustanove

Dom zdravlja u Pirotu je jedna od pet organizacionih jedinica Zdravstvenog centra sa nešto više od 300 radnika i 13 službi sa prevashodnim zadatkom da organizuje i sprovodi vanbolničku zdravstvenu zaštitu celokupnog stanovništva opštine Pirot. Poseban problem Domu zdravlja predstavlja pet odvojenih lokacija u gradu, četiri zdravstvene stanice i 16 ambulanti. O dosadašnjim iskustvima i drugim aktuelnostima razgovarali smo sa direktorom doma zdravlja, Bogoljubom dr Manićem.

PREVENTIVA - USLOV ZA ZDRAVU POPULACIJU

- Preventiva manje košta a daje bolje rezultate. - Najbolji primer dobre preventive je rad i aktivnost onkološkog dispanzera Doma zdravlja

Razgovarao: **Boban MITIĆ**

M: Predlažemo da naš razgovor počnemo prisećanjem na protekli petogodišnji krizni period. Koliko da želimo što pre da zaboravimo te godine, moramo ih se priseliti

- Sva sreća da su te godine iza nas. Jer, "gro" sredstava sa kojima smo raspolagali utrošen je za nabavku medicinskih aparata i drugih tehničkih detalja, koji prate savremenu opremu. Razumno je zato bilo opremiti i pored besparice građevinski završen operacioni blok, zameniti dotrajalu opremu u koronarnoj jedinici, nabaviti aparaturu za endoskopsku i laparoskopsku hirurgiju, elektromiografsku dijagnostiku, ograditi Bolnicu i oplemeniti prostor... Zato sada sa razlogom očekujemo da u narednom periodu znatno više pažnje i sredstava usmerimo za potrebe Doma zdravlja.

M: Koja je osnovna delatnost Doma zdravlja?

- Naša osnovna delatnost je kao



BUDUĆNOST: Dolazi vreme Doma zdravlja - optimista B. dr Manić

i u drugim sredinama preventivna. Zato u svim našim verbalnim nastupima i u većini dokumenata sa kojima komuniciramo sa javnošću u prvi plan ističemo preventivu. Ona manje košta a dalje bolje rezultate u odnosu na skupu, ali često neophodnu hospitalnu zdravstvenu aktivnost

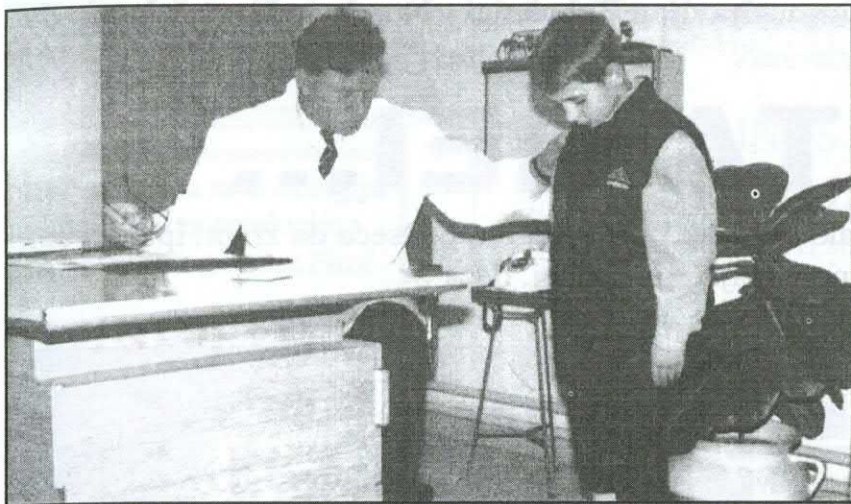
M: Zanimljivo da svetske statistike kazuju da 60% ljudstva ima

privilegiju da u toku života ne budu hospitalno lečeni sa tendencijom rasta ovog procenta. To su svetska iskustva, ali kakve su prakse?

- Najbolji primeri su u onkološkom dispanzeru Doma zdravlja u Pirotu koji pokriva područje Pirotskog okruga sa oko 120.000 stanovnika. Godišnje se ambulantno pregleda oko 7.000 pacijenata. Od tog broja, incidenca novootkrivenih malignih bolesnika se kreće od 120-130 sa patohistološkom verifikacijom i potvrdom maligniteta, i toliko još sa jasnom kliničkom slikom da se radi o odmaklom stadijumu malignog procesa. Pored toga radi se o primerima bez patološke potvrde jer nisu preduzete nikakve radikalne, operativne mere.

M: Ovi podaci su alarmantni, ali šta je preduzeto u fazi preventive?

- Dečji dispanzer je jedna od uspešnijih radnih jedinica ne samo u Domu Zdravlja već i Zdravstvenom centru. Ali, i pored toga ima novina koje se planiraju u



REALNOST: Dobra opremljenost svih službi Zdravstvenog centra uslov za dobre rezultate

radu Dečjeg dispanzera. Na primer, prva poseta novorođenčeta u kući roditelja, formiranje zdravstveno vaspitnog odbora u školama, kompletiranje tima stručnjaka za uspešniji i ekspanzivniji rad razvojnog save-tovališta. I ne samo to. Ovih dana je pri kraju montaža novih stomatoloških mašina, datih od Ministarstva Zdravlja, Dečjoj stomatologiji u Pirotu. Sa 3 nove i dve naše revitalizovane mašine bićemo u stanju da pokrijemo većinu pirotskih škola. Svečano puštanje u rad ove nove jedinice, je zakazano 19. 4. 1997. Očekujem zato još bolje rezultate u oblasti dečje preventivne stomatologije. Kad to kažem pre svega mislim u delu sistematskih pregleda i zdravstveno-vaspitnog rada što najmanje košta, a daje najbolje rezultate.

M: Direktore Maniću, saznali smo da u Opštoj medicini, najvećoj službi Doma Zdravlja u Pirotu trenutno radi i treća naučno-istraživačka studija, studija hroničnih nezaraznih oboljenja populacije odraslih.

- Kako su prve dve studije verifikovale činjenično stanje očeku-

jem da treća knjiga da bliža uputstva, predloge i inicijative, kako ublažiti posledice faktora rizika. Inače, u opštoj medicini aktuelna je još jedna trojka. Posle treće knjige ovih dana smo u prilici da oformimo i treću ekipu za obilazak seoskih zdravstvenih ambulanti. Do sada smo 16 sela obilazili sa dve a ubuduće ćemo to činiti sa tri ekipe, češće i kvalitetnije. Pored toga, čini mi se da je trenutak da razmotrimo i mogućnost vraćanja Tijabarske ambulante. Pored Opšte medicine u tim prostorijama mogli bismo da smestimo i dve nove ekipe kućne nege i špricanja za čim postoji ekonomska, humana i etička potreba. U planu je na jesen da naš Centar bude domaćin 20-te jubilarne konferencije lekara opšte medicine Srbije. Učinićemo zato sve da za ovu priliku završimo započetu kompjuterizaciju Opšte medicine kao i drugih službi van Bolnice, i ogradimo i uredimo propstor Zdravstvene stanice u Pazaru.

M: Bilo je različitih reagovanja, što su pacijenti morali sami da kupuju medicinski materijal.

- Na ovu novinu smo bili prinuđeni zbog nedostatka sredsta-

va za normalno funkcionisanje Zdravstvenog centra Zato smo i izvesne medicinske reagense i potrošne materijale naplaćivali od pacijenata, jedino tako smo mogli da kupimo nove količine da pacijenti sa priznanicom koju smo im izdavali uložena sredstva nadoknade kod Fonda socijalnog osiguranja. Tako rade i drugi Centri u užoj Srbiji i Vojvodini.

U Pirotu kao kulturnom, političkom i sportskom centru postoje i rade više sportskih klubova u muškoj i ženskoj konkurenciji. Zdravstveno praćenje i obezbeđenje sportista bilo je prepušteno izvesnim parcijalnim rešavanjima.



PLANOVI: Pirost mora postati i medicinski sportski centar

Kao dugogodišnji zdravstveni saradnik sportskih ekipa u gradu imam potrebu da predložim i realizujem da se sportske povrede na regionu prate i tretiraju timski gde bi članovi tima bili fizijatar, ortoped i neko od mladih lekara koji bi se usmerio prema specijalizaciji iz oblasti sportske medicine - rekao nam je na kraju razgovora direktor Bolnice dr Manić.

**Dom zdravlja u Babušnici - Negde je život čekanje da
se završi -**

PANTA REI...

- Točak umesto kalendara. - Svaki dolazak ljudi u belom podseća da život, ipak, teče.
- Lekari su prijatelji, rođaci, deca...

Zabeležila: **Maja SIMONVIĆ**

Kada bi ovu priču izdvojili iz korica stručnog, medicinskog časopisa, verovatno bi mogla biti dobar motiv za dokumentarni prikaz o životu ljudi čiji se kalendar pomera sa točkovima sanitetskog vozila babušničkog Doma zdravlja. Svaki dolazak ljudi u belom, podseća da život, iako jednolično, usamljeno, ipak teče, da se pomera zamišljeni kalendar, kada se iz podnožja začuje teški brum sanitetskog vozila.

Najudaljenija sela babušničke opštine ostala su potpuno usamljena. Trošne kuće i staračka lica, stopila su se u jednoobrazni pejzaž koji se propinje kroz planinske gudure.

Ovde su dani kratki, noći duge i teške. Svako novo jutro, kada ubije mrak, umiva staračka lica životnom nadom izvodeći ih iz tamnih sobičaka, ne bi li se uverili da počinje još jedan novi dan, koji približava granicu života.

Nema žamora, nema smeha, nema ni bučne komšijske svađe. Tišinu remeti samo hladan zimski vetar, kada sa planine krene da ljuto udara po rasklimatanim krovovima, ali i vozilo koje jedino kada se ovde pojavi, unosi radost.

Ljudi u belom - prijatelji, rođaci, deca,... lekari - za gorštace oni su sve.

- Dom zdravlja u Babušnici, o tome smo i ranije govorili, karakterišu mnoge specifičnosti. Pored rada u samom Domu zdravlja jedna od najznačajnijih naših aktivnosti je rad na terenu. Formirali smo ekipu od dva lekara, dva tehničara i dva vozača, koji naizmenično po planu svakog meseca obilaze najudaljenija mesta i sela u babušničkoj opštini.



Točkovi koji pomeraju životni kalendar

Mi smo u većim i pristupačnijim selima otvorili ambulante u kojima rade obavezno po jedan lekar, medicinska sestra i tehničar, obavlja se patronažna služba.

Stanovništvo u tim selima ima adekvatnu primarnu medicinsku zaštitu. Kada je potrebno, pacijenti se dovoze u Dom zdravlja na specijalističke preglede ili se šalju u pirotski Zdravstveni centar. Međutim, najudaljenija sela u Lužničkom kraju, poput Crvene jabuke i dr, su veoma zabačena, smeštena u planinskim predelima. To su, ujedno, i sela u kojima živi isključivo staračka populacija. Većina njih nije sposobna da se brine o sebi, bolesni su, slabo pokretni. Naši lekari su jedini "gosti" u ovim selima. Zbog toga, naše posete pored zdravstvenih pregleda, imaju i jedan human, ljudski karakter. Naši lekari nose lekove, ali često puta i životne namirnice neophodne meštanima ovih sela - kaže upravnik Doma zdravlja u Babušnici dr Mile Nikolić.

Po rečima lekara koji rade na terenu, susret sa meštanima planinskih sela je uvek dirljiv. Često im je

razgovor sa lekarima najefikasnija terapija. Upoznaju svoje drage "goste" sa svim problemima koji ih muče, jer u njima vide svoje najbliže koji su odavno napustili ove pasivne krajeve i nikada se nisu vratili. U ovim selima babušničke opštine, pojava ambulantnih kola za razliku od uobičajenog, donosi radost i sreću.

Često su putevi zavejani, neprohodni. Pa, ipak, lekari iz babušničkog Doma zdravlja, znajući da ih staračke oči željno iščekuju, ukoliko je to potrebno pozajmljuju terensko vozilo, kako bi ispunili obećanje i stigli na vreme. Znaju da će njihov nedolazak poremetiti zamišljeni kalendar po kome se upravljaju, ostaće u svojoj staračkoj letargiji, čekajući da ih neko podseti da žive.

Lekari babušničkog Doma zdravlja, pored svoje lekarske dužnosti koju ispunjavaju, sa svakim dolaskom i odlaskom iz nekog planinskog sela, zatvaraju jedan vremenski ciklus.

Točkovi njihovog vozila pomeraju kalendar ljudi koji žive do svakog novog dolaska lekarske ekipe.

**Iz Dispanzera za onkologiju
i Službe za patologiju
Zdravstvenog centra Pirot**

TUBULARNI KARCINOM BUBREGA

(Povodom slučaja kutane
metastaze)

Pišu: *B. S. dr Manić,
J. dr Kartaljević,
D. V. dr Mijalković,
B. Lj. dr Kartaljević*

Str. 13

**Iz Službe za zdravstvenu zaštitu dece i omladine
Zdravstvenog centra Pirot**

NAŠ DOPRINOS HUMANIZACIJI, HOS- PITALIZACIJE DECE

(Rad je saopšten na XI stručnom sastanku lekara i saradnika
UNICEF-a u Čupriji 3. i 4. aprila 1997. godine)

Piše: *Aca dr Vacić*

Str. 10

**Iz Zavoda za medicinu rada Zdravstvenog centra Pirot i
Zavoda za zdravstvenu zaštitu radnika "Niš" u Nišu**

ZDRAVSTVENI RIZIK RADNIKA PROFESIONALNO EKSPONIRANIH ORGANSKIM RASTVARAČIMA

Pišu: *Vesna dr Janković, Jovica dr Janković i Lj. dr Đokić*

Str. 15

**Iz rada operacionog bloka hirurškog odeljenja
bolnice Zdravstvenog centra u Pirotu**

POSTOPERATIVNE FISTULE (retrospektivna analiza)

Pišu: *Miomir J. dr Marković i S. dr Gligorijević*

Str. 19

**Iz Službe opšte medicine Pirot i dečijeg odeljenja
Zdravstvenog centra Pirot**

LAJMSKA BOLEST NA PIROT- SKOM PODRUČJU (prvo iskustvo)

Pišu: *Slobodan dr Mitić i Aca dr Vacić*

Str. 22



"medicus"
Vam
predstavlja

Iz Službe za zdravstvenu zaštitu dece i omladine, Zdravstvenog centra Pirot

Naš doprinos humanizaciji hospitalizacije dece

Rad je saopšten na IX stručnom sastanku lekara i saradnika UNICEF-a, Čuprija 3. i 4. aprila 1997.



Piše: **Aca M. dr VACIĆ**

Rezime

Iako se razvojem dečje zdravstvene zaštite sve manji broj dece hospitalizuje ipak i dalje određeni broj zahteva, zbog medicinskih ili socijalnih indikacija, prijem u bolnicu. Hospitalizacija može izazvati različite reakcije u psihomotornoj i instiktivno afektivnoj sferi koje se označavaju terminom hospitalizam. Na intenzitet hospitalizma bitno utiču faktori kao što su uzrast i dužina trajanja hospitalizacije. Deca u uzrastu od 1 do 4 godine su najosteljivija na odvajanje od majke te se hospitalizam kod njih manifestuje kroz tri psihološke faze: protest, strah i ravnodušnost što kasnije može uzrokovati lakše ili teži poremećaj ličnosti. Drugi faktor koji utiče na intenzitet hospitalizma je dužina hospitalizacije te su duže hospitalizacije praćene težim posledicama. Uporednom analizom podataka o dužini i trajanju hospitalizacije u Dečjem odeljenju u Pirotu kao i procentu dece koja su hospitalizovana sa majkom u dva posmatrana perioda (1982. i 1985. godina) ukazujemo na naš doprinos humanizaciji hospitali-

zacije dece. Ukupan broj hospitalizovane dece je smanjen za jednu petinu u 1995. godini u odnosu na 1982, a prosečno trajanje lečenja skraćeno od 8.84 (1982.) na 5.97 dana (1995). Istovremeno je 66.4% u 1982. na 95.3% u 1995. godini, odnosno kod predškolske dece od 33.7 na 92%. Prisustvo majke čini dobro detetu, prevenira sve posledice odvajanja a takođe i omogućava deci da lakše podnese dijagnostičke i terapijske procedure. Sve ove mere doprinose našem humanijem odnosu prema bolesnoj deci koja su hospitalizovana.

Iako se sa razvojem dečje zdravstvene zaštite sve manji broj dece hospitalizuje ipak i dalje određeni broj zahteva, zbog medicinskih i socijalnih razloga, prijem u bolnicu. Hospitalizacija može izazvati različite reakcije u zavisnosti od stepena psiho-socijalnog razvoja deteta, značaja bolesti, vrste potrebnog lečenja, reakcije porodice i drugih razloga.

Mada je još 1777. godine poznata misao Armstronga, tvorca prvih dečjih dispanzera u Engleskoj: "Ako odvojite dete od roditelja istovremeno ćete mu slomiti srce", tek posle drugog svetskog rata veliki broj dečjih neuropsihijataru navodi niz posledica kod deteta usled odvajanja od roditelja, u prvom redu majke, za vreme boravka u bolnici. Odsustvo majke i nedostatak njene adekvatne zamene, uprkos dobrim fizičkim uslovima u bolnici, dovodi do prom-

Our contribution to humanization of children's hospitalization

Summary

At though with the development of children's health protection less number of children is hospitalized, nevertheless the certain number of them demands the receiving at hospital on the account of the medical and social indications. Hospitalization may provoke different reactions in the psychomotor and instinctively emotional sphere which are marked by the term - hospitalism. The intensity of hospitalism is significantly influenced by factors such as the age and the length of hospitalization duration. Children at age from 1 to 4 years old are the most sensitive to separation from mother and thus the hospitalism at those children is manifested through three psychological phases: protest, fear and indifference which could later cause easier or harder personality breakdown. The other factor which influences on the intensity of hospitalism is the length of hospitalization and therefore longer hospitalizations are followed by harder consequences. By comparable analysis of data about the length and duration of hospitalization at children's department in Pirot as well as by the percent of children who are hospitalized with mother in two observed periods (1982 and 1995) we can point to our contribution to humanization of children's hospitalization. The total number of hospitalization of is reduced for one fifth in 1995 in relation to 1995, and the average duration of treatment is shortened from 8.84 (1982) to 5.97 hospitalized with mother is increased, at infants from 66.4% in 1982 to 95.3% in 1995, in other words at pre-school children from prevents all consequences of the separation and it also enables children to endure easier the diagnostic and therapeutic procedures. All these measures contribute to our more humane relation towards the ill children who are hospitalized.

Rezime

Iako se razvojem dečje zdravstvene zaštite sve manji broj dece hospitalizuje ipak i dalje određeni broj zahteva, zbog medicinskih ili socijalnih indikacija, prijem u bolnicu. Hospitalizacija može izazvati različite reakcije u psihomotornoj i instiktivno afektivnoj sferi koje se označavaju terminom hospitalizam. Na intenzitet hospitalizma bitno utiču faktori kao što su uzrast i dužina trajanja hospitalizacije. Deca u uzrastu od 1 do 4 godine su najosteljivija na odvajanje od majke te se hospitalizam kod njih manifestuje kroz tri psihološke faze: protest, strah i ravnodušnost što kasnije može uzrokovati lakše ili teži poremećaj ličnosti. Drugi faktor koji utiče na intenzitet hospitalizma je dužina hospitalizacije te su duže hospitalizacije praćene težim posledicama. U poređnom analizom podataka o dužini i trajanju hospitalizacije u Dečjem odeljenju u Pirotu kao i procentu dece koja su hospitalizovana sa majkom u dva posmatrana perioda (1982. i 1985. godina) ukazujemo na naš doprinos humanizaciji hospitalizacije dece. Ukupan broj hospitalizovane dece je smanjen za jednu petinu u 1995. godini u odnosu na 1982, a prosečno trajanje lečenja skraćeno od 8.84 (1982.) na 5.97 dana (1995). Istovremeno je 66.4% u 1982. na 95.3% u 1995. godini, odnosno kod predškolske dece od 33.7 na 92%. Prisustvo majke čini dobro detetu, prevenira sve posledice odvajanja a takođe i omogućava deci da lakše podnese dijagnostičke i terapijske procedure. Sve ove mere doprinose našem humanijem odnosu prema bolesnoj deci koja su hospitalizovana.

Iako se sa razvojem dečje zdravstvene zaštite sve manji broj dece hospitalizuje ipak i dalje određeni broj zahteva, zbog medicin-

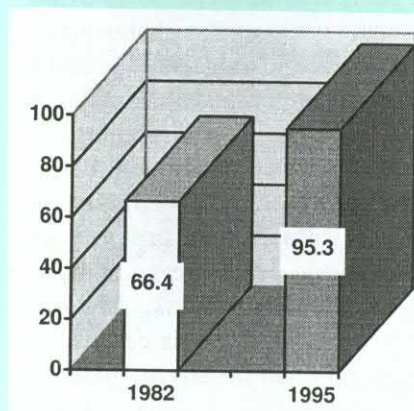
skih i socijalnih razloga, prijem u bolnicu. Hospitalizacija može izazvati različite reakcije u zavisnosti od stepena psiho-socijalnog razvoja deteta, značaja bolesti, vrste potrebnog lečenja, reakcije porodice i drugih razloga.

Mada je još 1777. godine poznata misao Armstronga, tvorca prvih dečjih dispanzera u Engleskoj: "Ako odvojite dete od roditelja istovremeno ćete mu slomiti srce", tek posle drugog svetskog rata veliki broj dečjih neuropsihijatarata navodi niz posledica kod deteta usled odvajanja od roditelja, u prvom redu majke, za vreme boravka u bolnici. Odsustvo majke i nedostatak njene adekvatne zamene, uprkos dobrim fizičkim uslovima u bolnici, dovodi do promena u psihomotornoj i instiktivno-afektivnoj sferi u smislu regresije, depresije i straha. Ove reakcije koje je Spitz nazvao terminom hospitalizam manifestuje se kroz tri sukcesivne psihološke faze:

I) protest koji se ispoljava plaćem

Grafikon 1.

UPOREDNI PRIKAZ % HOSPITALIZOVANE ODOJČADI SA MAJKOM PRATILJOM



i neprijateljskim stavom prema okolini;

II) strah koji dovodi do povlačenja deteta u sebe;

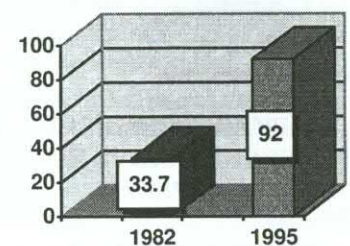
III) ravnodušnost i depresija koja, ustvari, predstavlja patološko potiskivanje normalnih afektivnih reakcija što kasnije može uzrokovati lakši ili teži poremećaj ličnosti.

Na intenzitet hospitalizma bitno utiču faktori kao što su uzrast i trajanje hospitalizacije.

Odojčad do šest meseci manifes-

Grafikon 2.

UPOREDNI PRIKAZ % HOSPITALIZOVANE PREDŠKOLSKO DECE SA MAJKOM PRATILJOM

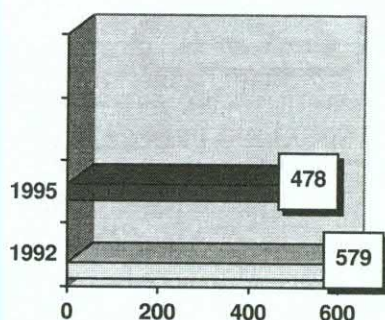


tuju prolazne "opšte reakcije" na promenjen način ishrane i postupke sa njima. Počev od šestog meseca odojčad pokazuju strah i strepnju od odvajanja sa regresijom i depresijom. Deca posle četvrte godine su obično u stanju da shvate potrebu hospitalizacije ali i ona mogu pokazivati znake manje regresije i straha. Iste reakcije mogu se videti i kod školske dece u potisnutoj formi dok adolescenti mogu imati teškoće u prihvatanju autoriteta medicinskog osoblja.

Drugi faktor koji utiče na intenzitet hospitalizma je trajanje hospitalizacije. Ali, iako je duža hospitalizacija praćena težim posledicama zapažena je i štetnost hospitalizacije koje su trajale i kraće vreme.

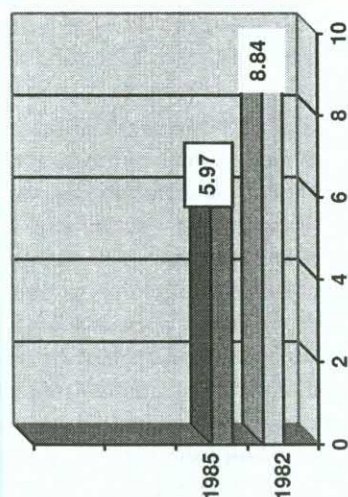
Grafikon 3.

UPOREDNI PRIKAZ BROJA HOSPITALIZOVANE PREDŠKOLSKO DECE



Grafikon 4.

UPOREDNI PRIKAZ PROSEČNE DUŽINE HOSPITALIZACIJE



Čak i sa ovim brojem hospitalizovanih majki kao pratioca svoje dece ukupan broj bolesničkih dana majki i dece nije premašio broj bolesničkih dana dece lečenih u 1982. godini te fondovi zdravstvenog osiguranja nisu dodatno opterećivani.

U toku 1995. godine na dečjem odeljenju je svakodnevno prisutna vaspitač kao deo isturenog odeljenja predškolske ustanove. Na taj način, iako se deca kratko zadržavaju, prisustvo vaspitača omogućava rad sa njima i u toku boravka u bolnici čime se ublažava strah u raznovrsnim aktivnostima ona se oslobađaju napetosti i negativnih osećanja.

Diskusija

Iako se broj hospitalizovane dece iz godine u godinu smanjuje ipak znatan broj dece doživi prijem u bolnicu. Hospitalizacije i pored svih negativnih uticaja ne mora uvek predstavljati traumatski doživljaj za dete. S druge strane do tada nepoznati psihološki problem kod deteta u bolničkoj sredini mogu postati očigledni. Sve ovo obavezuje zdravstvene radnike da preduzmu sve aktivnosti kako bi se negativan efekat hospitalizacije sveo na najmanju meru. Jedna organizaciona mera koja bitno doprinosi humanizaciji hospitalizacije dece je mogućnost boravka deteta u bolnici sa svojom majkom najbolje u istoj sobi ("rooming in" sistem). Ovakav sistem čini dobro bolesnom detetu i uplašenim roditeljima a koristan je i za zdravstveno osoblje kako za bolje kontakte sa detetom tako i za njegovu negu. Bojazan da će prisustvo majki imati negativan epidemi-

ološki efekat zbog mogućih hospitalnih infekcija je suvišan jer je poznato da su u tom pogledu zdravstveni radnici veći izvor infekcija nego posetioci i porodica. Naše iskustvo pokazuje upravo navedena mišljenja. Prisustvo majke prevenira sve posledice odvajanja a osim toga omogućava da deca lakše podnose i dijagnostičke i terapijske procedure. Prisustvo majke, osim toga, smanjuje kod nje osećaj krivice i straha zbog bolesti svog deteta. Skraćanjem trajanja lečenja još više smo doprineli humanijem odnosu prema bolesnoj deci. Prisustvo vaspitačice kao poznate nemedicinske figure omogućava i kod kratkih hospitalizacija održavanje detetove veze sa stvarnošću. Svim ovim merama mi nastojima da deca sa što manje trauma doživljavaju boravak u bolnici. Zato se u našem bolničkom odeljenju sve manje čuje plač i ono sve češće podseća na dečji vrtić. A dečji smeh u bolnici je najbolja nagrada za naš trud.

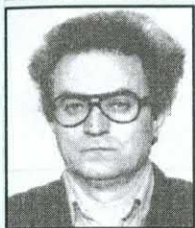
LITERATURA

1. Nikolić S., Psihijatrija dečje i adolescentne dobi; Školska knjiga, Zagreb (1982).
2. Velisavljev M. i sar., Klinička pedijatrija; Medicinska knjiga, Beograd - Zagreb (1987).
3. Kempe H. C., Silver H. K., O'Brien D., Savremena dijagnostika i lečenje u pedijatriji; Savremena administracija, Beograd (1974).

Iz Dispanzera za onkologiju i Službe za patologiju Zdravstvenog centra Piroć

Tabularni karcinom bubrega

- Povodom slućaja kutane metastaze -



Pišu: Boboljub S. dr. Manić,
J. dr. Kartaljević,
D. V. Mijalković,
B. J. Kartaljević

Sažetak

U radu prikazuje slućaj verifikovanog hipernefroma i retke kutane metastaze.

Ista je bila unilokularna, smeštena retroaurikularno desno, u kosmatom delu glave.

Histopatološka verifikacija metastatske lezije nije bila od bitnog uticaja na primenjeni terapijski protokol.

Uvod

U literaturi su opisane razne klinićeke forme metastatske bolesti. Svaki organ, potencijalno, može biti domaćin metastatske lezije. Bogata simptomatologija koja se u toj fazi bolesti razvija predstavlja izuzetan problem za terapeuta, a šanse za preživljavanje domaćina svodi na samo ogranićeni vremenski period. I koža, kao i organ, nije poštećena metastatskih žarišta. Naprotiv, često je i prvi uvodnićar u metastatsku fazu, a ponekad i prvi promoviše maligno oboljenje preko sekundarnih depozita, koji se javljaju u njoj, dok će se za primarnim žarištem još izvesno vreme tragati. Kožne metas-

taze manifestuju se kao bolni ili češće kao bezbolni kožni i podkožni ćvorići. Po broju opisane su kao pojedinaćne lezije, u kosmatom delu glave ili lica, pa preko nekoliko do mnogobrojnih lezija. Histopatolog, najčešće, pod mikroskopom dobiva sliku da je lezija smeštena u dermisu ilis ubkutisu i izjašnjava se da se radi o adenokarcinomu, spinocelularnom ili nediferenciranom karcinomu. Iz hispopatološke slike u dva tipa karcinoma moguće je odrediti primarnu lokalizaciju. To su karcinom gastrointestinalnog trakta i karcinom renalnih ćelija. Upravo ta ćinjenica nas je i motivisala da saopštimo u ovom referatu i naš slućaj iako smo mi imali, neka mi bude dozvoljeno da koristim taj termin, "regularni" tok bolesti.

Naš slućaj

Bolesnik T. V., star 56 godina biva evidentiran u Dispanzer za onkologiju u Piroću krajem juna 1993. godine radi daljeg onkološkog

Tubular renal carcinoma

Summary

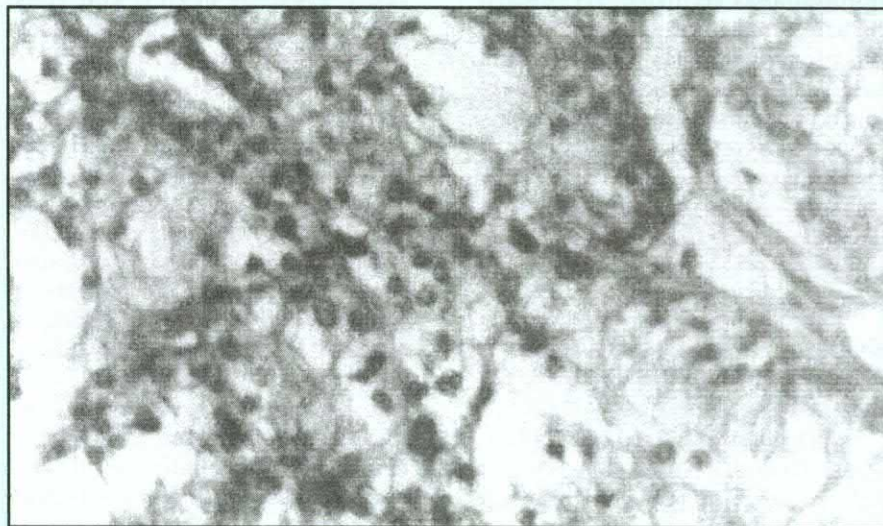
The case of verified hypernephron and rare cutaneous metastasis is shown in this report.

The above mentioned metastasis was unilocular, located retroauricularly right, in the scalp.

The histopathological verification of metastatic lesion was not of the significant influence on the applicable therapy protocol.

tretmana. Sa sobom donosi otpusnu listu Urološke klinike iz Niša u koju je stigao iz urološkog odeljenja u Piroću. Karnofski index tom prilikom - 100%. Iz otpusnice Urološke klinike koja nosi datume, 11. 05. 1993. do 14. 06. 1993. godine evidentira se sledeći status.

Bolesniku je nakon kompletne klinićeke obrade, pošto je pripao hirurškoj grupi za lećenje, ućinjena sledeća hirurška operacija. OPP NEPHRECTOMIA RADICALIS



CUM LYMPHADENECTOMIAM LAT. DEX. Histopatološka verifikacija preparata glasi: DG. CARCINOMA TUBULARE RENIS. PRISUTNA INVAZIJA TUMORSKOG PROCESA SA POTPUNOM OKLUZIJOM VENERENALIS. U LIMFNIM ŽLEZDAMA NIJE NAĐEN TUMORSKI PROCES.

Bolesnika nakon konzilijarne odluke konzilijuma za urologiju, Klinike za onkologiju u Nišu upućujemo na post operativni zračni tretman, koji svršava od 13. 07. 1993. do 17. 08. 1993. godine. U fazi minimuma obrade za kontrolni konzilijam pregled u desetom mesecu 1993. godine na Rø grafiji pluća evidentiramo pleuralni izliv sa leve strane, koji ne ugrožava opšti status bolesnika. Konzilirana odluka sada glasi da se bolesniku sprovede hemohormonalni protokol (Velbe i MPA).

Opšti status bolesnika i dalje nije ugrožen. Karnofski - 100%. Hemohormono terapiju podnosi bez toksičkih efekata.

Zbog prominentne promene u kosmatom delu glave, u levom retroaurikularnom predelu, bolesnika prezentiramo internom konzilijumu za onkologiju pri Dispanzeru za onkologiju u Pirotu (Dr. B. S. Manić, hirurg-onkolog, Prim. dr J. Karaljević, patolog, Dr. R. Petrović, dermatovenerolog, Dr D. Ivanov, radiolog) koji donosi odluku da se promena radikalno ekscidira i histopatološki verifikuje. U dnevnom hirurškom bloku Dispanzera za onkologiju 05. 01. 1994. godine učino sam sledeću hiruršku intervenciju u lidokainskoj anesteziji.

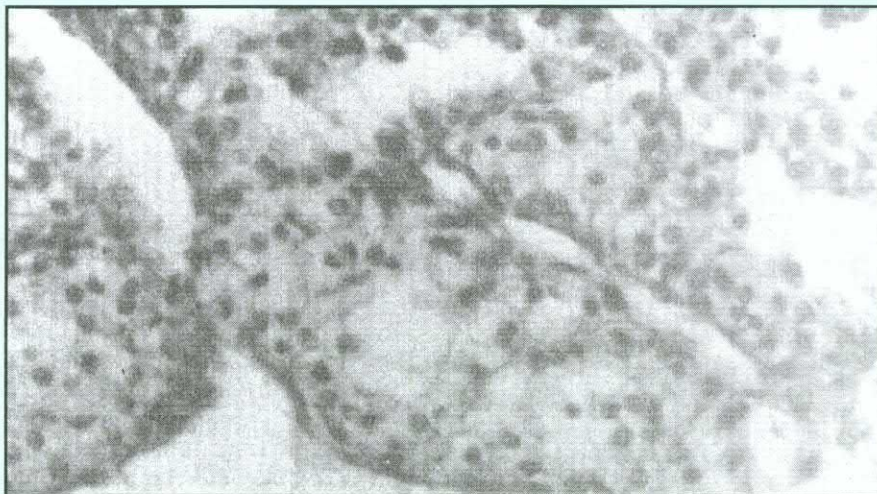
OPP: EXCISIO CUTIS RADICALIS CUM TUMORIS.

PLASTICA DEFECTI CUTIS CUM TRANSPLANTATO LIBERO SEC-WÖLF.

Patohistološki nalaz preparat glasi:

DG. METASTASIS CARCINOMATIS TUBULARIS RENIS IN CUTIS CAPITIS.

Makroskopski nalaz: Tkivni isečak čunastog oblika pomera 4,5 x 1,5 cm po čijoj se jednoj površini



raspoznaje koža i u središnjem delu promena veličine manjeg zelenog oraha prekrivena dlakama. Na preseku trošne građe beličaste boje. Mikroskopski nalaz: Tumor je građen od ćelija sa obilnom bledom citoplazmom i malim pravilnim jedrima. Tumorske ćelije su smeštene u tubuluse koji su okruženi tankim slojem kolagena. (Prim. dr J. Kartaljević).

Bolesnika konzilijum i dalje zadržava na istom terapijskom protokolu koji je u toku (Velbe i MPA).

Diskusija

Adenokarcinom bubrega je najčešći maligni tumor bubrega. Učestalost se po raznim autorima kreće 70-90% u odnosu na preostale tumore bubrega. Dva puta je češći kod muškaraca nego li kod žena. Javlja se najčešće posle četrdesete godine života i predstavlja 2-3% svih viscelarnih karcinoma. U 45% slučajeva hipernefrom se kasno dijagnosticira zbog svoje kliničke nemosti. Nepravilnost njegovog rasta donela mu je i epitet velikog imitatora u medicini. Naime, ekspanzivni rast ponekad počinje polagano, tiho, takođe asimptomatski kroz nekoliko godina ili pak se metastatski stadijum promoviše i posle više godina, čak i posle 10 ili 20 godina. Ako se bolesnik otkrije u stadijumu T-1, N-0, M-0, metoda izbora za lečenje je nefraktomija. U stadijumu diseminacije oko 90% karcinoma je refrakt-

no na citostatsku terapiju, kao i na Rø terapiju, oko 78%.

Neka klinička saznanja su dala otkrića da postoji endokrina zavisnost ovog tumora, te se od 60. tih godina uvodi i terapija medroksiprogesteronom. Iako anti-tumorsko delovanje gestagena još nije razjašnjeno pod MPS terapijom zbog anaboličkih, anksiolitičkih i analgetičkih svojstava moguće je postići znatno poboljšanje kvaliteta života.

Zaključak

Nášim primerom potvrđujemo nepredvidljivost rasta hipernefroma. Slučaj kutane metastaze, u kosmatom delu glave, smatramo izuzetnim raritetom u našoj kliničkoj praksi.

Bolesnik je lečen po protokolu za hipernefrom, po odluci konzilijuma za urologiju. Hemohormono terapija je u toku.

Rad, sa zadovoljstvom, izlažemo kolegijalnom čitateljstvu.

Literatura:

1. S. L. Robbins, m. d. Patologijske osnovne bolesti, drugi svezak, Školska knjiga Zagreb, 1979, str. 1244-1246.
2. M. D. A. Anderson, Patologija, knjiga prva, Naučna knjiga Beograd, 1975, str. 711-714.
3. W. F. Lever, m. d. Histopatologija kože, Svjetlost Sarajevo, 1974, str. 507-508.

Zavod za medicinu rada Zdravstvenog centra Piroć i
Zavoda za zdravstvenu zaštitu radnika "Niš" u Nišu

Zdravstveni rizik radnika profesionalno eksponiranih organskim rastvaračima



Pišu: Vesna dr Janković,
Jovica dr Janković i
Lj. dr Đokić

Uvod

Organski rastvarači su materije koje se primenjuju u raznim industrijskim granama kao: razređivači, rastvarači, odmašćivači, kao gorivo i dr. Koriste se kao mešavine, što otežava procenu njihovog pojedinačnog nepovoljnog dejstva na ljudski organizam. Njihov metabolizam u ljudskom organizmu, promene i oštećenja koja izazivaju, uprkos mnogobrojnim proučavanjima, nisu u potpunosti razjašnjeni. Zamena toksičnih supstanci, manje toksičnim, uslovlila je pojavu nešto izmenjene profesionalne patologije kao ekspozicije organskim rastvaračima ispod i iznad maksimalno dozvoljenih koncentracija (MDK) postala je veoma važna u medicini rada, jer su mnogobrojna ispitivanja stavila pod sumnju pitanje sigurnosti MDK za organske rastvarače.

Cilj rada

Cilj rada polazi od hipoteze: da je zdravstveno stanje radnika profesionalno eksponiranih smeši organskih rastvarača znatno nepovoljnije, od zdravstvenog stanja radnika, približnog uzrasta, pola i dužine

radnog staža, koji pri procesu rada nemaju nikakav dodir sa organskim rastvaračima.

Materijal i metod rada

Istraživanje je izvršeno po metodu dve grupe: eksponirana koja je obuhvatila 66 radnika i neeksponirana od 34 radnika. Kod obe grupe radnika praćeni su identični klinički i laboratorijski pokazatelji, koji su sređeni statističkom metodologijom, a razlika prosečnih vrednosti testirane specifičnim testovima (Studentov t-test i X2-test).

A. Ispitivanja radne sredine

Ovo ispitivanje je obuhvatilo: mikroklimatska merenja i fizičko-hemijska merenja.

Kao izvor podataka korišćen je Stručni nalaz IMP Niš - Merenja mikroklimatskih i fizičkih štetnosti u R. J. "Lopte" - D. D. "Tigar" - Piroć; Stručni nalaz Instituta Fakulteta

zaštite na radu - Merenja koncentracije toksičnih supstanci u R. J. "Lopte" - D. D. "Tigar" Piroć.

B. Ocena zdravstvenog stanja radnika

Ocena zdravstvenog stanja je izvršena na osnovu ciljnih pregleda zbog izrazitih subjektivnih tegoba eksponovanih radnika. Za ispitivanje zdravstvenog stanja korišćen je: Opšti i modifikovani upitnik U-16 za grubi skrining neuro-psihičkih tegoba; Klinički pregled radnika (spec. medicine rada, neuropsihijatar, oftalmolog, otorinolaringolog i drugi po potrebi) - za obe grupe; EKG, spirometriju i audiometriju; Laboratorijske analize (predviđene pravilnikom o izvođenju kontrolno-periodičnih pregleda - 23/29) - takođe za obe grupe; kao i fenol u urinu na početku i kraju radne smene, odnosno radne nedelje, kod radnika eksponovane grupe.

Rezultati ispitivanja

A. Rezultati ispitivanja radne sredine

Merenja su pokazala da je mikroklima na većini radnih mesta u zoni kamfora. Buka u pogonu se kretala od 67-81 dB (dopušten nivo 90

dB). Koncentracija prašine na svim radnim mestima bila je u okviru MDK.

TABELA 1. Prikaz mikroklimatskih parametara i fizičkih štetnosti

Naziv radnog mesta	t (°C)	Brzina struj. vazduha (m/s)	Relat. vlaž. (%)	Buka (dB)	Prašina (č/cm ³)	Osvetljenost (lx)
Oblaganje lopti	22	0.14	61	70	50	120
Dracanje lopti	23	0.13	55	81	300	90
Konf. unutar lopti	23	0.15	55	67	50	175
Vulkan. spolj. lopti	30	0.01	39	78	220	200
Crtanje lopti	24	0.09	56	68	70	105
Mašin. omotavanje	23	0.15	55	72	210	100
Vulkan. unutar lopti	30	0.04	41	77	150	230

TABELA 2. Prikaz hemijskih štetnosti

Merno mesto	Benzin (mg/m ³)		Toluen (mg/m ³)		Aceton (mg/m ³)	
	nađene	dozvolj.	nađene	dozvolj.	nađene	dozvolj.
Konfenk. i obl. lopti	330	330-500	-	-	-	-
Izrada nalepnica	352	300-500	-	-	-	-
Konfenk. kož. lopte	145	300-500	186	200	512	800
Crtanje lopti	210	300-500	124	200	350	800

Koncentracije nađenih hemijskih štetnosti - benzin, toluen, aceton, ter-pentin tetra-etil-olovo, na svim mernim mestima je u okviru MDK.

B. Rezultati ispitivanja radnika

Prikupljeni podaci o subjektivnim tegobama kod eksponirane grupe od 66 radnika i neeksponirane grupe od 34 radnika sličnog uzrasta, pola i radnog staža prikazani su na Tabeli 3. Ispitivano je 12 grupa simptoma i kod svake grupe eksponirani radnici su pokazali veću proporciju zastupljenosti. Međutim, hijerarhijski posmatrano eksponirani radnici u najvećem procentu su izjavili da često osećaju umor. Ovaj simptom je

bio zastupljen kod 40 radnika, odnosno kod 60,6%. Kod kontrolne grupe, umor je bio zastupljen za 29,4% odnosno samo 10 radnika je izjavilo da ima često ovaj simptom. Statistikom X²-testa, dobijena je statistički značajna razlika kod zastupljenosti umora i to za nivo $p < 0.05$ ($X^2 = 4,294 > X^2 = 3,841$ i $p < 0.05$). Statistički signifikantna razlika u odnosu na kontrolnu grupu dokazana je i kod: odsutnosti misli: $X^2 = 4,139 > X^2 = 3,841$ i $p < 0.05$; trnjenja ruku i nogu: $X^2 = 4,294 > X^2 = 3,841$ i $p < 0.05$; i peckanja u grudima i gušenja: $X^2 = 6,91 > X^2 = 6,635$ i $p < 0.001$.

TABELA 3. Učestalost subjektivnih tegoba radnika eksponirane i radnika kontrolne grupe

Subjektivne tegobe	Eksponirana grupa n=66		Kontrolna grupa n=34		X ² test	Statistič. signifik.
	broj	%	broj	%		
Učestale glavobolje	28	42.42	10	29.41	1.612	p>0.05
Uspavlj. pri gledanju TV	30	45.45	11	32.35	1.592	p>0.05
Umor	27	40.90	11	32.35	1.600	p>0.05
Umor	40	60.60	10	29.41	4.129	p<0.05
Odsutnost misli	27	40.90	7	20.58	4.139	p<0.05
Vrtoglavica	18	27.27	6	17.64	1.139	p>0.05
Trnjenje ruku i nogu	25	37.87	6	17.64	4.294	p<0.05
Slabost u rukama i nogama	31	46.96	10	29.41	2.859	p>0.05
Malaksalost	28	42.42	11	32.35	1.610	p>0.05
Drhtanje ruku	20	30.30	6	17.34	1.868	p>0.05
Svrab po koži	26	39.39	4	11.76	4.157	p<0.05
Peckanje u grudima, gušenje	27	40.90	4	11.76	6.910	p<0.01

U toku ciljnih pregleda kod 64 eksponiranih radnika ukupno je utvrđeno 112 oboljenja, tako da u

proseku po jednom radniku dolazi 1,75 oboljenja, odnosno pojedini radnici pokazuju polimorfizam.

Dominantno, prvo mesto u strukturi oboljevanja, zauzimaju bolesti cirkulatornog sistema. Na ovu grupu oboljenja dolazi preko jedne trećine svih utvrđenih stanja i oboljenja (37 oboljenja tj. 33,04%). Unutar same grupe najveći procenat dolazi na povišen krvni pritisak.

- Dalje u rang u sa gotovo istim procentualnim udelom od 10,71 do 9,82% slede: bolesti respiratornog sistema, bolesti nervnog sistema i čula, bolesti digestivnog sistema i bolesti mišićno-koštanog sistema. Na petom i šestom mestu u rang u nalaze se: bolesti kože i potkožnog tkiva (8,93%) i duševni poremećaji (8,03%). Sa najmanjim procentualnim udelom zastupljene su: bolesti genito-urinarnog trakta (4,76%), endokrine bolesti i bolesti krvi i krvotvornih organa.

Svi posmatrani krvni elementi i kod jedne i kod druge grupe se nalaze u fiziološkim granicama. Međutim, treba uočiti da su prosečne vrednosti kod eksponirane grupe manje kod svih elemenata sem kod Mo i Tr. Razlika kod eritrocita, hemoglobina, leukocita i % segmentiranih je statistički signifikantna, što govori da se ove vrednosti kod eksponirane grupe nalaze na donjoj granici fiziološkog intervala. Broj Le i Tr je normalan kod radnika obe grupe. U leukocitarnoj formuli zapaža se relativna limfocitoza i neutropenija, izraženija kod radnika eksponirane grupe.

Tabela pokazuje srednje vrednosti biohemijskih testova značajnih za procenu funkcije jetre i bubrega i srednje vrednosti nivoa šećera u krvi kod radnika jedne i druge grupe. Srednje vrednosti bilirubina i transaminaza kod radnika obe grupe su u dozvoljenim granicama, ali su kod eksponirane grupe više kod radnika eksponirane grupe. Razlika nije statistički značajna. Srednje vrednos-

RADOVI, SAOPŠTENJA, PRIKAZI, IZVEŠTAJI...

TABELA 4. Struktura morbiditeta radnika eksponirane grupe nakon obavljenih ciljanih pregleda

Grupa oboljenja	Broj oboljenja	Indeks strukt. (is)	Rang
III endokrine bolesti	3	2.68	VIII
IV bolesti krvi i krvotvor. organa	3	2.68	VIII
V duševni poremećaji	9	8.03	VI
VI endokrine bolesti	11	9.84	III
VII endokrine bolesti	37	33.04	I
VIII endokrine bolesti	12	10.71	II
IX endokrine bolesti	11	9.82	IV
X endokrine bolesti	5	4.46	VII
XII endokrine bolesti	10	8.93	V
XIII endokrine bolesti	11	9.82	VI
Ukupno:	112	100,00	

TABELA 5. Hematološki laboratorijski nalazi

Vrsta analize	Eksponirana grupa n=66		Kontrolna grupa n=34		t-test	tp
	X	SD	X	SD		
Eritrociti 10 ⁹ /l	4.10	0.39	4.158	0.55	2.801	<0.050
Hemoglobin g/l	131.25	14.05	142	14.01	3.221	<0.001
Leukociti 10 ⁶ /l	6.96	1.17	7.15	1.98	2.390	<0.05
Segmentirani %	0.54	0.19	0.62	0.14	2.230	<0.05
Eo %	0.3	0.017	0.03	0.01	-	-
Ly %	0.412	0.2	0.33	0.11	2.460	<0.05
Mo %	0.04	0.54	0.04	0.012	-	-
Tr 10 ⁶ /l	258	20.3	256	9.770	-	-

TABELA 6. Biohemijsko toksikološki nalazi

Vrsta testa	Eksponirana grupa n=66		Kontrolna grupa n=34		t-test	tp
	X	SD	X	SD		
Ukupni bilirubin μmol/l	14.72	6.57	11.81	3.91	3.43	<0.01
S GOT u/l	13.81	4.12	11.72	4.27	2.21	<0.05
S GPT u/l	13.28	3.23	11.61	3.44	2.21	<0.05
Ureja mmol/l	4.56	2.11	4.80	2.08	-	n. s.
Glikemija mmol/l	4.32	1.21	4.80	2.08	-	n. s.
Fenol mmol/l	0.701	0.511	0.481	0.719	1.44	n. s.
Met-Hb (%)	5.901	3.65	2.72	1.23	4.93	<0.001
Rtc (%)	0.93	0.45	0.58	0.32	5.085	<0.001
BPE	manje od 100	-	manje od 100		-	-

TABELA 7. Fenol u urinu na početku i kraju radne smene (ponedeljak - petak)

Naziv analize	Početak radne smene		Kraj radne smene		t-test	tp
	X	SD	X	SD		
Fenol u urinu (ponedeljak)	0.63	0.62	0.84	0.78	1.58	n. s.
Fenol u urinu (petak)	0.59	0.30	0.73	0.25	2.196	<0.05

ti fenola u urinu su kod obe grupe u dozvoljenim granicama, ali su nešto više kod radnika eksponirane grupe. Razlika između proseka nije statistički značajna. Srednje vrednosti Met-Hb su van dozvoljenih granica kod radnika obe grupe, ali su znatno više kod eksponiranih radnika. Razlika je statistički značajna za nivo $p < 0.001$. Statistički je značajna i razlika srednjih vrednosti Rtc. Broj BPE kod radnika obe grupe je ispod 100, razlika između proseka nije statistički signifikantna.

Analiza ove tabele pokazuje da su koncentracije fenola u krvi na kraju radne smene veće nego na početku i u ponedeljak i u petak. Statistički značajna razlika ne postoji za ponedeljak, dok je krajem nedelje razlika statistički signifikantna. Na početku i na kraju radne nedelje vrednosti fenola u krvi su praktično iste.

Diskusija

Analiza uslova radne sredine u R. J. "Lopte" D.D "Tigar" - Pirot pokazala je da su mikroklimatski faktori u zoni komfora, kao i fizičke i hemijske štetnosti u okviru MDK. Od hemijskih štetnosti verifikovani su: benzin, toulén, aceton, terpentín, tetra-etil-olovo.

Analiza subjektivnih tegoba pokazala je da se kod radnika eksponirane grupe češće javljaju simptomi tipa - svrab po koži, pečenje u grlu, gušenje, trnjenje ruku i nogu, umor i dr. Kako su razlike statistički signifikantne, to govori da verovatno postoje međuzavisnost između ekspozicije i ovih simptoma. Tvrdnju da kompleks ovih simptoma nastaje kao rezultat delovanja organskih rastvarača na CNS radnika izneli su mnogi autori u svojim radovima: Seppalainen AM i sar. i Orbaek i sar.

Prosečne srednje vrednosti Hb i Er su bile u normalnim granicama za

radnike obe grupe. Leukociti, leukocitarna formula kao i broj trombocita nisu pokazali patološke vrednosti, osim relativne limfocitoze i neutropenije. Normalne hematološke rezultate objašnjavamo zamenom benzena manje toksičnim supstancama, kao i postignutim zadovoljavajućim uslovima na radnom mestu.

Prosečna vrednost fenola u urinu je bila u dozvoljenim granicama kod radnika obe grupe. Vrednosti su više kod radnika eksponirane grupe, ali razlika nije statistički značajna. Srednja vrednost Met-Hb kod radnika eksponirane grupe je dosta visoka (5.901). To objašnjava činjenicom da su ispitivanja obavljena u letnjim mesecima. Visoka temperatura dovodi do povećane isparljivosti organskih rastvarača, koji u uslovima loše

ventilacije ispoljavaju pojačano oksidativno dejstvo i time povećavaju koncentraciju Met-Hb. Prosečna srednja vrednost Met-Hb je povišena i kod radnika kontrolne grupe (2.72). Ovo objašnjavamo neadekvatnom ishranom (hrana bogata niritima); lošim navikama (pušenje); aerorozagađenost životne sredine. Razlika srednjih vrednosti Met-Hb obe grupe u dozvoljenim granicama. Vrednosti su više kod radnika eksponirane grupe i razlika je statistički značajna. Broj BPE kod radnika obe grupe je ispod 100.

Treba reći da je kod ispitivanih radnika bilo potrebno uraditi i koncentraciju hipurne kiseline u mokraći radi validnijeg sagledavanja (nije urađeno iz tehničkih razloga). Ispitivanje koncentracije fenola u

mokraći na početku i kraju radne smene pokazalo je da koncentracije rastu u toku osmosatne ekspozicije. Razlike u nivou fenola na početku i kraju radne nedelje praktično ne postoje. Ovo objašnjavamo činjenicom da se fenol u toku pauze između dva radna dana praktično izluči iz organizma. Neki autori navode podatak da se fenol izlučuje brzinom od 4.2 mg/h (Biemek G. i sar., 1994.). Treba reći da fenol nije specifičan biomarker za benzen ukoliko su koncentracije u vazduhu manje od 5 ppm. Mnogo osetljiviji biomarkeri su transmuklonska kiselina i hidrohinon. Oni se pojavljuju kada su koncentracije benzene u vazduhu manje od 1 ppm (Ong Cu i sar., 1995.).

Tubular renal carcinoma

Zaključak

Nakon analize podataka dobijenih ciljanim pregledima organizovanih zbog izrazitih subjektivnih tegoba radnika, utvrđeno je sledeće:

Radnici zapošljeni u R. J. "Lopte" - D. D. "Tigar" - Pirot izloženi su smeši organskih rastvarača (benzin, toluen, aceton, terpentini) čije su vrednosti u okviru MDK;

Kod radnika eksponirane grupe češće se javlja kompleks subjektivnih tegoba koje ukazuju na blagi oblik centralnog neurotoksičnog efekta prisutnih organskih rastvarača. Ovi radnici imaju češće i simptome koji ukazuju na nadražajno dejstvo smeše organskih rastvarača;

U eksponiranoj grupi nađene su statistički značajno niže vrednosti broja Er i Hb u odnosu na kontrolnu grupu;

Kod izloženih radnika prisutne su i više vrednosti bilirubina i transaminaze, nego kod neeksponiranih;

Od ekspozicionih testova notirali smo visoke vrednosti Met-Hb i statistički značajnu razliku u vrednostima Met-Hb i Rtc.

Health risk of workers professionally exposed to organic solvents

Conclusion:

After the analysis of data resulted from aimed check-ups organized on account of expressive subjective discomfort of workers, the following is established:

Workers employed at R. J. "Lopta" DD "Tigar" Pirot, are exposed to the blend of organic solvents (petrol, toluene, acetone, turpentine) which values are in within MDK.

Complex of subjective discomforts appears more often at exposed group of workers and these discomforts point to the mild form of the central neurotoxic effect present organic solvents. These workers often have symptoms that point to the irritation effect of the blend organic solvents.

At the exposed group there were found significantly lower values of numbers Er and Hb in relation to the control group.

Values of bilirubin and transaminase are higher at exposed workers than it is a case at unexposed ones. Out of exhibited tests high values of Met-Hb and statistically significant difference at values of Met-Hb and Rtc are noted.

Literatura:

1. Aksoy M. et al.: Haematological effects of chronic benzene poisoning in 217 Workers. Brit. Jour. ind. med. 1971; 28: 296-305.
2. Biemek G. et al.: Concentration of fenol, o-krezol and 2.5 xylenol int. the urine of workers employed in the destilation of the phenolic fraction of tar; Occup. Environ. - Med. 1994; 51: 5.
3. Ong - Cu, Kov - PW: Evoluation of biomarkers for occupational exposure to benzen; Occup. - Environ - Med. 1995; 52: 8.
4. Orbaek P. et al.: Effects or longterm exposure to solvents in the paint industry; Scand J. Work. Environ Health. 1985; 11, Suppl. 2: 1-28.
5. Seppalainen A. M.: Neurophysiological finding among workers exposed to organic solvents; Scand. J. Work. Environ, Health, 1981; 7, Suppl. 4: 29-33.

Iz operacionog bloka i hirurškog odeljenja bolnice Zdravstvenog centra u Pirotu

Postoperativne fistule - retrospektivna analiza

Rad je priložen na XIX kongresu hirurga Jugoslavije u Baru od 9. do 13. juna 1996. god.



Pišu: *Miomir J. dr Marković,*
S. dr Gligorijević

Rezime:

Cilj rada: Prikazivanje postoperativnih fistula na našem operativnom materijalu.

Metoda: Retrospektivnom analizom 7408 operisanih bolesnika na našem odeljenju (1986-1995. godine) kod 29 (0,39%) bolesnika u postoperativnom periodu pojavila se fistula i to: 1 posle herniktomije, 3 posle opendektomije, 6 posle resekcije želuca, 7 posle operacija na debelom crevu, 5 posle operacija na tankom crevcu i 7 biliopankreatičnih fistula.

Rezultat: 8 (27,59%) fistula zbrinuto konzervativno-medikamentoznim tretmanom, 14 (48,28%) hirurški zbrinuto, a 1 (3,45%) poslato na zbrinjavanje u drugu ustanovu. Umrlo 6 (20,68%) bolesnika.

Zaključak: I na našem materijalu vidljiv je visoko mortaliteta kod postoperativnih fistula.

Ključna reč: Postoperativne fistule, biliopankreatične i gus-troetrokutne fistule

Do nastanka digestivnih fistula mogu dovesti sve abdominalne hirurške intervencije. Postoperativne digestivne fistule teško narušavaju zdravlje operisanog bolesnika. Još uvek imaju visoki mortalitet. Za hirurga su neugodne.

Uzorci postoperativnih fistula se mogu podeliti u tri grupe faktora: opšti (starost, anemija, propratna prateća patološka stanja, urgentan i nepripremljen zahvat, sekundarne infekcije), lokalni (neadekvatan izbor operativnog tretmana, dehiscencija anastomoze, stenoza ili prepreka aboralno od aneastomoze, loša drenaža) i tehnički (gruba operativna tehnika, greška u operativnom materijalu).

Sekrecija postoperativnih fistula može da bude obilna - preko 200 ml dnevno, kao kod fistula gornjeg gastrointestinalnog trakta preko 1500 ml dnevno i relativno mala ispod 200 ml dnevno kod fistule donjeg gastrointestinalnog trakta, odnosno ileuma i kolona (1,2).

Simptomatologija je donekle izmenjena, jer se najčešće radi o ranom postoperativnom periodu. Ipak je karakterističan nagli bol s većom ili manjom reakcijom trbušnog zida na palpaciju.

Dijagnoza se postavlja jednostavno fistulografijom ili pasažom creva. Kada se dijagnostikuje fistula osnovno je da se ustanovi njen nivo i odrede promene koje su je uslovile.

Terapija je konzervativno-medikamentozna i hirurška. Cilj konzervativno-medikamentozne terapije je sprečiti korozivnu aktivnost fistuloznog sekreta, smanjiti količinu gubitka na fistuloznom otvoru, nadoknaditi izgublenu tečnost, elektrolite, belančevine, vitamine, nadoknaditi potrebne kalorije i suzbijati infekciju (6). Hirurško rešavanje fistule podrazumeva intraoperativnu identifikaciju i verifikaciju cele regije.

Analiza naših bolesnika

U razdoblju od 1986-1995. godine na hirurškom odeljenju bolnice u Pirotu izvršeno je 7408 operativnih zahvata. Kod 9 (0,39%) bolesnika u postoperativnom periodu pojavile su se fistule.

Fistule posle apendektomije su bile 3. Samo se jedna fistula spontano zatvorila, a kod dve se je prišlo hirurškom zatvaranju nakon prethodno urađene fistulografije.

Jedna fistula posle herniektomije takođe je hirurški zbrinuta ekscizijom fistule.

Fistula posle reakcije želuca su bile 6. Jedna fistula se spontano zatvorila. Nastala je osmog postoperativnog dana, nakon resekcije želuca po metodi Billroth II, zbog dehiscencije suture duodenuma. Na otvor fistuloznog kanala zalepljena je kesasa adhezivnim

prstenom. Nakon 14 dana sekrecija je potpuno prestala.

Ostale fistule su rešavane operativno i to: kod slučaja gde se javila fistula 16-og postoperativnog dana, nakon suture ulkusa na želucu, nakon intenzivne konzervativne terapije od 7 dana pristupilo se resekciji želuca po metodi Billroth II. Postoperativni tok je protekao uredno. Treća fistula se javila 9-og dana nakon resekcije želuca po metodi Billroth I, na gastroduodenalnoj anastomozi. Urađena je relaparotomija i sutura. Postoperativni tok se takođe dobro završio. Četvrta fistula takođe se javila na gastroduodenalnoj anastomozi nakon Billroth I reakcije i to 22-og dana. Urađena je konverzivna operacija u Billroth II. Postoperativni tok protekao je bez komplikacija.

Dva bolesnika su umrla. Kod jednog se pojavila fistula na potiljku duodenuma 10-og postoperativnog dana posle reakcije po metodi Billroth II, a kod drugog 16-og dana takođe nakon reakcije po metodi Billroth II. Zbog obilne sekrecije (preko 200 ml/24h) urađene su relaparotomije. Kod jednog je urađena resutura duodenalnog patrljka, a kod drugog reresekcija. Obe relaparotomije nisu rešile fistulu, bolesnici zapadaju u septični šok i umiru.

Fistule posle operacija na debelom crevu bile su 7 (25,92%). Kod jedne fistule, nastale nakon amputacije rektuma, na perineumu urađena je ekscizija fistule. Kod druge bolesnice se je javila rektovaginalna fistula posle resekcije rektuma po Dixonu. Bolesnica otišla u drugu ustanovu na definitivno zbrinjavanje. Treća fistula je nastala nakon desne hemikolektomije na ileotransverzo-anastomozi, četvrta posle uspostavljanja kontinuite-

ta u drugom aktu nakon leve hemikolektomije i peta nakon totalne kolektomije na ileorektoanastomozi. Sve tri fistule su rešene konzervativno-medikamentoznim tretmanom i zaštitom otvora fistule kesama sa adhezivnim prstenom.

Dva pacijenta su umrla. Kod bolesnika starog 43 godina zbog inoperabilnog karcinoma kolona sa metastazama u želucu urađene su dve palijativne operacije (ileo-transverzoanastomoza i gastroenteroanastomoza). Četvrtog postoperativnog dana javlja se obilna sekrecija (preko 200 ml/24h) prvo na gastroenteroanastomozi, a sutradan i na ileotransverzoanastomozi. Umire u septičnom šoku. Druga bolesnica umire nakon fistuliziranja TL sigmoidoanastomoza. Zbrinuta po Hartmanu. Umire trećeg postoperativnog dana.

Fistule posle operacija na tankom crevu su bile 5 (18,51%). Jedna nastala u neposrednom postoperativnom periodu nakon operacije ventralne kile i dve fistule nakon suture tankog creva. U sva tri slučaja nakon relaparotomije je urađena resekcija tankog creva i TT anastomoza. Postoperativni tok protekao uredno u sva tri slučaja. Četvrti slučaj je jako interesantan. zbog ileusa koji je nastao zbog nesažvakanih krompira zbog nedostatka zubala,

urađena je enterotomija, ekstrakcija stranog tela i resekcija tankog creva. Trećeg dana dolazi do fistulizacije. Odmah je urađena reintervencija i u aboralnom delu tankog creva nađen je još jedan krompir, koji je ekstipiran i urađena je dodatna resekcija i TT anastomoza. Postoperativni tok protiče dobro. Peti slučaj fistuliziranja završio se je smrtno. Zbog operacije tumora na duodenumu (D3) razvija se obilna fistula. I pored reintervencije i intenzivne renimacije bolesnica umire.

Biliopankreatične fistule su bile 7 (25,92%). Prva fistula je nastala 9-og dana nakon dehiscencije holecistojejunalne anastomoze. Druga fistula je nastala posle holecistektomije zbog spada ligature sa duktus cistikusa. Treća posle jatrogene lezije desnog hepatikusa. Sve tri fistule rešene reintervencijom i dobro se završile. Tri fistule sa relativno malom sekrecijom (do 200 ml/24h) rešene su konzervativno-medikamentoznim tretmanom i nošenjem kese sa adhezivnim prestenom. Sedma fistula je nastala u toku lečenja akutnog hemoragičnog pankreatitisa. Nakon pankreatične fistule, nastaje želudačna i sterkoralna fistula. U tri navrata sereinterveniralo. Dvadeset devetog dana umire u septičnom šoku.

Fistule na našem operativnom materijalu

Vrsta fistule	konz. th.	hir. th.	poslat u drugu	umrli	Ukupno
Fistule nakon apendektomije	1	2			3
Fistule nakon herniektomije		1			1
Fistule nakon resekcije želuca	1	3		2	6
Fistule nakon op. na debelom crevu	3	1	1	2	7
Fistule nakon op. na tankom crevu		4		1	5
Fistule nakon op. u biliopan. regiji	3	3		1	7
UKUPNO:	8 27.5%	14 48.2%	1 3.4%	6 20.7%	29 100%

Rezultat

Biliopankreatične I gastroenterokutane fistule predstavljaju jednu od najozbiljnijih komplikacija digestivne hirurgije. Od 29 fistula na našem operativnom materijalu 8 (27,59%) je zbrinuto konzervativno-medikamentoznim tretmanom, 14 (48,28%) je hirurški zbrinuto. Jedan bolesnik je poslat na zbrinjavanje u drugu ustanovu. Umrlo je 6 (20,68%) bolesnika.

Kod fistula koje su se javile u ranom postoperativnom periodu kroz nedreniranu laparotomijsku ranu odstranjivali smo nekoliko kožnih šavova i uvodili dren. Odmah smo ordinirali odgovarajuću konzervativno-medikamentoznu terapiju, koja prema našem iskustvu u pojedinim slučajevima i sama dovodi do izlječenja fistula. Lokalne postupke oko fistuloznog otvora na koži u smislu zaštite kože, sveli smo na lepljenje kesa sa adhezivnim prstenom. Vršili smo permanentnu korekciju tečnosti, elektrolita, belančevina (preparate krvi, odnosno plazme), kalorija. Infekciju smo suzbijali antibioticima.

U hirurškom lečenju smo koristili eksciziju fistule i ekspiraciju određenog segmenta digestivnog trakta sa dodatnim hirurškim manipulacijama (resekcija, sutura, ligatura).

Diskusija

Od 70-tih godina, se razvija totalna parenteralna ishrana, što podrazumeva intravensko davanje svih hranljivih materija u obliku jedinstvene mešavine. Indikacije za primenu totalne parenteralne ishrane pored fistula su široke, veliki broj teških oboljenja različite etiologije, koje mogu ili su već izazvale malnutriciju, a ishrana per os je onemogućena.

Totalna parenteralna ishrana se primenjuje centralnim venskim putem, mada se poslednjih dve-tri godine insistira na perifernoj venskoj primeni uvek kada je to moguće (5).

Totalna parenteralna hiperalimentacija omogućava zatvaranje enteralnih fistula u proseku za 40 dana. 100% duodenalnih fistula zatvaraju se prosečno za 20 dana, dok samo 40% ilealnih u roku od 30 dana (3).

Spontano zatvaranje fistula ne može se očekivati u slučaju fistula nastalih usled tumora, Krohnove bolesti, divertikulitisa ili stvarnog tela, kod perzistentne aboralne opstrukcije, kod fistula kratkog toka (do 2 cm) ili kod fistula epiteliziranih crevnim epitelom (4).

O primeni totalne parenteralne ishrane nemamo nikakvog iskustva, jer je ovakav rad isključivao timski i ne može se sprovoditi bez obučenog tima (lekar kliničar, farmaceut i obučeni tehničari). Za sada je totalna parenteralna ishrana privilegija velikih medicinskih kuća.

Zaključak

Retrospektivnom analizom digestivnih fistula koje su se postoperativno javile na našem operativnom materijalu, možemo zaključiti da postoji visoki mortalitet od 20,60%. Smatramo da je to posledica isuficijentne indikacije za reoperacijom. Kriterijumi za reoperaciju do sada su nam bili propadanje bolesnika i održavanje obilne sekrecije. U konzervativnom lečenju nismo koristili totalnu parenteralnu ishranu, jer za to nismo opremljeni. Tačan uvid u nutritivni status pacijenata nismo imali.

Postoperative fistulas - retrospective analysis

Conclusion

By the retrospective analysis of digestive fistulas which appeared postoperatively at the our operational material, we can conclude that there is a high mortality of 20,60%. We consider that it is the result of insufficient indication for the reoperation. Up to now, criterions for the reoperation have been the maintenance of abundant secretion. During the conservative treatment we did not use the total parenteral nourishment because we were not equipped for it. We did not have the precise insight into the nourishing status of patients.

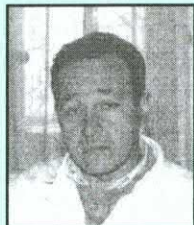
Literatura:

1. Roback S. A., Nicoloff D. M.: High output enterocutaneous fistulas of the small bowel. Am. J. Surg. 123: 317, 1973.
2. Eutuis E. F., Sharma M. M.: Management of gastrointesinal cutaneous fistula, Acta Chir. Jug. vol. 35/1988-101-111.
3. Aquire A., et all.: The role of surgery and hiperalimentation in therapy of gastrointestinal-cutaneous fistulae. An., n. Surg. 1984; 180:939.
4. Kraljević D., Tomić I.: Prilog operativnom lečenju spoljnih ilealnih fistula. Medicinski vesnik br. 18/1986 str. 223-4.
5. Lj. Rabrenović, M. Antunović, D. Tarabar: Nutritivna terapija inflamatorne bolesti creva. Zbornik plenarnih predavanja simpozijuma Ideopatske inflamatorne bolesti creva - 1995; str. 7-1-7-3.
6. Mlinarić I., Štritof K., Hamel D: Irigaciono aspiraciona drenaža, urgentni postupak kod bilio-pankreatično-enteralnih fistula. Acta Chir. Jug. vol. XXV supp. 2 1978, str. 739-41.

Iz Službe Opšte medicine i dečijeg odeljenja Zdravstvenog centra Pirot

Lajmska bolest na pirotskom području

- Prva iskustva -



Pišu: Slobodan dr Mitić i
Aca dr Vacić

Uvod

Lajmska bolest - Lyme borreliosis (LB) je sistemsko infektivno oboljenje iz grupe prirodnožarišnih zoonoza. Uzročnik bolesti je spiroheta *Borrelia burgdorferi* a prenosi se ubodom zaraženog krpelja. Krpelj iz roda *Ixodes* je istovremeno izvor, rezervoar i transmieter bolesti (1). Bolest se u prirodi održava među divljim životinjama (glodari i dr.) a čovek se slučajno nađe u lancu infekcije.

Oboljenje je odskora poznato u modernoj medicinskoj praksi, pa i u našoj sredini, iako se neki elementi kliničke slike već decenijama opisuju u medicinskoj literaturi (2, 3, 5).

Kao klinički entitet LB se prvi put pominje 1977. godine posle epidemijske pojave "juvenilnog artritisa" u gradu Lajmu u SAD. Kasnijim epidemiološkim, kliničkim, serološkim i akarološkim ispitivanjima potvrđena je uloga krpelja kao vektora i *Borrelia* kao uzročnika bolesti (3,5). Tako je otkvireno novo, multisistemsko oboljenje, koje počinje kao Erythema migrans, koji je i osnovni klinički marker ranog stadijuma bolesti, a u kasnijem toku može se komplikovati promenama u srcu, koštano-zglobnom, perifernom i centralnom nervnom sistemu i dr. (3, 5, 7).

Prvi slučaj LB kod nas je otkriven u Beogradu 1987. godine. Do kraja 1995. godine na teritoriji Srbije je

Sažetak

Lajmska bolest (LB) je multisistemsko infektivno oboljenje koje je kao klinički entitet poznato u medicinskoj praksi od pre dvadesetak godina. Nedijagnostikovana ili neadekvatno lečena LB može uzrokovati razvoj veoma teških komplikacija sa invaliditetom i smrtnim ishodom.

U radu su prikazane osnovne epidemiološke, kliničke i druge karakteristike LB. Takođe su prikazani rezultati epidemiološkog istraživanja koje je potvrdilo prisustvo LB i na području Pirota. Iznosimo i prva iskustva kod pacijenata sa serološki potvrđenom dijagnozom LB.

U radu se nudi model pristupa LB koji primenjuje stručni kolegijum opšte medicine Doma zdravlja u Pirotu. Takvim pristupom postiže se maksimum u prevenciji bolesti i sprečavanju zaražavanja, racionalnost u terapiji, sprečava razvoj izuzetno teških komplikacija (ili se iste lakše prepoznaju) i omogućava aktivno praćenje osoba sa ubodom krpelja.

Ključne reči: Lajmska bolest, *Borrelia burgdorferi*, Erythema migrans, Elisa test, Epidemiološka anketa

registrovano preko 2000 obolelih, sa različitim učestalošću po regionima. Najviše obolelih (preko 70%) je sa područja Beograda, na Kosovu i u Niškom regionu 0,7% (3). Iako je zaraženost krpelja različita (od 60% u endemskim žarištima do 10% na područjima sa sporadičnom pojavom bolesti), razlika u broju registrovanih osoba obolelih od LB kod nas je najvećim delom posledica načina praćenja i registrovanja bolesti (2, 3). (U Beogradu u okviru Gradskog zavoda za zaštitu zdravlja postoji multidisciplinarni tim za LB koji već dese-

Abstract

Lyme disease multisystemic infection disease which is known as clinical entity in medical practice some twenty years ago. Undiagnosed or Lyme disease without medical treatment can be reason of very hard complications with invalidity and with lethal ending.

In working we can show basic epidemiological, clinical and other characteristics of Lyme disease. Also, we can show results of epidemiological research which is confirmed exist of Lyme disease also in Pirot area. We can show also the first experiences on patients with diagnosis of Lyme disease.

In working we offer you a model of medical treatment for Lyme disease in home of health in Pirot. With that kind of treatment we have maximum in prevention of Lyme disease and stopping of contagion, rationality in therapy, stopping of very hard complications (or we can that complications easier find) and also with that kind of treatment we can see effects of medical treatment on persons with string of contagious tick.

Key words: Lyme disease, *Borrelia burgdorferi*, Erythema migrans, Elisa test, Epidemiological survey.

tak godina aktivno radi na ovoj problematici).

Oboljenje ima sezonski karakter sa najvećom učestalošću od aprila do septembra i pikom u julu (2). Inkubacija iznosi 3-32 dana (u proseku 8 dana), sa mogućim ozbiljnim posledicama, invaliditetom i smrtnim ishodom (5, 6, 7). *Borrelia* ima sposobnost izvanredno brze diseminacije (izolovana je iz likvora i drugih tkiva obolelih već u fazi minimalnog eritema). Sve ovo ističe ozbiljnost

problema i upućuje na potrebu rane dijagnoze i adekvatnog lečenja (1, 5).

Cilj rada

Rad ima za cilj da ispita prisustvo LB na pirotskom području i ponudi smernice za jedinstvenu doktrinu u odnosu na osobe sa ubodom krpelja u skladu sa najnovijim medicinskim saznanjima o LB.

Metod rada

U radu je korišćena epidemiološka anketa među ambulantnim pacijentima u službi opšte medicine Doma zdravlja Pirot. Istraživanjem su obuhvaćene osobe oba pola sa pretežno reumatskom simptomatologijom nejasne ili nepotvrđene etiologije. Osnovno pitanje iz epidemiološke ankete odnosilo se na anamnestički podatak o ubodu krpelja a kod pozitivne anamneze traženi su podaci o daljim kliničkim manifestacijama bolesti i dosadašnjem medicinskom tretmanu. Anketirane su 72 osobe, od čega muškaraca 32 (44,4%) i 40 žena (55,6%) prosečne starosti 64 godina. Istraživanje je sprovedeno od sredine marta do sredine aprila 1996. godine. Ovom istraživanju su pridruženi rezultati sa dečjeg odeljenja pirotke bolnice za decu lečenu u prva tri meseca 1996. godine.

Rezultati i kratak prikaz obolelih

Na tabeli 1. prikazana je distribucija pacijenata po polu, dominantnoj simptomatologiji i podatku o ubodu krpelja.

Pet ispitanika (6,9% anketiranih) imalo je pozitivnu epidemiološku anamnezu o ubodu krpelja (dva muškarca i tri žene). Serumi ovih pacijenata poslani su na ELISA test a serološka potvrda LB je dobijena za troje ispitanika (60% laboratorijski testiranog uzorka). Kod svo troje obolelih krpelj je hirurški odstranjen, sprovedena je antitetanusna zaštita i terapija Penicilinom 1,6 MJ u trajanju od 5-7 dana. Jedna osoba negira postojanje migratornog tretmana eritema dok je kod dvoje obolelih eritem bio prisutan. Vreme proteklo od uboda krpelja do pojave reumatskih tegoba iznosi 6-8 meseci.

Paralelno sa ovim istraživanjem na dečjem odeljenju pirotke bolnice testirana su pet seruma dece sa suspektom simptomatologijom na LB.

Bolest je serološki potvrđena kod troje dece (60% testiranog uzorka). Jedan je slučaj hiorietinitisa, drugi generalizovane limfadenopatije sa hepatosplenomagalijom i sindromom sličnom mononukleoznom i treći slučaj deteta sa hroničnim eritemom na leđima, hepatomegalijom i miokarditisom.

Ovo su prvih šest seroloških dokaznih slučajeva LB na području Pirota i svi oboleli se nalaze u II ili III stadijumu bolesti. Početkom 1997. godine svi oboleli se nalaze u fazi kliničkog izlečenja, pod kontrolom ordinirajućeg lekara i odgovarajućih specijalista.

Zbog svoje instruktivnosti i dosta karakteristične kliničke slike, kratko će biti prikazan jedan slučaj LB.

Domaćica M. V. stara 69 godina, živi na selu. Od maja 1995. godine ima bolove u desnom kolenu praćene umerenim otokom i otežanom pokretljivošću. Vremenom bolovi postaju sve jači i sevajući, kreće se uz pomoć štapa. Konsultovan je ortoped, ordinirana antireumatska terapija koja nije dala nikakvo poboljšanje isto kao i nešto kasnije sprovedena fizikalna terapija. Septembra meseca bolovi postepeno i spontano nastaju. Miran period traje od februara 1996. godine kada se celokupna simptomatologija ponavlja, ovog puta u levom kolenu. Reumatski faktori (osim povišenog CRP), Rō kolena i ostale laboratorijske analize ne pokazuju značajna odstupanja od referentnih vrednosti.

Iz epidemiološke ankete dobija se podatak o ubodu krpelja septembra 1994. godine u predelu potiljka. Ubod je praćen crvenilom i laganim otokom i bolom u potiljačnom predelu te se nakon 24 h javlja hirurgu koji krpelj odstranjuje. Crvenilo se narednih dana širi na celi vratni predeo i oba ramena. Sprovedena je antitetanusna profilaksa i terapija Penicilinom od 1,6 MJ u toku pet dana. Imala je lagane i povremene bolove u zglobovima i mišićima da bi u toku narednih deset dana došlo do iščezavanja crvenila i svih simptoma.

Nakon serološke potvrde bolesti kod iste je ordinirana terapija Doxiciclinom od 100 mg dva puta dnevno uz Nystatin tab. 3 x 1 u toku četiri nedelje. Terapiju je dobro podnela, pri kraju četvrtednevnih bolova u kolenu se postepeno smanjuju, sve se lakše kreće, odbacuje štap, a posle

dva meseca tegobe sasvim iščezavaju. Na poslednjem kontrolnom pregledu početkom februara 1997. godine pacijentkinja i dalje bez tegoba.

Diskusija

Prva iskustva o LB u svetu datiraju od pre dvadesetak godina. Kod nas je prvi slučaj LB zabeležen u Beogradu tek 1987. godine. Mnogi naši lekari u toku svog institucionalnog obrazovanja nisu bili u prilici da se upoznaju sa prirodom bolesti. Medicinski časopisi i druga literatura koji tretiraju ovu problematiku nisu dostupni svim lekarima. Tako se u tretmanu osoba sa ubodom krpelja postupa različito od ustanove do ustanove u zavisnosti od informisanosti i ličnog stava lekara.

Opšte prihvaćen stav u Zdravstvenom centru Pirot bio je da se pre odstranjivanja krpelja mesto pripoja na koži maže benzinom ili petroleom, nakon hirurškog odstranjivanja sprovedena je antitetanusna profilaksa, a eventualna primena antibiotika bila je kratkotrajna i neadekvatna. Migratorni eritem je shvatan kao alergijska manifestacija te je tretiran antihistaminicima i kortikosteroidima. O LB kao multisistemskom oboljenju i njenim komplikacijama veoma malo se znalo.

Početkom marta meseca 1996. godine ekipa Gradskog zavoda za zaštitu zdravlja iz Beograda, na podružnici SLD u Pirotu, održala je briljantno predavanje o svim aspektima LB. Nakon predavanja usledila su ozbiljna razmišljanja i mnoga pitanja:

- Područje Pirota sa mnogo zelenila, kao izrazito poljoprivredni kraj, ima veliko prisustvo krpelja. Zbog čega ovde nema obolelih od LB?

- Zbog čega je više od 70% registrovanih bolesnika sa područja Beograda?

- Da li izvestan broj pacijenata sa reumatskom simptomatologijom koji bezuspešno traže lek za svoju "reumu" možda pripada baš ovoj kategoriji bolesnika sa LB? (Više od 60% obolelih ima koštano-zglobne manifestacije).

Kako je istraživačka znatiželja nastala gotovo mesec dana pre početka sezone uboda krpelja, upravo su pacijenti sa nejasnom reumatskom simptomatologijom bili najpogodniji uzorak za retrogradno epidemiološko istraživanje.

Tako se došlo do prvih registrovanih i serološki potvrđenih slučajeva LB na području Pirota. Iako svega 6,9% "reumatičara" ima pozitivnu epidemiološku anamnezu, visok procenat serološki pozitivnih nalaza (60%) govori u prilog kvalitetno vođene epidemiološke ankete.

Uporedo sa ovim istraživanjem, LB je postala neraskidivi deo medicinskog razmišljanja i rada lekara opšte medicine Doma zdravlja Pirota. Stručni kolegijum opšte medicine (OM), na osnovu najnovijih medicinskih saznanja, detaljno se upoznao sa epidemiološkim i kliničkim karakteristikama LB, dijagnostikom, terapijom i praćenjem iste. Prihvaćena je jedinstvena doktrina u odnosu na LB.

- Osnovni akcenat stavlja se na mere primarne prevencije (pre svega mere lične zaštite, kroz različite oblike zdravstveno vaspitnog rada sa stanovništvom).

- Kod osoba sa ubodom krpelja preduzimaju se mere za sprečavanje zaražavanja (mehaničko odstranjivanje sa kože, popunjavanje se anketni listić, zakazuju se kontrolni pregledi za dve nedelje i mesec dana a pacijenti upoznavaju mogućnom ranom simptomatologijom LB).

- Kod jasnih ili sumnjivih eritema i drugih manifestacija stadijuma bolesti sprovodi se peroralna antibiotska terapija u trajanju od tri nedelje, lekovi izbora su Doxiciclin 100 mg dnevno ili Amoxicilin od 500 mg tri puta dnevno.

- Za antitetanusnu profilaksu ne postoje medicinske indikacije (osim u izuzetnim okolnostima slučaja) te istu više ne primenjujemo.

- U radu koristimo model anketnog upitnika Gradskog zavoda za zaštitu zdravlja iz Beograda. On omogućava aktivno praćenje osoba sa ubodom krpelja, daje obilje epidemioloških podataka, vrstu ordinirane terapije, rezultate laboratorijskih pregleda i niz drugih dragocenih podataka, vrstu ordinirane terapije, rezultate laboratorijskih pregleda i niz drugih dragocenih podataka vezanih za LB.

Pored nedovoljne informisanosti lekara postoji niz drugih problema vezanih za dijagnostiku LB. Osobe sa ubodom krpelja često se ne javljaju lekaru. S druge strane, ukoliko je bolest ispoljena u II ili III stadijumu, kada zahvata zglobove, srce, periferni

i centralni nervni sistem, dijagnozu je teško utvrditi ako u anamnezi nedostaje osnovni klinički marker migratorni eritem i podatak o ubodu krpelja. Serološki testovi se rade u malom broju laboratorije, na rezultate se ponekad dugo čeka i isti još uvek nisu 100% pouzdani (1, 2, 3).

Negativni rezultati naročito postoje u ranoj fazi bolesti zbog sporog imunog odgovora organizma te na ELISA testu ne treba ni insistirati u prvih nekoliko nedelja bolesti (1, 6, 7). Prenaglašena dijagnostika (karakteristična za endemska područja SAD) praćena neracionalnom terapijom kao i nedijagnostikovana LB mogu imati za posledicu veoma ozbiljne komplikacije kod obolelih (5, 6, 7).

Iako je uzročnik LB poznat, kao i njegova osetljivost na antibiotike, u terapiji iste ništa nije definitivno rešeno: ni najpovoljniji izbor leka, ni doza, ni optimalni način primene, niti su dovoljno jasne indikacije za ponovljeno lečenje (1, 6).

su Doxiciclin, Amoxicilin i Eritromicin. Terapija neuroborelioze i drugih komplikacija sprovodi se u odgovarajućim stacionarnim ustanovama. Pri terapiji poštovati princip "Primum non nocere" (5).

- Organizovano praćenje LB od strane referentnih ustanova i njihova obaveza da rade na stalnoj edukaciji lekara i pавovremenoj informisanosti stručne javnosti o najnovijim stavovima u prevenciji, dijagnostici i lečenje, ima važnu ulogu na stalnom podizanju znanja o LB.

- Aktivno praćenje LB na terenu, naročito od lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, može značajno doprineti adekvatnom tretmanu osoba sa ubodom krpelja.

- Kako u dijagnostici i terapiji LB ima još uvek mnogo kontradikcija najveću pažnju treba usmeriti ka merama primarne prevencije kroz različite oblike zdravstveno-vaspitanog rada.

- Lajmska bolest se nalazi na listi zaraznih bolesti koje podležu obaveznom prijavljivanju!

Tabela 1

Pol	Broj ispitanika		Mondarthritis (nondartralgija)		Poliarthritis (poliartralgija)		Ostalo		Pozitivna anamneza o ubodu krpelja	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
M	32	44,4	17	53,1	10	31,2	5	15,6	2	6,3
Ž	40	55,6	22	55,0	16	40,0	2	5,0	3	7,5
U	72	100	39	54,1	26	36,1	7	9,8	5	6,9

Zaključak

- Lajmska bolest postoji na svim prostorima jer je i prisustvo krpelja ubikvaterno. Razlike u broju registrovanih bolesnika kod nas, između drugih uzroka, posledica su neadekvatnog praćenja.

- Lajmska bolest mora postati deo diferencijalno-dijagnostičkog razmišljanja lekara svih profila obzirom na raznovrsnost kliničkih manifestacija II i III stadijuma bolesti.

- Nelečena (ili nepravilno lečena) LB predstavlja veoma ozbiljno oboljenje sa mogućim trajnim sekvellama, pa i smrtnim ishodom.

- Rana diseminacije uzročnika je jedna od osnovnih karakteristika LB a ELISA test u početnom stadijumu nepouzdan, te lečenje treba započeti što pre, ne čekajući na serološku potvrdu bolesti.

- Antibiotici izbora za migratorni eritem

Literatura

1. Ivko Bojić: Lajmska bolest, Problemi upedijatriji '95, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva Beograd, 1996, 269-279.
2. Ilić V. Pavlović M., Bolesti koje prenose insekti, Infektivne bolesti, Edicija u fokusu, Beograd, 1995, 37-40.
3. R. Dmitrović, D. Đorđević, V. Đerković, D. Drndarević, M. Obradović, M. Kovačević, J. Segoviš, R. Čekanac, B. Lako, D. Vučić, Lajmska bolest u Srbiji, Srpski arhiv, Suplement 1, 1992, 141-142.
4. Dušan Drndarević, Mirčeta Obradović, Novica Stajković: Prevencije Lajmske bolesti, Problemi u pedijatriji '95, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva Beograd, 1996, 282-287.
5. Leonard H. Sigal, Lajmska bolest: Primum non nocere; Meiina moderna, Beograd, april-jun 1996. Godište IV br. 2, 77-79.
6. Petricia K. Coyle, Benjamin J. Luft: Zbrinjavanje Lajmske bolesti; Medicina moderna, Beograd, april-jun 1996. Godište IV br. 2, 77-79.
7. Richard A. Doslow: Current perspective on Lyme borreliosis; Jama, 1992, 267/10: 1381-1383.



Piše: **Vanja BULIĆ**
urednik "Duge"

Radeći u novinarstvu - evo već 25 godina, u raznim prilikama sam se susretao sa lekarima, nadržilekarima, vračarama, bajarama, bioenergetičarima, prorocima... Bili su ili moji "pacijenti", jer sam pisao tekstove o njima, ili oni koji su želeli na sve načine da udju u moje tekstove ili moje emisije. Čini mi se da bih mogao da napišem knjigu o stanju duha u jednoj velikoj oblasti koja se zove - zdravlje. Naravno, odmah će se naći oni koji će s pravom postaviti pitanje: Otkud u istoj vreći lekari - dakle ljudi koji su studirali i diplomirali medicinu i oni koji se šlepuju uz tuđu patnju, pa za razliku od lekara - dobro žive od svojih suludih saveta i "lečenja"?

Odgovor je jednostavan: nigde u svetu, kao kod nas, nije dozvoljeno alternativni u medicini da na velika vrata udje u medije! Sve je počelo stidljivo u Televiziji Srbije pre desetak godina kada je u noćnom terminu krenula emisija "U snu san". Urednik Dejan Petrović je smislio emisiju koja bi se na razne načine bavila fenomenom onostranog. Kroz emisi-

IZ PERA POZNATIH

Medijska ekspanzija alternativne medicine

VREME JE ZA POČETAK LEČENJA

- Ko pomera granicu medicinske nauke? - Lekari, nadržilekari i pacijenti gubitnici -

ju su - sa dužnim autorskim otklonom redakcije, prolazili bioenergetičari, radiostezisti, pisci horoskopa, čudaci koji vide ono što drugi ne vide i ostali. Postojala je želja da se na televiziji objasni jedan fenomen, pa je bilo i humorističkih priloga sa istom temom. Za njih sam, među ostalim autorima, bio zadužen i ja.

A šta se dogodilo sa tom emisijom? Redakcija je bila zatrpana pismima nesrećnih ljudi koji su tražili pomoć od bulumente "sveznalica"! Ono što smo želeli da objasnimo i ljudima ukažemo na laž alternative i često samo glad za zaradom, vratilo se kao bumerang. Ljudi su poverovali u sve ono što smo hteli na neki način da žigošemo.

Emisija je ubrzo ukinuta, iako je imala izvanredne kritike. Ali, posle nje je krenuo talas u novinama tekstova o onostranom pa je pokrenuto i nekoliko časopisa - "Treće oko", "Tajne", "Šesto čulo". Treći kanal, dakle odeljak državne televizije, prvi je ustupio prostor ljudima koji se bave nečim što zvanična medicina ne priznaje. Najupečatljiviji je primer Milje Vujanović, koja je u ratno vreme koristeći se poznavanjem hiro-mantije, pokrivala ceo prostor Srbije pričom od koje se lekarima dizala kosa na glavi.

Ali, najdalje je otišla Televizija "Politika", potom Studio B a posle njih i TV Pink. U program su ušli ljudi koji na pravi način zaludjuju ljude. Iskreno rečeno - reč je o zakupljenom prostoru u programu što je zakonom dozvoljeno, jer je reč o komercijalnim televizijama, ali je evidentno da je na taj način krenulo i zaludjivanje naroda. Razne agencije

za paranormalne stvari su počele da cvetaju, a iza svega se krije novac koji se uzima naivnim ljudima koji više nemaju nikakve nade u borbi sa opakim bolestima pred kojima je i medicina nemoćna.

Kroz jedan kratak susret objašnitiću dokle su pomerene granice normalnog rasuđivanja, jer je čovek svakodnevno bombardovan pogrešnim informacijama u zakupljenim emisijama. A zakupljene su zato što oni koji se bave ovakvim poslovima imaju toliko para da mogu čak da osnuju i svoje televizije, ali im tada niko ne bi verovao. Posle jedne zabavne emisije, sačekala me žena koja se predstavila kao inženjer. Rekla je da mi veruje kao novinaru, pa želi da joj preporučim ko je najbolji od silnih spodoba što se pojavljuju na televiziji, jer bi želela da skine čini sa sebe. Navodno, sve joj to čini komšija koji se bavi crnom magijom. Posle kratkog razgovora shvatio sam da je reč o klasičnom siledžiji koji maltretira i drži u strahu svoje komšije. Predložio sam joj da odmah ceo slučaj prijavi policiji, jer je u tom trenutku to jedini pravi alternativni lek.

Očekujem da sada ona mene prijavi policiji, jer sam se tako drznuo protiv svih tekstova i svih emisija koji se rađaju u nizu u ozbiljnim novinarima i u ozbiljnim televizijama.

Da zaključim: mislim da je pravo vreme za početak lečenja od svega što nam se dogodilo tako što će nas lekari koji su skoro ostali bez posla lečiti od uticaja onih koji su im ukrali posao zahvaljujući svom neznanju i prostoti.

Naravno, nije ovo samo priča o medicini i alternativnoj medicini.

Sve se zna, ali...

Novinski članak iz "Slobode" od 1. februara 1997. godine, objavljujemo i u "Medicusu", jer smatramo da upravo ovakvi i slični događaji i povodi se moraju naći i u našoj rubrici "CRNO-BELO".

Kako o svakom događaju postoji i druga strana koju treba čuti, zabeležili smo reagovanja kompetentnih ljudi iz Zdravstvenog centra, povodom slučaja Aleksandra Ilića. Pišite nam ako ima još takvih primera.

Svako ima pravo

- Gruba podela pacijenata ko će kojem punktu da pripadne, obavljena je zbog preciznijeg vođenja evidencije, čuvanja kartona, praćenja potrošnje lekova, korišćenja bolovanja i sl., kaže dr Vesna Janković, direktor Medicine rada. Međutim, smatram da ako neko od pacijenata i "povredi" ovu našu šemu i dođe u ambulantu kojoj navodno ne pripada, niko nema prava da ga vrati, da mu ne pomogne. Treba svako da bude primljen i da mu se ukaže pomoć, ali i objasni da sledeći put potraži uslugu u ambulantu kojoj pripada.



Svako ima pravo na izbor: VESNA Janković

Naravno, ovakve naše interne podele Zakon o zdravstvenoj zaštiti ne priznaje i svaki osiguranik ima pravo na izbor lekara i ambulantu gde će da se leči. Primera radi, mi smo imali pacijente "Tigrove" radnike, koji su po odlasku u penziju, prema teritorijalnom principu mogli da pređu da svoje lečenje ostvaruju u gradskoj ambulanti. Međutim, oni su svi izrazili želju da i dalje dolaze u fabričku ambulantu, jer, kažu, tu im je dokumentacija, navikli su na lekare, uslugu,...

Ili, drugi slučaj: u laboratoriji Specijalističke službe Medicine rada svakog dana prima se na pregled materijal trudnica, koje se javljaju na pregled ginekološkoj ambulanti. Po nekoj šemi, one bi trebalo da za laboratorijske usluge idu u Dom zdravlja. Međutim, smatrali smo da, kada su pacijentkinje već došle u Bolnicu na pregled, ne treba da ih ponovo vraćamo u grad. A, razlog što su lekari opšte prakse Medicine rada odustali od organizovanja zajedničkih dežurstava u ambulanti u Pazaru, je čisto tehničke prirode. Tamo su se u vreme epidemije stvarale velike gužve.

Bez obzira na sve "podele" i šeme unutar zdravstvenih službi Centra, pacijenti ne bi trebalo da budu nezbrinuti kada je u pitanju pružanje zdravstvenih usluga, - zaključila je dr Vesna Janković direktor Medicine rada.

Bojkotovani dogovor

Naš dogovor je da svaka služba u okviru Zdravstvenog centra zbrinjava svoje pacijente, kaže specijalista opšte medicine dr Radovan Jordanović načelnik Službe medicine Doma zdravlja. U ordinacijama Službe opšte medicine brinemo o zbrinjavanju pacijenata, osiguranika iz grada i sela, kao i onih koji su u tranzitu. Medicina rada, odnosno njena opšta praksa treba, prema dogovoru koji smo postigli na nivou Centra, da leči pacijente zapošljene u industriji Pirota, ali oni ne rade uvek tako.

Bilo je dogovora, napominje dr Jordanović, da subotom i nedeljom ovde u našoj ambulanti u Pazaru dežuraju i naši i njihovi lekari i da primaju pomoć. Međutim, takav način zajedničkog rada trajao je jedan mesec, a onda su kolege iz Medicine rada počeli da bojkotuju dogovor. Imaju

"Slučaj" zlatnog davaoca krvi

Vi ovde ne pripadate

Ime Aleksandra Ilića, glavnog mehaničara odeljenja Dorade "prvomajske" Trikotaže, odavno je upisano krupnim slovima među "zlatnim" davaocima krvi u našoj opštini, pa i Republici Srbiji.

U našoj novinarskoj beležnici zapisali smo da je mehaničar Ilić, koji već trideset i tri godine radi u "Prvom maju" povređenima i bole-snima širom naše zemlje pomagao do sada 74 puta darujući im svoju krv. Kao višestruki davalac krvi okitio se svim odličjima koje najhumanijima dodeljuje Republički odbor Crvenog krsta Srbije i Crvene krst Jugoslavije. Međutim, kada je nedavno Iliću pozlilo i kada je zatražio lekarsku pomoć, ova je izostala.

- Osećao sam jaku glavobolju, priča Ilić, i 19. januara ove godine pre podne (bila je nedelja), otišao sam u ambulantu Doma zdravlja u Pazaru. Nije mi bila potrebna pošteta, jer i sada idem na posao iako sam pod injekcijama, ali sam hteo da me lekar pregleda i da mi da lek... Međutim, kada je doktorka Snežana Kostić otvorila i pogledala moju zdravstvenu knjižicu, rekla mi je: "Idite u "Prvi maj", vi ovde ne pripadate..."

Pokušao sam da objasnim da ambulanta u našoj fabrici subotom i nedeljom ne radi, da sam višestruki davalac krvi, da ja nisam na takav način birao ljude kada je trebalo da im pomognem, da im darujem svoju krv. Sve je bilo uzalud. Nisam imao kud, otišao sam u Hitnu pomoć. Na svu sreću, tamo su me lepo primili, pregledali i prepisali lekove. Ovoj priči Aleksandra Ilića ne želimo ništa da dodamo ni da oduzmemo.

N. Ćirić
(Iz "Slobode")

četiri ambulante u gradu ("Tigar", "Prvi maj", "Progres" i "Piroteks") i logično je da kada njihovi lekari dežuraju, objave raspored dežurstava, da pacijenti ne lutaju...

Pojasniti dežurstva

- Pokušali smo da u dane vikenda lekari opšte prakse Doma zdravlja i lekari opšte prakse Medicine rada rade na zajedničkom zbrinjavanju pacijenata. Međutim, bez mnogo argumenata lekari Medicine rada su odustali od ovakve šeme, odlučni da oni sami u svojim fabričkim ambulantom organizuju zbrinjavanje pacijenata, kaže dr Bogoljub Manić direktor Doma zdravlja Zdravstvenog centra Pirot.



Nepotrební slućajevi: BOGOLJUB Manić

Posle ovoga, kaže dr Bogoljub Manić, pacijente smo čak razvrstali prema mestu stanovanja, blizini radnog mesta, a sve u cilju da im ambulantne lekarske usluge budu što dostupnije, a ostavljeno je da Hitna služba medicinske pomoći prima samo hitne i neodložne slućajeve. Ali, vremenom je ipak dolazilo do konfliktnih situacija, do toga da pacijenti ne mogu da ostvare svoja prava samo zato što u ambulantom Medicine rada subotom i nedeljom nije bilo potpunog dežurstva. Međutim, bilo je slućajeva da i sami pacijenti, zapošljeni radnici, iz sebi svojstvenih razloga, ne odu u ambulantu kojoj pripadaju, već dođu na pregled u Službu opšte medicine Doma zdravlja. Da više ne bi dolazilo do konfliktnih situacija, mišljenja sam da treba pojasniti raspored dežurstava subotom i nedeljom u ambulantom opšte medicine u obe službe i o tome bolje informisati osiguranike.

Preneto sa radio-talasa

Etika ili lažna patetika

- Čiji argumenti su jači: pacijenta koji nije pregledan ili lekara koji je radio svoj posao -

Nedavno se radio Pirotu u emisiji "Talasi jutro", javio slućalac Dragoslav Manić. Povod njegovog javljanja, kako je sam rekao, bilo je ponašanje jednog lekara u "Tigrovj" ambulanti.

Naime, slućalac se požalio da je 1. 4. otišao na pregled u ambulantu. Posle dužeg čekanja u hodniku, u 11 h i 30 min. izašla je doktorka i saopštila mu da više ne radi.

Na njegovo insistiranje da je došao zbog neophodnog pregleda, a da radno vreme još nije isteklo, doktorka je kategorički ponovila svoju izjavu i zatvorila vrata ordinacije.

Istog jutro, kada se slućalac javio, sa ovim slućajem upoznat je direktor Zdravstvenog centra Pirot dr Nenad Zdravković. Preko talasa radio Pirota, dr Zdravković je izjavio da će u najhitnijem roku zatražiti od načelnika Službe medicine rada da se slućaj ispita i ukoliko su tvrdnje

slušaoca taćne, lekar će morati da odgovara za takav postupak.

I zaista! Za nepunih pola sata slušaocima radio Pirota obratila se dr Vesna Janković, načelnik Službe medicine rada i saopštila da je slućaj proverila i da su navodi Dragoslava Manića netaćni. Istakla je da je toga dana lekar radio puno radno vreme, te da stoga ni ovom pacijentu nije mogao biti uskraćen lekarski pregled:

- Moram da kažem, da naša profesija zahteva, pre svega, human odnos prema pacijentima i obavezuje nas da svakom od njih pružimo neophodnu medicinsku pomoć. Ja, svojim lekarima verujem i stojim iza toga da je svakom lekaru na prvom mestu briga za zdravlje pacijenata. Nije mi poznato iz kojih razloga je slućalac izneo ove tvrdnje - izjavila je radio Pirotu dr Vesna Janković, načelnik Službe medicine rada.



Sa održane turističke manifestacije "Prolećni dani Zvonačke Banje"

Neka je arlija...

- Prolećni dani Zvonačke Banje predstavljaju simboličan početak u sezoni kontinentalnog turizma. Novinari oduševljeni, podeljenje i nagrade

Reporter: **Boban MITIĆ**

Uz planinski eho drevnog zvona iz prošlog veka koji se pretapao u autentični zvuk frule, odabrane pozdravne reči glumca Slobodana Aleksića u ulozi domaćina i simboličnim otvaranjem banjaskih dveri, počeli su "prolećni dani Zvonačke Banje".

Reč je, o neobično originalnoj promociji turističkog potencijala ovog kraja kojoj su prisustvovali novinari iz cele Jugoslavije. I nije samo to privuklo veliku pažnju gostiju. U Zvonačkoj Banji je na ovoj "debi" manifestaciji ustanovljena i nagrada pod nazivom "Turističko zvonce" za najbolja novinarska ostvarenja iz ove oblasti.

- Na ideju smo došli, upravo zbog toga što turistički novinari i pored svoje značajne uloge za afirmaciju i razvoj turizma do sada nisu imali ovakvu nagradu. Pored toga, smatrali smo da je dobro što im to Zvonačka Banja dodeljuje. Na taj način otklonićemo nepravdu koju su drugi činili prema novinarima i Zvonačkoj Banji: ističe jedan od idejnih tvoraca ove manifestacije, Bole Ranđelović, novinar "202".

Od ove turističke manifestacije, koja treba da preraste u tradiciju, s razlogom najviše su očekivali organizatori, Turistički savez Opštine Piroć i UTP "Srbija".

- Naša prva namera je da afirmišemo izuzetan turistički potencijal koji ima ovaj naš kraj. Mislim da je sve dobro počelo - rekao nam je između ostalog Goran Antić, predsednik Turističkog saveza opštine Piroć.

Na samom početku, "Prolećnih dana Zvonačke Banje" odmah pri dolasku u hotel "Mir", pripremljena je i zdravica za goste. Kako je bila na dijalektu našeg kraja, malo je ko razumeo glumca Aleksića:

- Ajde neka je arlija, nek je živ Ilija...

Prve impresije onim što je doživeo u Zvonačkoj Banji nije hteo da prikrije ni "doajen" turističkog novinarstva, Srblav Janković iz "Politike Ekspres". I to ne samo što je imao tu čast da otvori ovu manifestaciju, simboličnim ključem "sezonom":

- Priredba "Prolećni dani Zvonačke banje" u pravo vreme počinje i predstavlja simbolični početak sezone kontinentalnog turizma. Oduševljen sam ne samo idejom već i Zvonačkom banjom. Siguran sam da će ovi dani ostaviti neki trag i pečat...

Pečat prošlog vremena i bogate kulturno istorijske prošlosti ovog kraja predstavlja-



Hotel "MIR" i Zvonačka Banja oduševili novinare

ju i srednjovekovni manastiri Sv. Jovan Bogoslov u Poganovu i Sv. Đorđe u Temskoj koje su u sklopu programa tih dana posetili novinari, gosti Banje. Puni utisaka u beležnicama i novih saznanja bili su i zahvaljujući susretu u Hotelu "Piro" i razgovoru sa najodgovornijim za razvoj turizma u Pirotskom okrugu.

- Da bi sve prirodne resurse, banjske kapacitete, istorijske znamenitosti i ostale blagodeti ovog kraja iskoristili, potrebna je pomoć šire zajednice. Kako je ovaj prostor obuhvaćen novim Prostornim planom Srbije, realno je očekivati i adekvatnu pomoć - upoznao je novinare Neško Madić, načelnik Pirotskog okruga.

Da i pirotka opština svoju budućnost vidi u razvoju turizma, potvrdile su i reči predsednika SO Tomislava G. Panajotovića:

- Nastojaćemo da preko novoformirane Turističke organizacije Pirota realizujemo najveći deo planova i aktivnosti iz ove oblasti. Posebno se pridaje važnost proizvodnji zdrave hrane, kao i boljoj prezentaciji kulturno-istorijskih znamenitosti.

O dugogodišnjoj veoma uspešnoj zajedničkoj saradnji Zdravstvenog centra i UTP "Srbije", govorili su i upoznali novinare direktor Nenad dr Zdravković i Bogoljub dr Manić, direktor Doma zdravlja.

- Centar će i ubuduće nastojati da modernizuje zdravstveni blok kako u Banji tako i svoju savremenu "Otvorenu bolnicu". Primarni zadatak nama ostaje uvođenje inovacija u tretmanu i lečenju bolesnika, uz dalju konsultaciju i angažovanje stručnjaka vrhunskih zdravstvenih ustanova u zemlji - istakao je dr Zdravković.

- Samo u prošloj godini za šest i po meseci, koliko je trajala sezona u Zvonačkoj banji, na tretmanu je bilo 1.500 ljudi iz svih krajeva naše zemlje - rekao je dr Manić okupljenim novinarima. Ovu banju zbog njene specifičnosti (voda, vazduh, mir) i skromnih kapaciteta ne treba shvatiti kao konkurenta velikim banjskim i klimatskim lečilištima i odmaralištima u zemlji. Ona može da pomogne onima kojima je banjska rekreativna pomoć ovakvih specifičnih centara potrebna.

Posebno svečano na "Prolećnim danima Zvonačke

banje" bilo je na samom zatvaranju pri proglašavanju i uručivanju nagrada "Turističko zvonce" za najbolja novinarska ostvarenja iz oblasti turizma. Od stotina radova koji su konkurisali, stručni žiri je nagradio samo tri.

Raj za penzionere

Prošle godine organizovan je dvonedeljni odmor u banji za oko 1.600 penzionera i invalida rada I i II kategorije invalidnosti, rekao na konferenciji za štampu Stanimir Ilić, Šef Filijale penzijskog i invalidskog osiguranja za Pirotski okrug.

Osim boravka radnika koji rade na radnim mestima sa otežanim uslovima rada u, ovom RH centru organizovano je letovalo i lečilo se 240 penzionera uz pomoć sredstava za odmor i rekreaciju penzionera i invalida rada.

Zlatno "turističko zvonce" ponela je Jelisaveta Ormaj iz "Ekonomске politike" za novinarski tekst o banjskom turizmu pod nazivom "Ponuda bez fizonomije". "Srebrno zvonce" pripalo je novinaru Radio Beograda Borislavu Vučetiću, ali za novinarsku reportažu pod nazivom "Zov reke". Reč je, o rečnim nautičarima sa Dunava. Jedina nagrađena reportaža od brojnih iz oblasti televizijskog i video izraza, bila je reportaža urednika Dopisništva RTS u Pirotu Bobana Mitića, pod nazivom "Neobične čari Zvonačke Banje" objavljena u emisiji "Turizam". Ona je ponela bronzano "turističko zvonce".

Tako su protekli "Prolećni dani Zvonačke banje". Važno da su počeli. I neka je arlija!



Sa svečanog otvaranja glumac Slobodan Aleksić u ulozi domaćina pozdravlja goste

Dr Jovan Valenta

Stajaća voda truli

Dr Jovan Valenta bio je prvi okružni fizikus u našem gradu. Obavljao je punu lekarsku praksu, organizovao sanitetske preglede i modernizovao lekarski rad u bolnici

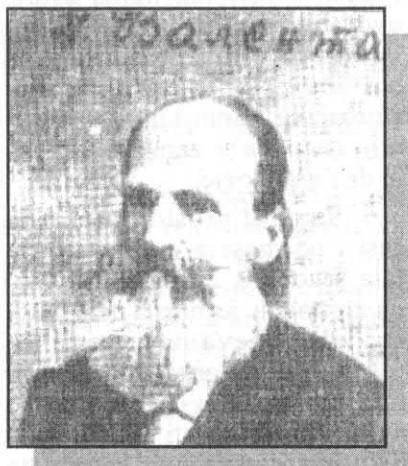
Piše: Gojko **ANTIĆ**

Na početku stvaranja nacionalne srpske države i organizovanja aparata vlasti u 19. veku učestvovali su, između ostalih, stručnjaci iz inostranstva koji su svojim znanjem i iskustvom vršili snažan uticaj na razvoj društvenog života ondašnje Srbije. Jedan od takvih stranaca bio je i doktor medicine Jovan Valenta. Rodio se u Pragu 1826. godine gde je posle završene srednje škole studirao medicinu.

Dr Valenta je činio sve što je bilo u njegovoj moći da unapredi zdravstvenu kulturu srbijanske sredine iz tih pobuda - da se unapredi opšte obrazovanje naroda - Valenta uporedo radi kao profesor Beogradske gimnazije (1874-1882). Kao bivši honorarni profesor Velike škole Jovan Valenta se još jednom "stavlja u službi naroda" prihvativši rad okružnog fizikusa u dubljij unutrašnjosti zemlje, u Pirotu.

Na izmaku svog aktivnog rada godine provedene u Pirotu (1882-1886) značajne su; on obavlja punu lekarsku praksu okružnog fizikusa, organizuje na ovom području po prvi put sanitetske preglede stanovništva, modernizuje lekarski rad u bolnici. On se, dakle, u potpunosti uključio u kulturni i društveni život Pirota, pružajući toj sredini, u skladu sa osnovnom i profesionalnom delatnošću lekara, solidnu stručnost; on je, gotovo, na svakom mestu i u svako vreme popularisao shvatanje i praksu u borbi za zdravlje ljudi na autoritativan način. Mogao je to Valenta, jer je, kao što se zna, imao već stečeno solidno stručno znanje. Uz to, u Pirotu dr Jovan Valenta imao je nesebičnu stručnu i ljudsku podršku u ličnosti dr Janka Senkijevića. Na ovom prostoru dr Valenta organizuje rad na stručnom širenju higijene, preventive, i pre svega, zdravstvenog prosvetavanja. Upravo ta socijalno-medicinska aktivnost dr Jovana Valente na prostoru Gornjeg Ponišavlja bila je od dalekosežne koristi za narod u kome je medicinska služba bila u povelju, gotovo, nerazvijena.

Prihvativši se lekarske službe u unutrašnjosti zemlje, u Pirotu, dr Valenta je najpre upoznao običaje, predrasude, "ceo način mišljenja" tog kraja. U svakoj prilici,



PRVI FIZIKUS: Dr Valenta

kaže on, deštovao sam rečima, usmenim savetima, razgovorima... "Za vreme svog boravka u Pirotu za dr Valentu bila su porazna fakta da "polovina novorođene dece umire u prvoj godini života". On je, kako sam tvrdi, deštovao savetima, ogromnim svojim iskustvom lekara i humaniste "da se zdravlje naroda bolje sačuva, da se bolesnici bolje neguju, da se u lečenju uklone zablude, predrasude", on je, nema sumnje, za vreme boravka u Pirotu stvorio bolji osnov za afirmaciju telesnog i duševnog vaspitanja naroda.

Dr Jovan Valenta se predano zalagao za osnivanje Srpskog lekarskog društva. I ono je na njegovu inicijativu formirano 1868. godine. Ali Valenta kao član tog novoformiranog pokreta još jednu, takođe, važnu inicijativu - donošenje prvog sanitetskog zakona - "Vladanovog sanitetskog zakona" - Iz 1881. godine. U isto vreme on aktivno učestvuje u formiranju Glavnog prosvetnog saveta. Kao jedan od prvih njegovih članova, on ima značajno mesto u radu i aktivnosti Saveta. Za istoriju zdravstvene kulture najtešnje je povezan, upravo, dr Jovan Valenta. Opštim pedagoškim radom poslednjih decenija prošlog veka on je svojim aktivnim učešćem u mnogome doprineo da se podigne na viši stupanj školsko obrazovanje i vaspitanje. Kao higijeničar, uklopivši se u školske programe, dr Valenta se osobito

starao kako o telesnom tako i o duševnom zdravlju srpske mladeži. Njegovo redovno članstvo u Glavnom prosvetnom savezu je izuzetno cenjeno, jer mnoge prosvetne uprave su u njemu imale savesnog i predanog saradnika. Treba imati na umu da su se mnoge dužosti pa i rad u Glavnom prosvetnom savetu vršile bez novčane naknade. Pobude dr Jovana Valenta da učestvuje u rešavanju pedagoških problema, posebno problema srednjeg obrazovanja su duboko humane i opravdane.

Dr Jovan Valenta je za srpsku duhovnost značajan i po tome što je za sobom ostavio stručno-naučne radove trajne vrednosti. Imajući u vidu prilike u kojima se nalaze srpsko društvo sredinom prošlog stoleća, dr Valenta odlučuje da za predmet svog spisateljskog rada uzme pisanje iz higijene, razume se, sa širim domenom preventive i zdravstvenog prosvetavanja. Prva knjiga koju je dr Valenta objavio na srpskom jeziku 1864. godine bila je "Nauka o čuvanju zdravlja". Bio je to, zapravo, prevod dela "Zdravowjedza" od dr Kodima, zamašno delo koje Valenta podešava za naše prilike i našu čitalačku publiku, obuhvativši ono znanje na oko četrsto strana koje je bilo u skladu sa naučnim saznanjima iz higijene toga doba. Ali Valenta tom prilikom daje svojih "deset prirodnih zapovedi za čuvanje zdravlja" koja mogu da budu aktuelna i sada, a ona glase:

1. Upotrebljavaj i diši samo čist vazduh,
2. Jedi samo kad i dokle si gladan, samo ona jela koja su za tvoje zdravlje probitačna, gde nema umerenosti tu dolazi lekar
3. Pij samo kad i dokle si žedan i čuvaj se svakog pića koje bi tebi količinom ili kakvoćom moglo biti opasno. Blagoslovena voda, ona razum ne zamućuje.
4. Drži telo čisto.
5. Gledaj da se naučiš na ladnoću i da telo tvoje krepši.
6. Pored duševnog vaspitanja nemoj zaboraviti ni telesno. U zdravom telu počiva i zdrav duh.
7. Ne dangubi i svagda sebi nalazi posla. Stajaća voda truli.
8. Posle rada potraži zabavu. Vesela misao u pola je zdravlja.
9. Spavaj samo onoliko koliko da se odmoriš i okrepiš. Ko želi mnogo znati ne

sme mnogo spavati.

10. Kad se razboliš ne gubi vremena, no potraži valjanog i učenog lekara da ti kaže šta ćeš uraditi."

Trinaest godina posle prevoda i prilagođavanja Kodimovog dela "Nauka o čuvanju zdravlja" dr Valenta se prihvatio "obrade iste materije" (1877) po najboljim piscima", Knjigu je pisao kao iskusni horarni profesor Velike škole. Bila su to, zapravo sistematizovana predavanja iz ovog predmeta koja je dr Valenta držao na katedri za higijenu i koja su, koristeći iskustva i saznanja najboljih pisaca iz te oblasti (a on je znao češki, nemački, francuski, engleski, ruski i srpski jezik), podrazumevala i uvažavala naše običaje i naše stanje. "Po tome sam ja, kaže dr Valenta, od najboljih nemačkih, engleskih, francuskih, čeških pisaca sastavio ovu knjigu i naveo svud koji su nam običaji štetni, te ih valja ostaviti". I ovom knjigom Valenta je kroz zadatak higijene posebno istakao:

1. razvitak umnih i telesnih sila,
2. osećanje potpunog zdravlja u radu, odmoru i uživanju,
3. svestrano racionalno zadovoljenje prirodnih potreba čoveka.

Tim putevima, po Valentinom tvđenju, sprovodi se ogroman vaspitni uticaj, zahvaljujući, upravo, naučnim rezultatima higijene, ova grana medicinske nauke, pre svega, ima u vidu uslovljenost duhovnog i telesnog razvitka čoveka.

Posle četiri godine dr Jovan Valenta objavljuje novu knjigu: "Zaštitna higijena - Dijetetika, sv. II, II deo - hrana" (1881). Za osnovicu obrade ove knjige autor uzima kapitalno delo profesora J. Rankea. Ova a i druge Valentine knjige čine ozbiljan pokušaj da se u srpsku sredinu prenesu najviša naučna dostignuća iz Evrope.

Kao nastavnik beogradske gimnazije Velika škola, a posebno kao član Glavnog prosvetnog saveta dr Valenta je davao svoj puni doprinos na razvoju i unapređenju srednjoškolskog obrazovanja. U raspravi "Školske knjige za naše srednje škole" Valenta u konciznom obliku podseća da udžbenik mora da poseduje potrebne osobine na osnovu kojih može da posluži najboljem cilju. Pre svega, po dr Jovanu Valenti:

1. takva knjiga (udžbenik) ne sme biti suviše velika i opširna,
2. ne sme biti pisana "visokim" stilom, jer bi nastavniku bio otežan posao u didaktičkom pogledu,
3. ne sme biti ni štura, da nema svog sadržaja, jer onda ona ne podmiruje nastavne potrebe.

Za svojom zemljom po rođenu je iskreno čeznuo u duši, a drugu, takođe, svoju po životu i radostima nosio u srcu. Treba mu zaista verovati, jer srpskom narodu ovaj izuzetan čovek dao je sve što se voljenoj zemlji može dati - znanje i stručnost, knjige i bogato lekarsko iskustvo.

Bumerang se uvek vraća

Akutna groznica siromaštva

Paradoksi o epidemiološkoj situaciji razbijaju iluziju o XXI veku

Piše: Maja **SIMONOVIC**

Ma koliko se trudili, ljudi su, ipak, skloni preterivanju i potcenjivanju. Ponekad umeju da se toliko zaborave u svojoj krajnosti da ne primeće posledice koje su sve alarmantnije i приметnije.

Precejivati ili potcenjivati veoma je opasno, posebno kada je zdravlje u pitanju. Bumerang se uvek vrati!

Tako, na primer, iako smo krenuli u novo razdoblje čovečanstva, za nama se vuku bolesti siromaštva, prete epidemije, šire zaraze,... Tim povodom su i stručnjaci Zavoda za zaštitu zdravlja iz Pirota, nedavno, na osnovu godišnjeg izveštaja, ukazali na povratak tuberkuloze, pojavu zaraznih bolesti koje su uzrokovane nedostatkom higijensko-sanitarnih uslova i na neispravnost velikog broja životnih namirnica koje su nam svakodnevno na trpezama.

Situacija na području pirotskog okruga označena je, zato, kao nesigurna. Kako, kada se doskora tvrdilo da su ove bolesti iskorenjene? Objektivnim sagledavanjem vremena i uslova u kojima živimo, možda i ne treba mnogo da nas čudi. Socijalno siromaštvo je uvek bilo plodna podloga za pojavu ovakvih bolesti.

Stručnjaci Zavoda za zaštitu zdravlja iz Pirota eksplicitno tvrde da je u poslednje vreme jedan od najvećih epidemioloških problema popularni "buvljak". Posebno je postao aktuelan 2-3 meseca unazad, zbog nesporazuma oko toga ko ima ingerencije nad buvljom pijacom, odnosno vrši dezinfekciju pijačnog prostora i okoline. A, samo dnevno kroz "buvljak" prodefiluje i po nekoliko hiljada ljudi. Posebno zabrinjava da na samo nekoliko metara od improvizovanog javnog WC-a (zidina Momčilovog grada), pod otvorenim nebom, izloženi na zemlji prodaju se sirevi, suhomesnati proizvodi, slatkiši, hrana za bebe,... Ko će još da vodi računa o ispravnosti ove robe, njenom roku trajanja - važno je da je najjeftinije!

Paradoksalna je činjenica da naš kraj i pored toga što obiluje vodama I kategorije (najčistije u Srbiji), stanovnici pojedinih naselja piju bakteriološki neispravnu vodu (primer mnogih sela, Bele Palanke,...).

Primerima nikad kraja!

Daljom analizom svega pomenutog moraju da se bave nadležni i stručni. Ovo zapažanje je samo mali segment u čitavom sklopu naše svakodnevne.

Uzroci i posledice se prepliću, ma koliko mi bili skloni preterivanju i potcenjivanju.



ZANIMLJIVOSTI
iz sveta medicine

Rezultati francuskog istraživanja

Seks i dijeta

Ako ne želite da izgubite dobar seks ne žurite sa dijetom. Francuski naučnici su utvrdili da je masno tkivo neophodno za proizvodnju polnih hormona. Zato treba sačuvati postotak težine u obliku sala, jer se tako održava psihobiološka ravnoteža. Salo, dakle, indirektno utiče na seksualnost, tako da prebrzo mršavljenje može da prouzrokuje naše polne teškoće. Zato, ako hoćete seks i vitku liniju, naslage sala skidajte polako.

ISKUSTVA RAZVIJENIH ZEMALJA

Lek iz češnja

Beli luk, dokazano je, rastapa masnoće u krvi, snižava krvni pritisak, koristi dijabetičarima i štiti od raznih infekcija. Poodavno je poznato da beli luk deluje na smanjivanje masnoće u krvi.

Medicinska istraživanja u najrazvijenijim zemljama sveta pokazuju da je "ubijanje" masnoće u krvi samo jedno od svojstava najljucjeg ali i najkorisnijeg povrća. Pre svega, beli luk snižava povišen šećer u krvi. Pokazalo se, naime, da su svi pacijenti sa kojima su lekari radili posle uzimanja dva do tri češnja

belog luka u toku jela, a nikada na prazan stomak, smanjili čak i upotrebu insulina. Dok su redovno uzimali beli luk, pacijentima sa kojima su istraživanja rađena, normalizovan je povišen krvni pritisak, pa čak i potpuno obustavili uzimanje pilula protiv povišenog krvnog pritiska. Povoljno delovanje belog luka primećeno je i kod pacijenata sa oštećenjem bubrega i jetre, kao i drugih organa i sistema.

Već posle nedelju dana od redovnog uzimanja belog luka u punoj dozi prestaje i mašćenje, kao i opadanje kose.

... IZ SVETA ... IZ SVETA...

AMERIČKI LEKARI TVRDE

Paradajz štiti prostatu

Najnovija studija američkih lekara pokazala je da muškarci koji u svojoj ishrani koriste puno kuvanog paradajza, u velikom stepenu smanjuju rizik od nastanka tumora prostate. Poznato je da je ovo, sve masovnije oboljenje, drugo na listi uzroka smrtnosti sredovečnih Amerikanaca.

Iz grupe koja je brojala 47000 ispitanika, muškarci koji su deset i više puta nedeljno konzumirali kuvani paradajz smanjili rizik oboljenja za 45 odsto, dok su oni koji su omiljenu namirnicu širom sveta jeli četiri do sedam puta nedeljno, bili "dalji" od tumora prostate za 20 odsto. Istraživači ove podatke potkrepljuju činjenicom da je likopen, prirodna

materija koja paradajzu daje jarkocrvenu boju, najzaslužnija za lekovitu moć ovog povrća. Likopen, naime, deluje tako što blokira ćelijske promene koje mogu da dovedu do bujanja tkiva u procesu nastajanja tumora.

Interesantno zapažanje odnosi se na podatak da tako svež paradajz sadrži istu materiju, ona u punom izražaju deluje korisno tek kada se podvrgne toploti, što znači da njeni zaštitni mahanizmi bivaju mnogo jači ukoliko muškarci jedu više kuvanog, a ne svežeg paradajza - smatra dr Edvard Đovnući, profesor harvardske škole za zdravu ishranu, dodajući da ništa manje koristan može da bude i kuvani sok od paradajza.

SA UNIVERZITETA HARVARD

Bes ugrožava srce

Osobe koje pate od neke srčane bolesti udvostručavaju rizik od srčanog napada ukoliko se naljute. Ta opasnost traje najmanje dva sata, utvrdili su američki lekari. Tako je verovanje u narodu da napad besa može da izazove srčani udar, dobilo naučnu potvrdu. Testovi su pokazali da bes ubrzava rad srca, podiže krvni pritisak i podstiče grčenje krvnih sudova. Ekipa lekara sa Univerziteta Harvard potvrdila je da bes direktno može da podstakne srčani napad.



ВИСОКПРОМЕТ

ПРЕДУЗЕЋЕ ЗА ПРОИЗВОДЊУ, ТРГОВИНУ И УСЛУГЕ Д.О.О.

Ул. НИКОЛЕ ПАШИЋА Бр. 83, 18300 ПИРОТ

Тел./Факс: 010/22-962, 22-964 и 37-788

Ж. Р. 42800-601-0-7480

Продавнице:

- | | | |
|-------|---|-------------|
| бр. 1 | - код Аутобуске станице | тел: 25 699 |
| бр. 2 | - у ул. Николе Пашића | тел: 32 585 |
| бр. 3 | - у ул. Књаза Милоша (бивше "Југоауто") | |
| бр. 4 | - стовариште "Огрев" Димитровград | |

Асортиман робе:

1. Водоводни материјал
2. Канализациони материјал
3. Санитарија
4. Галантерија и опрема за купатила
5. Боје и лакови
6. Ауто боје
7. Алати
8. Електроинсталациони материјал
9. Бела техника
10. Остала занатска роба



ZDRAVSTVENI CENTAR PIROT



(010)

87 530 87 430

HOTEL "MIR" ZVONAČKA BANJA

NOVOPRIZNATI ZAVOD ZA PREVENCIJU INVALIDNOSTI I REHABILITACIJU