

UDK61

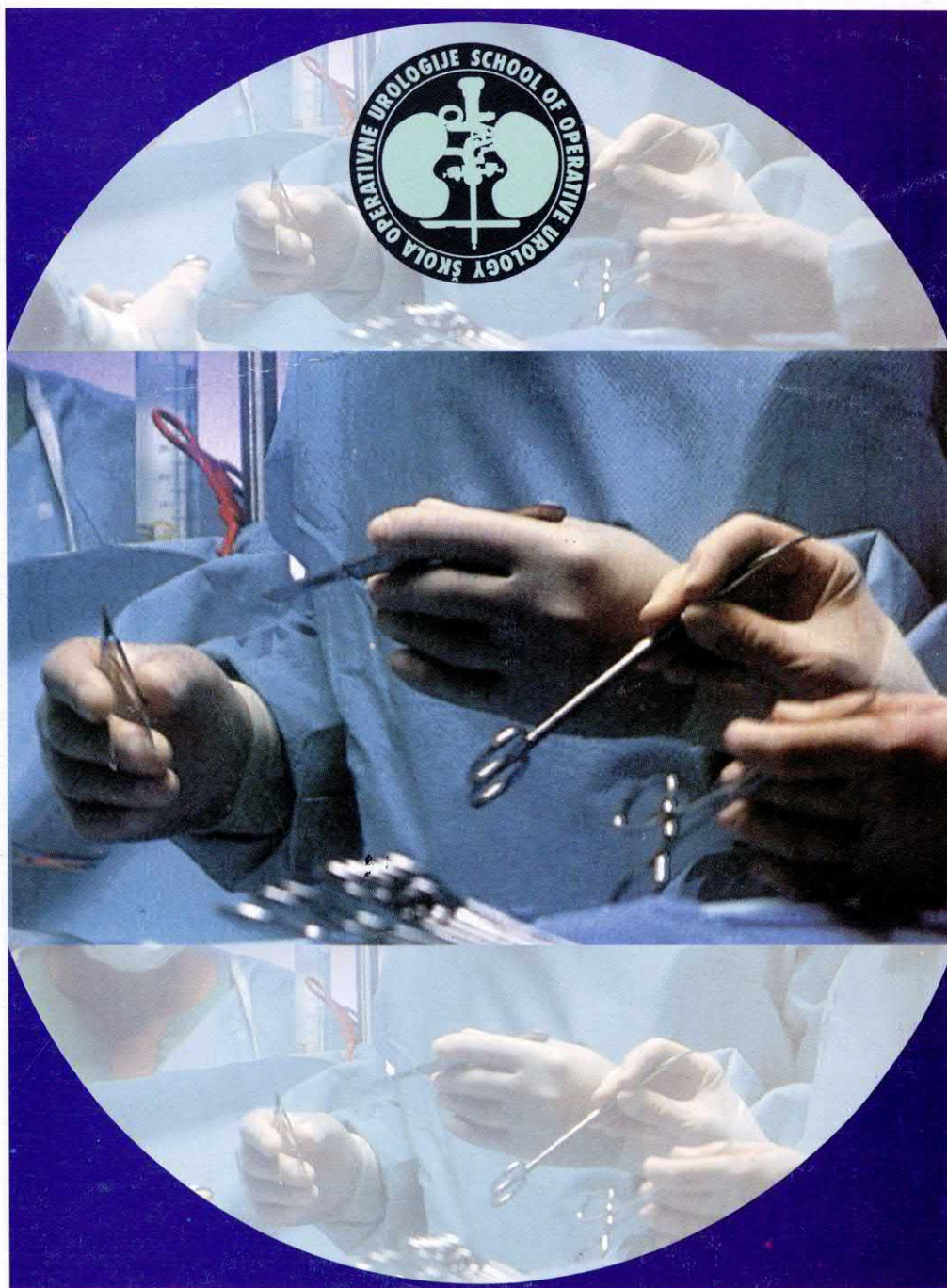


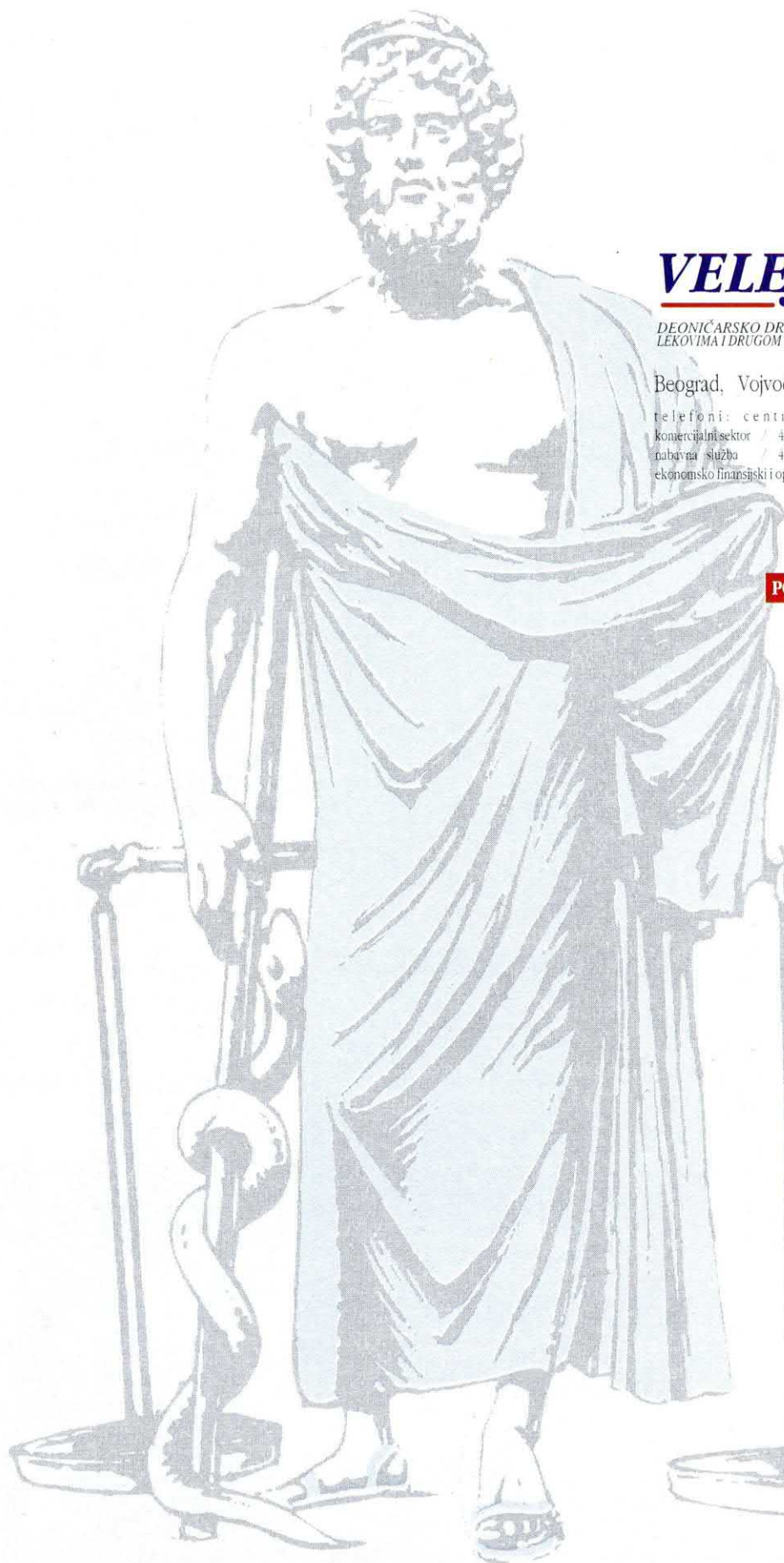
medicus

8/98

ČASOPIS ZA SAVREMENU MEDICINU

YU ISSN: 0354-8902





VELEFARM

DEONIČARSKO DRUŠTVO ZA PROMET
LEKOVIMA I DRUGOM MEDICINSKOM ROBOM

Beograd, Vojvode Stepe 414a

telefoni: centrala / 444-92-49

komercijalni sektor / 461-530; fax / 237-13-00

nabavna služba / 460-093; fax / 460-422

ekonomsko finansijski i opšti poslovi / 493-367

POSLOVNI CENTRI

BEOGRAD

Vojvode Stepe 414 a,
tel: 011 / 444-92-82, 463-399,
fax: 493-539

UŽICE

Bele zemlje bb,
tel: 031 / 871-123, 871-122,
fax: 871-391

SUBOTICA

Matije Gubca 26
tel: 024 / 24-049, 53-074
fax: 36-193

VRANJE

J. Jankovića Lunge 3e,
tel: 017 / 24-947,
tel. fax: 32-276

NIŠ

Stanka Paunovića 74,
tel: 018 / 63-628, 61-845
fax: 64-145

VALJEVO

Gorić bb,
tel: 014 / 21-315,
tel / fax: 22-716

KRAGUJEVAC

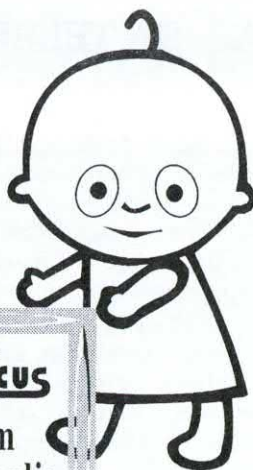
Trg topolivaca 4,
tel: 034 / 213-914,
tel. fax: 210-140

NOVI SAD

Jevrejska 16,
tel: 021 / 26-853, 26-344,
fax: 23-757

ZAJEČAR

Karadžićeva 18,
tel: 019 / 21-686,
tel / fax: 25-553



BROJ 8
OKTOBAR 1998. GODINE
GODINA IZLAŽENJA III

Izdavač:
ZDRAVSTVENI CENTAR PIROT

Glavni i odgovorni urednik:
BOBAN MITIĆ

Odgovorni urednici za stručna pitanja:
PRIM. DR JOSIF KARTALJEVIĆ
PRIM. DR VELIMIR COLIĆ

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 SIMONVIĆ
MIROLJUB DR VASIĆ
VESNA DR JANKOVIĆ
ALEKSANDAR DR LILIĆ
VOJKAN DR RANČIĆ
EMILIJA DR JOVANOVIĆ
BOJKA DR ĆIRIĆ - VACIĆ

Naslovna strana:
MR. PETAR ĐORĐEVIĆ

Grafički urednik:
BOBAN MITIĆ

Fotografije:
SINIŠA JELENKOV

Adresa:
ZDRAVSTVENI CENTAR
Piot, Vojvode Momčila b.b.
telefon: 010 / 331 - 571
telefaks: 010 / 21 - 531

Štampa: PIKOM – PIROT

YU ISSN: 0354-8902

WWW. Bolnica – Pirot.ORG. YU



SA TELEKSA:

2

AKTUELNO:

U SUSRET PRVOJ ŠKOLI
OPERATIVNE UROLOGIJE
**BEZ PASOŠA DO SVETSKIH
ZNAJKA**

3

NAŠA TEMA:

ŠKOLA OPERATIVNE
UROLOGIJE
**TRADICIJA DUGA ČETVRT
VEKA**

4-5

**DA NIJE BILO "DANA
UROLOGIJE"**

5

NOVI VID EDUKACIJE

6

VEĆ U MAJU NOVI SKUP

7

NA LICU MESTA:

POSLE OTVARANJA BOLNICE U
DIMITROVGRADU
**UZ SAVREMENU OPREMU I
NEGA**

8

**IZ BILTENA SINDIKATA
NEPOSREDAN POVOD SPORT**

8

**RADOVI, SAOPŠTENJA,
PRIKAZI, IZVEŠTAJI**

9-24

NOVO:

NOVI BUM U SVETU MEDICINE
NADA ZA OBOLELE OD RAKA
NOVOSTI U SVETU MEDICINE

25

IZ PERA POZNATIH:

EKSKLUZIVNO:
**ČOVEK JE JEDINSTVEN,
NEZAMENLJIV**
Piše: Zoran Petrović - Piroćanac

26-28

IZ UGLA MEDICUSA:

O DOPINGU:
SPASILA NAS BESPARICA
O SIDI:
REČJU PROTIV SIDE

29

IZ PROŠLOSTI:

Pripremio: DR ILIJA NIKOLIĆ
I LEKARI UMIRU OD TIFUSA
Dr Milutin Velimirović

30

Pripremila: DR BORISLAVA LILIĆ
**POLJSKE BOLNICE BILE
TESNE**

31

ZANIMLJIVOSTI:

**CRNA MAMA, CRN TATA –
DECA BELA**

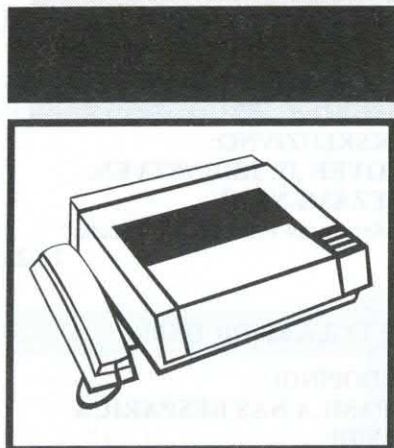
**DA LI FITNES POMAŽE
DEBELJUCAMA**

**NA ŠTA UKAZUJE
PROŠIRENJE DELA MOZGA**

32



... SA TELEKSA ... SA TELEKSA ... SA TELEKSA ...



sa teleksa

SNABDEVANJE LEKOVIMA CENTRALIZOVANO

Novoformirana Apotekarska ustanova, izdvojila se iz Zdravstvenog centra Pirot, zbog primene nove šeme zdravstvenih i apotekarskih ustanova u Srbiji. U okviru ove ustanove trenutno radi pet apoteka otvorenog tipa i to tri u Pirotu i po jedna u Dimitrovgradu i Babušnici. Što se tiče nabavke lekova, Apotekarska ustanova je zadržala svoje glavne dobavljače: "Velefarm", "Unifarm" i "Vetfarm" iz Niša i "Velefarm" iz Beograda.

TIJABARSKA AMBULANTA – APOTEKARSKOJ USTANOVI

Nedavno je na sednici Upravnog odbora Zdravstvenog cen-



tra, posle deobnog bilansa između novoformirane samostalne Apotekarske ustanove u Pirotu i Centra, odlučeno da zgrada bivše ambulante opšte prakse u Tijabari, pripadne Apotekarskoj ustanovi.

U ovoj zgradi će se, pored uprave Apotekarske ustanove, naći i odeljenje za pripremu magistralnih lekova. Planira se i otvaranje Apoteke otvorenog tipa.

ISO I ZA LABORANTE

Centralna Laboratorija Bolnice dobila je potvrdu o visokoj stručnosti i kvalitetu rada pirotskih laboranata, od strane Društva medicinskih biohemičara Jugoslavije i Instituta za medicinsku biohemiju Kliničkog Centra Srbije.

Ova laboratorija planira dalju modernizaciju i ulaganje u novu, savremenu opremu. Već je ugovorena nabavka novih aparata visoke tehnologije, kao što je hematološki analizator – elektronska mašina koja može da odredi 16 parametara iz oblasti hematologije.

ZDRAVLJE ŽENA – PRIORITETAN ZADATAK

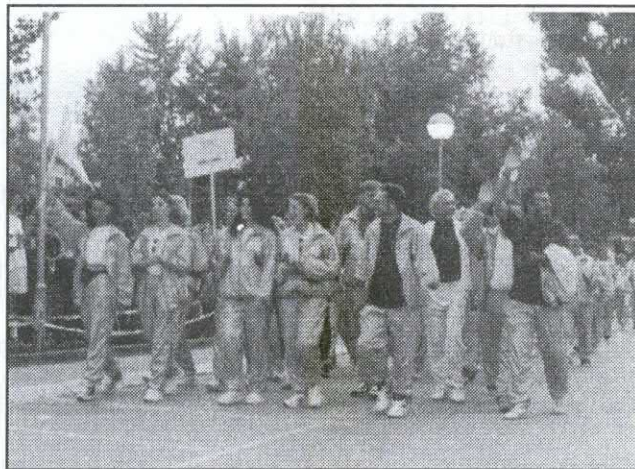
U Pirotu je, zbog neredovnog odlaska na preglede, poslednjih godina evidentirano povećanje oboljenja ženskih genitalnih organa, naročito oboljenje od raka na grliću materice. Poštujući Uredbu Republičkog Ministarstva Zdravlja, Dispanzer za žene u Pirotu sprovodi akciju sistematskog pregleda žena, koja obuhvata ginekološki pregled, uzimanje Papa testova, znači cito-dijagnostiku, a po potrebi, radiće se; dalja dopunska dijag-

nostika da bi se napravio pravi presek zdravlja. Inače, ova akcija, trajaće naredne tri godine.

EPIDEMIOLOŠKA SITUACIJA POVOLJNA

Analizirajući epidemiološku situaciju na našem području, članovi Komisije za zarazne bolesti Pirotskog okruga, zaključili su da je u prvih šest meseci na području sve četiri opštine registrovano 1093 slučaja zaraznih oboljenja. Po prvi put je upisano i 17 novootkrivenih slučajeva oboljenja od tuberkuloze. Takođe je registrovan i jedan smrtni slučaj od side i to u opštini Babušnica. Ipak, celokupna epidemiološka situacija na području Pirotskog okruga – ocenjena je kao povoljna.

USPEH NAŠIH SPORTISTA



SUSRETI ZDRAVSTVENIH RADNIKA održani su u Vrnjačkoj Banji. SREBRNE PEHARE osvojila je naša ženska košarkaška ekipa, ženska streljačka ekipa i muška plivačka ekipa.

ZLATNU MEDALJU u streljaštvu osvojila je Olivera Božilov i dokazala svoju konstantnu formu.

SREBRNU MEDALJU u krosu osvojila je Manuela Jovanović. U ukupnom plasmanu naši sportisti zauzeli su petnaesto mesto od tridesetdevet ekipa.

id **ktuelno**

**Bez
pasoša
do
svetskih
znanja**



Uspela "test proba" prošlogodišnjih "Dana urologije" u pirotskoj Bolnici je uticala da se ambiciozno započne sa novim vidom inovacije znanja i veština

Opet nešto novo, ovoga puta i originalno, pod svodovima naše "Otvorene bolnice". Konstituisana je sa sedištem u Pirotu prva "Škola operativne urologije", jedina ovakve vrste na Balkanu.

Posebno značajno za uspeh škole, da u ovaj projekat veruju Ministarstvo zdravlja Srbije, Medicinski fakultet i Urološka klinika iz Beograda. Uspela "test proba" prošlogodišnjih "Dana urologije" u pirotskoj Bolnici je uticala da se ambiciozno započne sa novim vidom inovacije znanja i veština.

Druga značajna odlika Škole je samofinansiranje. Izvori su poznati: kotizacija i sponzorstvo. Time je stvorena motivaciona atmosfera, stalna želja rukovodstva i organizatora "Škole operativne urologije", da kvalitetom programa i drugim novinama privuku što veći broj zainteresovanih polaznika. Ukoliko se to ispoštuje ne treba brinuti za budućnost.

Svaki početak, pa i ovaj, jeste težak, ali prijatno zvuči još sada želja za internacionalizacijom. Svesni su svi, da posebno u medicini, bez razmene iskustava i znanja sa svetom nema uspeha.

Prema tome, mnogo je toga uticalo da se formira jedina "Škola operativne urologije" na Balkanu baš u pirotskoj "Otvorenoj bolnici". Do sad je to bila samo privilegija većih medicinskih centara i zemalja u svetu. Sada naši lekari više neće morati da jedino van granica naše zemlje inoviraju svoje znanje i veštinu učešćem na skupovima tipa "Live surgery". Grad na Nišavi je na dobrom putu da baš u toj oblasti izgradi svoj imidž. Uslova za to ima. Ne treba sumnjati da će u tome i uspeti. "Škola operativne urologije" je samo prvi značajan korak ka novim i višim ciljevima u organizovanju demonstracija operativnih procedura i u drugim oblastima inovacije znanja i veština.

Boban MITIĆ



TRADICIJA DUGA ČETVRT VEKA

Od 1983. godine urološko odeljenje preseljeno je u prostorije nove bolnice. Komforniji uslovi u stacionaru i ambulantno-polikliničkom delu bolnice doprineli su daljem razvoju Službe urologije.

U analima pirotskog zdravstva stoji zapisano da je prvi urolog u Pirotu bio dr Svetislav Vasić. Specijalizaciju je završio početkom 1971. godine. Te prve godine radio je u urološkoj ambulanti, a stacionarne bolesnike vodio je u sklopu hirurškog odeljenja (u početku su to bile dve bolesničke sobe). Već nakon godinu dana, 1972. godine, osnovano je urološko odeljenje tadašnjeg Medicinskog centra u Pirotu, jedno od prvih u Srbiji, van velikih centara. Kapacitet tadašnjeg odeljenja bio je 12 postelja. Pored jednog lekara specijaliste radile su četiri medicinske sestre i dva bolničara.

Početne godine rada obeleženu su uvođenjem savremenih dijagnostičkih metoda iz oblasti urologije i velikim brojem operativnih zahvata. Zbog raznovrsne urološke patologije koja do tada nije adekvatno tretirana, urađen je veliki broj prostatektomija, zatim mnogobrojni operativni zahvati za tretman kalkuloze urinarnog sistema, značajan broj nefrektomija, tretirana dečja patologija zbog retencije testisa...

Istovremeno je nabavljena, za to vreme, najsavremenija endoskopska oprema za cistoskopiju, sa radnim elementima i mehaničkim litotriptorom, kao i oprema za elektroauterizaciju.

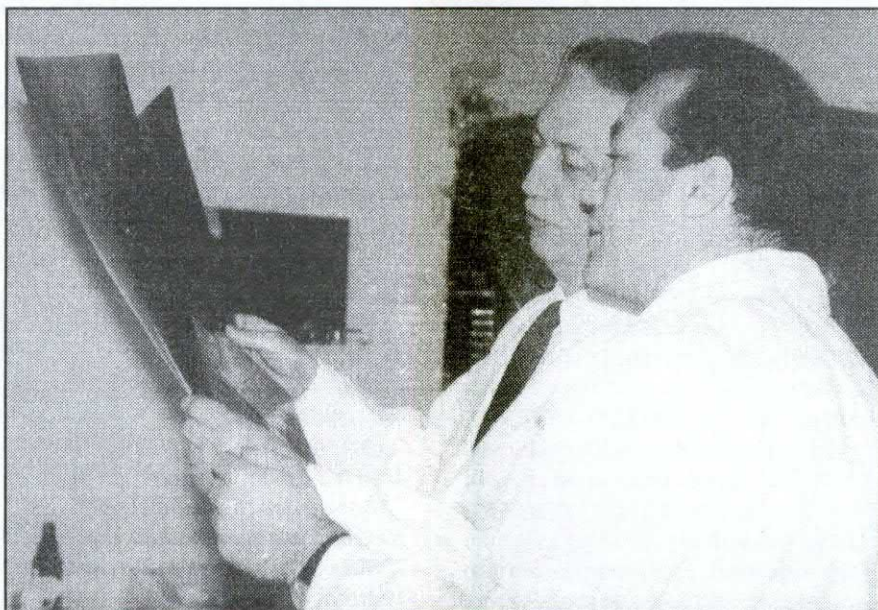
Od 1983. godine urološko odeljenje preseljeno je u prostorije nove bolnice. Komforniji uslovi u stacionaru i ambulantno-polikliničkom

delu bolnice doprineli su daljem razvoju Službe urologije.

U početnom petnaestogodišnjem periodu rada specijalizirala su još dva lekara, ali su ubrzo po završetku specijalizacije prešli u druge centre. Jedan od njih je Dr Branko Potić, šef odseka za perkutane intervencije na Urološkoj klinici u Nišu.

Otvaranjem operacionog bloka u bolnici, 1994. godine stvaraju se uslovi za razvoj savremene endoskopske operativne urologije. Od 1993. godine na urološkom odeljenju radi, kao specijalista Dr Miroljub Vasić, sadašnji načelnik odeljenja.

Nabavkom savremene opreme za endoskopsku dijagnostiku – cistoskopiju, ureterorenoskopiju, zatim opreme za endoskopske operativne procedure – transuretralnu elektrosekciju, endoluminalnu litotripsiju, kao i aparata za ekstrakorporalnu litotripsiju, (ESWL), sa piezoelektričnim generisanjem udarnih talasa postignut je značajan napredak u tretmanu uroloških bolesnika ne samo sa područja pirotskog okruga, već i drugih gradova. Pored endoskopskih uvedene su i perikutane operativne metode (perkutane nefrostomije i punkcije i sklerozacije renalnih cisti). U upotrebi su i najsavremeniji aparati: LITHOCLAST litotriptor za



TAKO JE POČELO: Prvi urolog Dr S. Vasić sa kolegom analiziraju snimak

tretman ureteralne i vezikalne kalkuloze i Tuna (Transurethral needle ablation) sistem za termoterapiju adenoma. Sve je to uticalo da se formira Centar za litotripsiju, endourologiju i urodinamiku, sa dnevnom bolnicom.

Proslava 25-godišnjice postojanja urološkog odeljenja, novembra 1997. godine obeležena je organizacijom dvodnevno sastanka u bolničkom amfiteatru sa prenosom "žive" slike iz operacionih sala. Tokom 1998. godine formirana je zvanična Škola operativne urologije pod pokroviteljstvom Medicinskog fakulteta i Urološke klinike u Beogradu.

Sadašnji posteljni fond urološkog odeljenja je 20 kreveta u stacionaru i 4 u dnevnoj bolnici. Pored specijaliste na odeljenju su i dva specijalizanta (dr Dubravka Panić i dr Goran Petrović) devet sestara, bolničar i dva pomoćna radnika.

Sagledavajući periode razvoja urološke službe u Zdravstvenom centru Pirot, izdvajaju se:

- period sedamdesetih godina – period formiranja službe

- period osamdesetih – period pune afirmacije urologije, naročito u oblasti klasičnih operativnih metoda,

- period devedesetih – uvođenje najsavremenijih endoskopskih invazivnih i neinvazivnih metoda lečenja kalkuloze urinarnog sistema i oboljenja prostate, uz dodatnu afirmaciju službe.

U predstojećem periodu planirano je uvođenje metoda minimalno invazivne hirurgije i laparoskopije.

Pored ovih savremenih uslova, važno je napomenuti da su pirotski urolozi stalno bili prisutni na svim skupovima u zemlji i na važnijim skupovima u inostranstvu što je doprinelo praćenju naučnih tokova u svetskoj i evropskoj urologiji.

Sastanci urološke sekcije u Pirotu su održani: 1973, 1994. i 1997. godine.

Da nije bilo "Dana urologije"

Na osnovu programa postdiplomske nastave Medicinskog fakulteta u Beogradu, u kome primarno mesto zauzima organizacija sastanka inovacija znanja, u pirotskoj "Otvorenoj bolnici" je od 26. do 28. novembra 1997. realizovan dvodnevni sastanak urologa sa temama iz operativne prakse. Pored predavanja, organizovana je i demonstracija operativne tehnike iz oblasti klasične, rekonstruktivne, endoskopske i laparoskopske urologije prenosom "žive" slike iz operacionih sala. Tako su učesnici sastanka imali mogućnost praćenja operacionih zahvata uz video i audio komunikaciju sa operatorima.

Operatori su bili naši najeminentniji urolozi. Uradili su osam operativnih procedura, a video prenos je praćen sukcesivno iz dva operacione sale. Predstavljene su i procedure koje do sada nisu primenjivane u našoj zemlji.

Organizovana su i dva sastanka tipa okruglog stola.

Ceo tok operativnog programa prenošen je putem Interneta.

"LIVE SURGERY"

Op. SIGMA RECTUM POUCH (MAINZ POUCH II) MODIFIKOVANA TEHNIKA

Prof. J. Hadži – Đokić

Op. TUR PROSTATE – INVACIJE

prof. J. Nikolić

Op. TUR, TUIP, I TUR – EVAPORIZACIJA ADENOMA PROSTATE

Prim. V. Smiljanić

Op. LAPAROSKOPSKA ORHI-DOPEKSIJA

Ass. Dr N. Janić

Op. REKONSTRUKTIVNA OPERACIJA INDURACIJE PENIS PLASTIKA

(PLIKACIONA ILI GRAFT TEHNIKA)

Prof. S. Petrović

Op. LITHOCLAST LITOTRIPSIIJA URETERALNE KALKULOZE

Prim. U. Rundić

Op. INTERSTICIJALNA LASER-SKA TERAPIJA ADENOMA PROSTATE

Ass. Dr M. Lazić

Op. LAPAROSKOPSKI TRET-MAN INGVINALNE HERNIJE

Dr B. Radovanović

Dr M. Čudomirović



ŠKOLA OPERATIVNE UROLOGIJE

SA OSNIVAČKE SKUPŠTINE, PRVE ŠKOLE OPERATIVNE UROLOGIJE NA BALKANU

NOVI VID EDUKACIJE

Osnivačka skupština je održana 2. jula 1998. Osnivači škole su: Medicinski fakultet iz Beograda, Institut za urologiju Kliničkog centra, Zdravstveni centar Piroć i AD "Tigar" iz Piroć

Dobra iskustva zemalja sa razvijenom medicinom u organizaciji skupova tipa "Live surgery procedures" inicirala je potre-

bu formiranja Škole operative urologije.

Programom škole predviđen je novi vid edukacije specijalizanata,



ISTORIJSKI TRENUTAK POTPISIVANJA OSNIVAČKE ŠKOLE

kao i inovacija i edukacija znanja specijalista.

Program kreira katedra Medicinskog fakulteta u Beogradu.

"Otvorena bolnica" Zdravstvenog centra u Piroću kako već ima sve uslove i potrebno iskustvo u realizaciji ovakvih projekata postala je sedište Škole operative urologije.

I Predsedništvo Jugoslovenskog udruženja urologa i urološka sekcija SLD-a 25. 04. 1998. u Prolom banji je podržala ovu inicijativu.

Osnivačka skupština je održana 2. jula 1998. Osnivači škole su: Medicinski fakultet iz Beograda, Institut za urologiju Kliničkog centra, Zdravstveni centar Piroć i AD "Tigar" iz Piroć.

UPRAVNI ODBOR:

- prof. Jovan Hadži Đokić, direktor Kliničkog centra u Beogradu i predsednik udruženja urologa Jugoslavije
- prof. Sava Mićić, zamenik direktora Instituta za urologiju i nefrologiju u Beogradu, i predsednik sekcije urologa Srpskog lekarskog društva
- prof. Tomislav Jovanović, prodekan za posle diplomsku nastavu

- Medicinskog fakulteta u Beogradu
- dr Nenad Zdravković, direktor Zdravstvenog centra - Piroć
- dr Miroljub Vasić, upravnik "Otvorene bolnice" - Piroć
- dipl. ing. Dragan Nikolić, generalni direktor AD Tigar
- dipl. ess Ljubiša Mitić, direktor finansija AD Tigar

RUKOVODSTVO ŠKOLE

Predsednik Upravnog odbora:
prof. Jovan Hadži Đokić

Predsednik Naučnog odbora:
prof. Sava Mićić

Predsednik Izvršnog odbora:
novinar Boban Mitić

Direktor Škole operative urologije:
dr Miroljub Vasić

Sekretar Škole operative urologije:
Vesna Anđelković

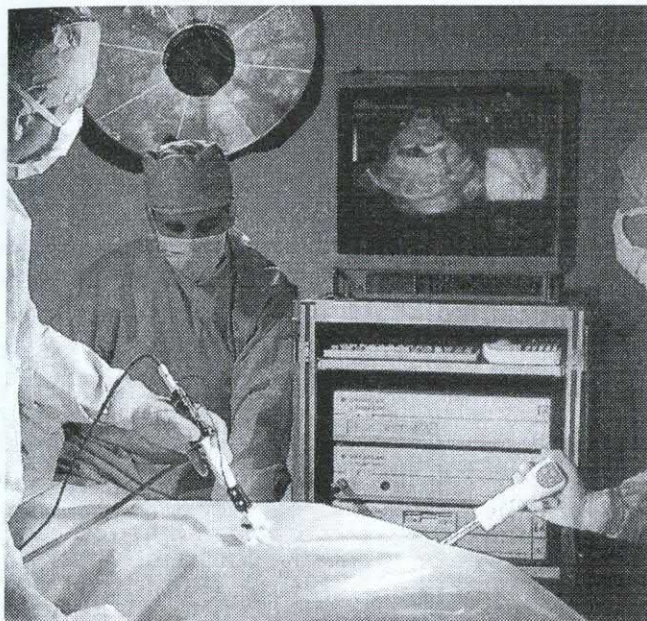
NAUČNI ODBOR

- prof. Jovan Hadži Đokić
- prof. Sava Mićić
- prof. Sava Perović
- prof. Branimir Talić
- prof. Drago Milutinović
- prof. Milan Đokić
- prof. Jovan Stojkov
- prof. Jovan Nikolić
- prof. Dejan Elaković
- Doc. Cane Tulić
- Doc. Miroslav Lazić
- Dr. Vinka Maletić
- Dr. Aleksandar Vuksanović
- Ass. Dr. Zoran Džamić
- prim. dr. Vojislav Smiljanić
- prim. dr. Dragutin Tričković

PLANOVI, AMBICIJE, PERSPEKTIVE

Već u maju novi skup

Stvaranje boljih tehničkih uslova za ambicioznije projekte Škole operativne urologije. Nabavka savremene audio-video opreme i linka



– U prvoj godini rada Škole operativne urologije, planirano je: da se u maju 1998. godine nastave aktivnosti organizacijom novog skupa na kome će se realizovati program inovacija znanja iz oblasti ginekolške urologije.

– Narednih godina internacionalizovati rad Škole učešćem predavača i operatora iz inostranstva.

– Uporedo sa nadgradnjom imidža Škole na prostoru Jugoslavije, raditi i na afirmaciji prisustva urologa iz susednih Balkanskih zemalja.

– Stvaranje boljih tehničkih uslova za ambicioznije projekte Škole operativne urologije. Nabavka savremene audio-video opreme i linka.

– Planirana je i nabavka opreme za unapređenje edukativnog sadržaja programa.

– U finansiranju stvaranja boljih uslova Škole planirano je i uključivanje Ministarstva za nauku i tehnologiju Srbije i Republičkog Fonda za razvoj Srbije.

– Pored izrade dugoročnog petogodišnjeg stručnog i naučnog programa i plana nadgradnje aktivnosti Škole, u planu je i izrada osmišljenog marketinškog projekta i organizacionog programa.

Ministarstvu za zdravlje Srbije dopisom od 29. 04. 1998. godine, obratili ste se sa zahtevom za davanjem saglasnosti za osnivanje "Škole operativne urologije" u Zdravstvenom centru u Pirotu, čiji je pokrovitelj Medicinski fakultet u Beogradu i Institut za urologiju Kliničkog centra iz Beograda.

S tim u vezi obaveštavamo Vas da podržavamo Vaš zahtev imajući u vidu da je ovaj vid edukacije zdravstvenih radnika neophodan radi kontinuiranog praćenja dostignuća u oblasti medicine...

prof. Mladen Prvulović pomoć.
Ministra za zdravlje Republike Srbije

Mi smo posebno zadovoljni velikim odazivom urologa, jer ovo što se moglo videti u Pirotu to su naša najveća dostignuća u ovoj oblasti. Nadam se da će ova Škola biti tradicionalna.

(29. 11. 19978.)

prof. dr. Jovan Hadži Đokić
predsednik udruženja
urologa Jugoslavije

Ono što je urađeno u Pirotu, mogu da se pohvale samo najveći svetski centri. Organizovan je jedan, kako se kaže "vork šop" ili radni sastanak gde naši urolozi, specijalizanti ili već iskusni specijalisti, imaju prilike da kroz hirurgiju uživo odnosno tzv. "lajv hirurgiju" da vide operaciju. Da na jednom mestu vide 5-6 operacija koje su edukativnog karaktera i od velikog značaja za njihovu dalju edukaciju, za njihovu dalju obuku. I mislim da bi ovo trebalo svake godine organizovati.

(29. 11. 1997.)

prof. dr. Sava Perović
Dečja klinika u Tiršovoju

Zahvaljujući mogućnosti direktnog prenosa operacija i internetu, Piroto je danas postao centar hirurgije u Evropi. Brojni hirurzi iz cele Jugoslavije imaju mogućnost i da vide četiri vrhunske operacije

(24. 04. 1997.)

prof. dr. Marko Kontić
predsednik Udruženja hirurga Srbije

Evo u Pirotu, u izvanrednim uslovima, naše kolege imaju mogućnosti da vide po prvi put nove tehnologije u laparoskopskoj hirurgiji. One su velike i svakim danom su sve savremenije. Eto po čemu možemo i mi u Jugoslaviji da idemo u korak sa Evropom.

(24. 04. 1997.)

prof. Radisav Šćepanović
predsednik Jugoslovenskog
udruženja za endoskopsku hirurgiju

Uz savremenu opremu i nega

Za renoviranje i opremanje savremenog stacionara u Dimitrovgradu utrošena dva miliona dinara. – Od kolor doplera do kompjuterizovanog pejsmejkera. – Isti tretman bolesnika kao i u bolnici u Pirotu

Kako smo već pisali, povodom 8. septembra Dana oslobođenja Dimitrovgrada od bugarskog fašizma, građanima i zdravstvenim radnicima naše susedne opštine predana je na upotrebu renovirana Bolnica, koja je građena pre jednog stoleća.

Republički zavod za zdravstvenu zaštitu, Filijala u Pirotu, u renoviranje i opremanje ovog bolničkog stacionara utrošio je više od 600.000 dinara. Ostatak para obezbedili su građani putem mesnog samodoprinosu, a u potpunosti renoviranje i opremanje ove zdravstvene ustanove utrošena su dva miliona dinara.

– Nov stacionar ima 15 bolesničkih postelja, ambulante i u njemu će bolesnici imati isti tretman kao i na Internom odeljenju Bolnice u Pirotu, kaže dr Borka Cekić, načelnik Internog odeljenja pirotke Bolnice.

Sa otvaranjem ovog isturenog odeljenja znatno će se rasteretiti Interno odeljenje u Pirotu, jer je u poslednje vreme veliki pritisak pacijenata ne samo iz Pirota već i susednih opština: Dimitrovgrada, Babušnice i Bele Palanke.

– Stacionar je opremljen najsavremenijom opremom za kardiološke potrebe, kaže specijalista kardiologije dr Georgi

Aleksandrov. To će ekipi lekara i osoblju koje će raditi omogućiti da na najbrži način utvrde dijagnozu i zbrinu pacijente. Reč je o najsavremenijem kolor dopleru, aparatu za snimanje protoka krvi, kompjuterizovanom ergobiciklu, EKG aparatu sa defibrilatorom koji je u stanju da neprestano prati rad srca, kao i druga oprema.

Pored lekara i osoblja koje će stalno brinuti o pacijentima u Stacionaru će ordinirati i lekari iz Pirota tako da će pacijenti imati najkvalitetniju internističku zaštitu.

N. Č.
(Iz Slobode)

IZ BILTENA SINDIKATA

Neposredan povod sport

Presednik Sindikata, dr Mile Vidanović otvoreno govori o razlozima ostavke

Predsednik Sindikata dr Mile Vidanović na sednici je podneo neopozivu ostavku, koja, kada se desi, postavi mnoga pitanja, od kojih mnoga ostanu bez odgovora. Dr Mile Vidanović nije želeo da članove Sindikata ostavi bez obrazloženja nekih svojih razloga, iz osećaja poštovanja prema njima i daje jedan od njih. Na psotavljena pitanja dao je odgovore, koji se u celosti objavljuju.

– Da li je Vašu ostavku inicirao neki konkretan događaj ili situacija uopšte?

– I jedno i drugo. Neposredan povod je moje neslaganje i protivljenje učestvovanju na sportskim susretima zdravstvenih radnika u Vrnjačkoj Banji. Nisam protivnik sporta, ali sam smatrao, i sada isto mislim, da u ovom trenutku za Sindikat postoji sijaset važnijih stvari, kojima

organizacija ne poklanja dovoljno pažnje.

Tačno je i to da me je celokupna situacija navela da se odlučim na ovakav korak. Ako se sećate, na početku mandata sam obećao da ću se truditi da Sindikat vratim sa margina događanja, na koje je potisnut. Na žalost, čini mi se da je uloga Sindikata još više marginalizovana, a da ja pri ovakvoj organizaciji ne vidim način da ostvarim obećanje...

UPUTSTVO ZA AUTORE I SARADNIKE

RUKOPISI TREBA DA ODGOVARAJU SLEDEĆIM KRITERIJUMIMA:

1. Radove kucati pisaćom mašinom na srpskom jeziku, sa jedne strane lista papira formata A4, sa dvostrukim proredom i slobodnom ivicom sa leve strane 5 cm, a sa desne 2 cm.

Primaju se i rukopisi snimljeni na računarskoj disketi s oznakom korišćenog tekst-procesora (diskete se vraćaju).

2. Naslov rada na srpskom jeziku kucati velikim slovima.

3. Prezime i ime autora i koautora, naziv ustanove.

4. Radovi treba da sadrže – uvod, cilj rada, metod, rezultate, diskusiju, zaključak i literaturu. Prikazi slučajeva treba da sadrže – uvod, prikaz slučaja, diskusiju i literaturu.

5. Kratak sadržaj (≤ 200 reči) sa ključnim rečima (≤ 5 reči) i engleskim prevodom (Summary; Key words), priložiti na posebnom listu papira.

6. Poželjno je da rukopis sa svim priložima ne bude duži od 6 stranica. U tekstu obeležiti mesto za svaki prilog (ne ostavljati prazan prostor i ne lepiti priloge). Priloge (tabele, dijagrame, šeme, grafikone i sl.) dati na posebnom listu i označiti rednim brojem. Fotografije – crno bele staviti u posebnu kovertu i označiti rednim brojem i tekstom.

7. Sve mere moraju biti iskazane u Si jedinicama.

8. Literatura se navodi na posebnom listu, po redosledu citiranja u tekstu, u kome se označava navođenjem rednog broja arapskom cifrom u zgradi.

Citira se po Vankuverskim pravilima. Tako se referenca iz časopisa citira na sledeći način: prezime, početno slovo imena, pun naslov rada, skraćeni naziv časopisa, godina izdavanja, volumen, sveska, potom početna i završna stranica na kojima je članak objavljen – primer Abrams A, Melrose R, Acinic cell tumors of minor salivary gland origin USA-

Oral Surg 1978; 46 (2); 220-223. Knjige se navode tako što se ispisuje prezime i početno slovo imena autora, naziv dela, godina izdanja i broj stranica knjige. Primer: Štajner A. Tumori maksilofacijalnog područja, I izdanje, Dečje novine, Gornji Milanovac 1988; 428. Reference iz zbornika radova – prezime i početno slovo imena urednika (ako ga ima), naziv zbornika, odnosno kongresa, simpozijuma i sl., mesto održavanja sastanka, izdavač, godina izdanja, početna i završna stranica na kojima je članak objavljen primer: Marković P. Živković L. Uticaj zračenja na pojavu recidiva. Zbornik radova "II kongres lekara", Vrnjačka Banja 1975; 315-6.

Navode se imena najviše četiri autora, ako ih je više iza četvrtog se dodaje – i saradnici.

9. Na kraju rada autor treba da navedu svoju punu adresu.

10. Za recenziju radova, Uređivački odbor angažuje kompetentne recenzente, koji su anonimni.

Epidemiologija dečje astme na pirotskom području

Mile Vidanović, Aca Vacić

Služba za zdravstvenu zaštitu dece i omladine, Z. C. Pirot

SAŽETAK

Prema mnogim ispitivanjima učestalost astme svuda u svetu raste. Želeli smo da dobijemo uvid u neke epidemiološke karakteristike ove bolesti kod dece pirotskog područja. Analizirali smo medicinsku dokumentaciju dece rođene 1982. i 1989. godine. Ukupno je pregledano 1553 zdravstvena kartona. Dobijeni rezultati ukazuju da je za 7 godina došlo do dvostrukog porasta prevalencije astme i da je kod malog procenta dece zastupljen savremeni pristup lečenja inhalacionim kortikosteroidima. (iks).

U budućnosti, treba naročito pojačati zdravstveno vaspitni rad sa decom i roditeljima u cilju propagiranja inhalatornog lečenja koje je nedvosmisleno dokazalo najveću efikasnost u kontroli ove rasprostranjene i teške hronične bolesti.

Ključne reči: dečja astma, inhalatorno lečenje, zdravstveno vaspitanje.

SUMMARY

According to many studies the frequency of asthma occurrence is increasing all over the world. We wanted to find out some of epidemiologic characteristics of this disease in children of Pirot region. We have analyzed medical files of children born in 1982 and 1989. The total of 1553 files were reviewed, and obtained results show us that modern therapy using corticosteroids inhalers was applied in small number of young patients.

In the future, we must intensify of educational program for children and their parents to explain them the benefit of inhalants usage in asthma treatment, which undoubtedly proved the highest efficiency in asthma treatment, which undoubtedly proved the highest efficiency in control and treatment of this wide spread and very serious chronic disease.

Key words: children's asthma, inhalational treatment, educational program.

Da bismo imali ispravnu strategiju, koju mislimo da sada u potpunosti razrađenu nemamo, za borbu protiv ove bolesti, za borbu koja nije laka, smatrali smo da treba početi od samog definisanja problema. U tom smislu uzeli smo za cilj da steknemo uvid u situaciju o prevalenciji astme i srodnih oboljenja na našem području, o načinu na koji se organizuje lečenje i provode određene preventivne mere.

MATERIJAL I METODA

Uradili smo retrospektivnu analizu medicinske dokumentacije dve generacije osnovnoškolske dece. To su deca rođena 1989 i 1982 godine. Iz mlađe grupe pregledano je 763 zdravstvena kartona, iz starije 790, što sve zajedno iznosi 1553 zdravstvena kartona. Tražili smo i evidentirali onu decu u čijim kartonima stoji i više puta je ponovljena Dg Astma. Zatim, interesovali su nas kartoni u kojima, iz mlađe grupe, tri i više puta stoji Dg Bronchitis recidiva obstruens uz karakteristične anamnestičke podatke o kašlju i/ili otežanom disanju i sviranju u grudima, a uz obavezno datu antiobstruktivnu terapiju koja se sastojala od bronhodilatatorne i/ili hormonske terapije.

U starije analizirane dece za kriterijum smo uzimali 5 ili više ovakvih dijagnoza odnosno antiobstruktivnih terapija.

REZULTATI I DISKUSIJA

Kod dece rođene 1989. god Dg Astma nalazimo u 22 slučaja što predstavlja prevalenciju od 2,8%. Od

UVOD

Astma je bolest koja je i do sada imala a svakim danom dobija sve veće socijalno-medicinsko značenje. Ona predstavlja najčešću hroničnu bolest dece, a čini oko 1/3 svih hroničnih oboljenja u dečjem uzrastu. Ove činjenice same za sebe dovoljno govore o važnosti bavljenja ovom problematikom a ono što daje dodatnu težinu svemu tome, jeste podatak da prema mnogim ispitiva-

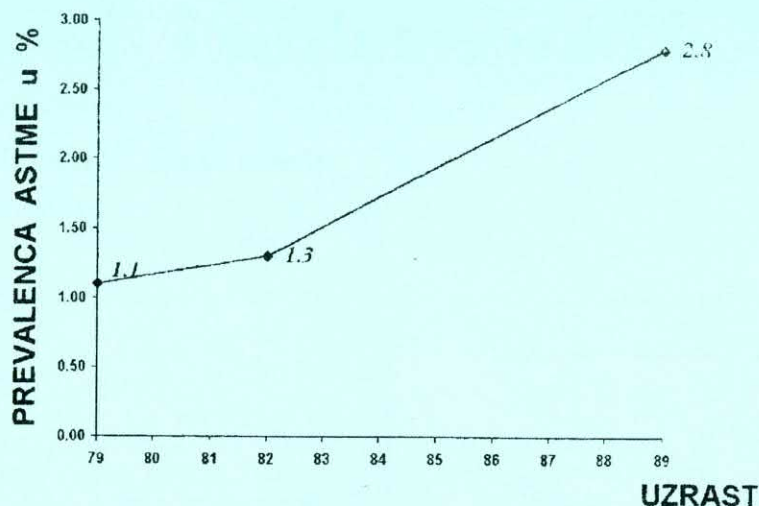
njima učestalost astme svuda u svetu raste.

Za naše geografsko podneblje postoje različiti podaci. Tako, Šićević navodi da se učestalost astme u različitim sredinama kreće od 0,5 do 10%, Mardešić daje opštu prevalenciju od 1,5%, a Nestorović tvrdi da učestalost astme među školskom decom Beograda iznosi oko 11%, a u Podgorici oko 5% itd.

STRUČNI RAD – SCIENTIFIC PAPERS

toga, 16 deteta ili 73% ima alergijsku a 6 deteta ili 27% nealergijsku (intrinsic) astmu. Kao što se vidi na tabeli, profilaksa je na različite načine zastupljena. Najveći procenat dece (45%) je na peroralnoj profilaksi ketotifenom a najmanji broj (13%) dece provodi profilaksu inhalacionim kortikosteroidima (IKS).

U generaciji rođenoj 1982. god Dg Astma nalazimo kod 11 deteta što čini prevalencu od 1,3%. Ovde, najveći broj dece provodi profilaksu inhalatornim lekovima i to: 27% povremeno upotrebljiva hromolin a isti postotak povremeno koristi IKS. U starijoj generaciji je već sazrelo uverenje o najmanjoj efikasnosti peroralnih preparata, tako da ovde profilaksu ketotifenom provodi manji broj dece – 18%.



GRAFIKON KRETANJA PREVALENCE ASTME KOD DECE PIROTSKOG PODUČJA

DECA ROĐENA 1989. GOD.			DECA ROĐENA 1982. GOD.		
ASTMA	22	2.8%	ASTMA	11	1.3%
Profilaksa ketotifenom	10	45%	Profilaksa ketotifenom	2	18%
Profilaksa hromoglikatom	4	18%	Profilaksa hromoglikatom	3	27%
Profilaksa inh. k. k.	3	13%	Profilaksa inh. k. k.	3	27%
Recid obstr. br.	46	6%	Recid obstr. br.	24	3%
Profilaksa ketotifenom	6	13%	Profilaksa ketotifenom	8	33%
UKUPAN BROJ DECE 763			UKUPAN BROJ DECE 790		

EPIDEMIOLOGIJA ASTME KOD DECE PIROTSKOG PODRUČJA

I u jednom i u drugom godištu, kada se radi o recidivnom obstruktivnom bronhitisu, profilaksa, ukoliko je uvedena, rađena je isključivo ketotifenom. Kod mlađe u 13 a kod starije dece u 33%.

U starijoj uzrastnoj grupi, samo se kod 3 deteta koja boluju od astme upražnjava spirometrijsko praćenje bolesti što je nedopustivo malo s obzirom na mogućnost potpune saradnje.

ZAKLJUČAK

Učestalost astme kod dece pirotskog područja značajno raste. Za 7 godina došlo je do dupliranja prevalence od 1,3 u starijem na 2,8% u mlađem uzrastu. Za očekivati je regrutovanje novih slučajeva u mlađem uzrastu i grupe dece sa recidivnim obstruktivnim bronhitisom a naročito stoga što je i ovde procenat kod mladih duplo veći – 6 prema 3%.

U mlađem uzrastu mali broj dece (13%) koristi IKS.

Spirometrija se nedovoljno koristi i u dijagnostici i kod praćenja astmatičnih bolesnika.

Karakteristično je, da ni jedno dete iz obe grupe sa recidivnim obstruktivnim bronhitisom ne upražnjava profilaksu sa hromolinom i IKS, a sigurno je da dobar broj njih, ako ne i svi, imaju ustvari astmu pa stoga povremeno zahtevaju baš takve lekove. Zbog toga, smatramo da je manje zlo proglasiti nešto za astmu a da to nije, nego li ostavljati da pod Dg Bronchitis recidiva obstruens bolest napreduje. Jer, očigledno je, da sam pojam astme navodi i roditelje i lekare da bolest ozbiljno shvataju, što ima pozitivne reperkusije na lečenje.

Na kraju, želimo da naglasimo, da u nastojanju da se dečja astma pravilno shvati i leči, nesumnjivo ažno mesto pripada zdravstveno-vaspitnom radu sa decom i roditeljima. Danas mi kvalitetom toga rada nikako ne možemo biti zadovoljni.

LITERATURA

1. **Mardešić D.:** Pedijatrija, Školska knjiga, Zagreb 1986.
2. **Nestorović B.:** Dečja astma, Privredne publikacije, Beograd, 1994
3. **Šićeović S.:** Plućne bolesti u dece, Savremena administracija, Beograd, 1990.

Mikroemulzije i višestruke emulzije

Sladana Živić, Slavica Pavlović

Apotekarska ustanova Pirot

SAŽETAK

U radu su prikazane značajne osobine, tehnologije izrade i mogućnost upotrebe mikroemulzija i višestrukih emulzija koje danas zauzimaju značajno mesto u farmaceutskoj i kozmetičkoj industriji.

Ključne reči: mikroemulzije, višestruke emulzije, osobine, izrada, upotreba.

SUMMARY

In this article authors discussed the significance characteristics, technologys of manufacturing and possibility to used microemulsions and multiply emulsions wich today have a important place in farmaceutical and cosmeceutical industry.

Key words: microemulsions, multiply emulsions, characteristics, production, employment.

UVOD

Emulzije su disperzni sistemi koji se sastoje iz dve tečne faze (masne i vodene) koje se međusobno ne mešaju, već je jedna dispergovana (raspršena) u drugoj. Fino dispergovanje ulja i vode zahteva veliku kontaktnu površinu, a pošto je za stvaranje novih međupovršina potrebno dovesti energiju u sistem (u

obliku toplote i/ili mehaničkog mešanja) uloženi rad se može prikazati kao proizvod međupovršinskog napona i promene površine :

$$A = \sigma \cdot S$$

A – uloženi rad

s – međupovršinski napon

S – promena površine

Uloženi rad se ugrađuje u sistem kao slobodna međupovršinska energija koja ustvari predstavlja potencijalnu energiju sistema.

U cilju smanjenjnja ukupne energije sistem će težiti da smanji kontaktnu površinu tako što će kapljice zauzeti sferičan oblik (minimalna energija za dati volumen). Sferičan oblik koji ima dispergovana faza može uzrokovati spajanje (koalescenciju) ovih kapi što vodi ka separaciji faza, koja je za emulziju nepoželjna. Samo dovođenje energije dvofaznom sistemu ulja i vode nije dovoljno da se dobije stabilna mešavina ulja i vode, odnosno stabilna emulzija.

Da bi se smanjila potreba za energijom i povećala stabilnost emulzije potrebno je dodati emulgator ili emulgatore. Uobičajena podela emulgatora je na:

- * površinski aktivne materije (PAM) ili surfaktante
- * hidrofилne koloide
- * fino usitnjene čvrste supstance

OSOBINE, IZRADA I PRIME-NA MIKROEMULZIJA

Izraz mikroemulzije prvi je upotrebio britanski hemičar Schulman sa saradnicima, ne uzimajući u obzir stvarno postojeću mikrostrukturu, već da opiše nisko viskozne, transparentne i optički izotropne tečnosti, koje su se odlikovale posebnom termodinamskom stabilnošću Š1Ć.

Mikroemulzije su tečne disperzije ulja, vode i amfifila koje su optički izotropne i termodinamski stabilne Š1Ć.

Mikroemulzije se mogu definisati i kao koloidni rastvori koji sadrže normalne i inverzne micle(2).

Mikroemulzije predstavljaju pseudotrokomponentne mešavine iz :

- * vodene faze,
- * uljane faze
- * PAM/koPAM – (binarni sistem)

Izrada mikroemulzije je u osnovi vrlo jednostavna. Može se izvesti sa vrlo malo opreme jer ukoliko su formulacije dobro osmišljene nije potrebno koristiti mešalice ili homogenizaciju. U literaturi postoji veliki broj opisanih metoda za izradu mikroemulzionih sistema. Rosano Š3Ć je opisao četvorostepeni proces za pripremanje U/V mikroemulzija koji uključuje:

1. Odabiranje PAM rastvornog u uljanoj fazi.

PREGLEDNI ČLANCI – REVIEWS

2. Rastvaranje odabranog emulgatora u ulju u količini potrebnoj za dobijanje mlečne U/V emulzije.

3. Dispergovanje uljane faze u vodi.

4. Dodavanje druge hidrosolubilne PAM da bi nastala potpuno providna U/V mikroemulzija.

Prema literaturnim podacima za izradu mikroemulzija mogu se koristiti i druge metode Š4C:

Metod inverzije: mešavini masne faze i emulgatorskog para uz zagrevanje (70°C) na vodenoj pari dodaju se male količine vode sukcesivno koja je takođe zagrevana na istu temperaturu. Laganim dodavanjem vode sistem prelazi iz disperzije tipa V/U preko faze viskoelastičnog gela u tečnu U/V mikroemulziju.

Gelirajuća metoda: prvo se pripremi gel od odabranog lipofilnog emulgatora i vodenog rastvora aminokiseline ili njene soli. Nastali gel se disperguje u uljanu fazu a u tu smešu se dodaje voda dok se sva voda ne emulguje.

Dermofarmaceutska primena

Pri dermofarmaceutskoj primeni mikroemulzija sa lekovitom supstancom povećaju biološku raspoloživost lekova. Mogući su lokalni efekti i u dubljim slojevima kože kao i sistemski efekti, što pruža mogućnost upotrebe mikroemulzija kao transdermalnih terapijskih sistema, odnosno nosača lekovitih supstanci za TTS.

Mikroemulzioni sistemi imaju veliku sposobnost solubilizacije lekovitih supstanci, bolja je fiziološka podnošljivost i veća je stabilnost lekova u poređenju sa micelarnim rastvorima ili čistim rastvaračima (6).

Parenteralna primena

Veličina čestica je manja, a upotrebom tenzida koji su fiziološki prihvatljivi parenteralno se

može iskoristiti njihova sposobnost poboljšanja rastvorljivosti teško rastvornih lekovitih supstanci u U/V mikroemulzijama.

Peroralna primena

Mikroemulzije sa vodom kao kontinuiranom fazom mogu da se koriste i kao tečni dozirani oblici liposolubilnih lekovitih supstanci pri peroralnoj primeni. Lek dat putem mikroemulzije trenutno je raspoloživ za apsorpciju i u većini slučajeva se brže i efikasnije resorbuje nego ista količina data u obliku tableta ili kapsula. Idealni su "drug delivery" sistemi za steroide, hormone, diuretike i antibiotike (4).

Oftamološka primena

Poslednjih nekoliko godina mikroemulzije su proučavane kao nosač i lipofilnih i hidrofilnih lekovitih supstanci za lokalnu upotrebu u oftamološkim preparatima. Povećana je okularna raspoloživost i produženo delovanje lekovite supstance (snizavanje intraokularnog pritiska) u poređenju sa standardnim vodenim rastvorima jednog derivata pilokarpina (7).

Glavni nedostatak mikroemulzija kao nosača lekova je visok sadržaj tenzida što može dovesti do neželjenog efekta lekovitog preparata, upravo zbog upotrebljenih surfaktanata.

OSOBI NE, IZRADA I PRIMENA VIŠESTRUKIH EMULZIJA

Višestruke emulzije (multiple, polifazne, emulzije višeg reda) mogu se definisati kao kompleksni sistemi kod kojih kapi dispergovane faze sadrže manje dispergovane kapi tečnosti koje su identične ili slične spoljašnjoj kontinuiranoj fazi. Ove emulzije

se dakle mogu smatrati emulzijama emulzija.

Postoje dva glavna tipa ovih emulzija:

* V/U/V gde je V/U emulzija dispergovana u vodi

* U/V/U gde je U/V emulzija dispergovana u ulju

Pored ova dva najjednostavnija tipa višestrukih emulzija postoje i znatno složenije (trostruke, četvostruke itd.).

U sastav multiplih emulzija ulaze (8):

* primarni emulgatori za nastajanje stabilne, primarne V/U emulzije (jedan ili kombinacija više lipofilnih emulgatora HLB<6)

* sekundarni emulgatori, omogućavaju formiranje višestruke emulzije. U slučaju V/U/V emulzije to su hidrofilni emulgatori bez afiniteta prema uljanoj fazi HLB>16

* masna faza

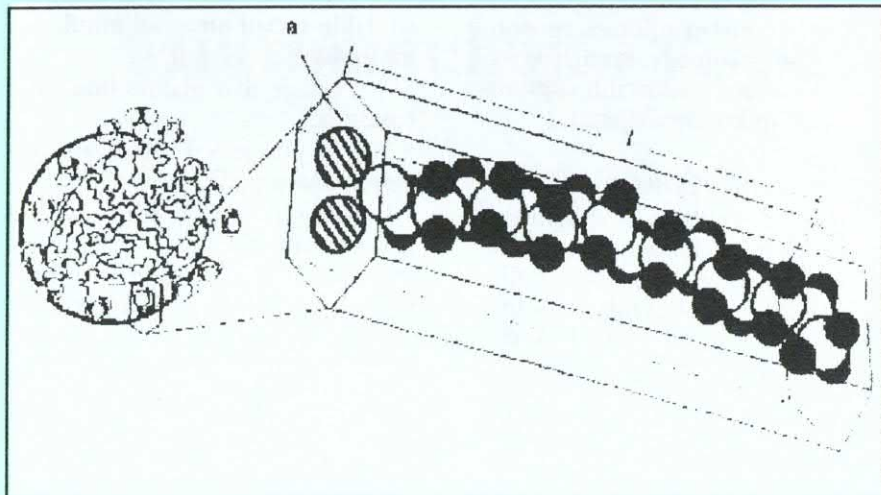
* vodena faza.

Dvostepeni proces izrade višestrukih emulzija(8)

U ovom postupku se prvo izrađuje V/U ili U/V jednostavna emulzija koja se zatim disperguje u vodenu ili uljanu fazu. Dobra karakteristika i prednost ovog postupka u odnosu na jednostepeni što ovaj metod omogućava upotrebu unutrašnje vodene faze koja može biti drugačijeg sastava od spoljašnje vodene faze kod V/U/V višestrukih emulzija.

Jednostepeni proces izrade višestrukih emulzija (9)

U novije vreme sve češće se koristi izrada višestrukih emulzija jednostepenim postupkom. Njime se dobija V/U/V emulzija u kojoj unutrašnja vodena faza ima isti sastav kao i spoljašnja. Ovaj način je lakši od dvostepenog, ali ne omogućava odvajanje različitih aktivnih komponenti u dvema vodenim fazama.



Sl. 1. Šematski prikaz geometrije PAM molekula (5)

Jednostepeni postupak izrade podrazumeva dobijanje višestrukih emulzija inverzijom faza zatim direktno emulgovanje za nastajanje emulzija sa oleosomima kao i nastanak višestrukih kapi i lamelarne kristalne gelske mreže.

Primena višestrukih emulzija se zasniva na činjenici da postoji središnji sloj koji se ponaša kao membrana i koji odvaja dve tečne faze koje se mogu mešati. Iako sa velikom potencijalnom primenom, još uvek je ograničavajući faktor njihova stabilnost.

* Višestruke emulzije mogu biti nosači za lekovite supstance koje imaju neprijatan ukus, nosači vakcina (virus gripa)

* Ciljna terapija (targeting-sistem) omogućava da se primenom V/U/V emulzija intramuskularno i intraperitonealno emulzije kapi dovedu u limfni sistem i u regionalne limfne čvorove.

* U poslednjih nekoliko godina javljaju se kozmetički preparati koji su izrađeni kao višestruke emulzije. Emulzije V/U/V u kozmetologiji pokazuju dobre osobine U/V emulzija: lako nanošenje, dobar efekat hlađenja i ne lepe se. S druge strane, one pokazuju i dobre osobine V/U

emulzija, kao što su izazivanje prijatnog osećaja na koži i duže zadržavanje vlage. Ovi sistemi su izuzetno pogodni za mešoviti tip kože. Smatra se da se primenom kremova tipa višestrukih emulzija može postići vlaženje kože sa produženim delovanjem ili se koža može zaštititi od bioloških agenasa. Višestruke emulzije se u kozmetologiji mogu koristiti i za izradu parfemisanih proizvoda sa laganim otpuštanjem mirisa (10).

ZAKLJUČAK

U farmaceutskoj praksi, odnosno prema Ph. Jug IV termin emulzija se primenjuje za tečne preparate namenjene za peroralnu primenu. Međutim, emulzije imaju širu primenu, koja što je parenteralna, topikalna i transdermalna.

Naravno, biće uvek umetnosti u razvoju preparata, ali će nauka kontrolisati mnogo više od samog formulisanja preparata. Smatra se da će se u narednih 10-15 godina najviše razvijati polimerni emulgatori, i posebno tzv. biodegradabilni tenzidi koji će imati veliki značaj u budućnosti.

LITERATURA

1. Schulman, J., Stocckenjus, V., Prince, M., J. Phys. Chem. 63(1959) 16-17
2. Frieberg, E., Bothoorel, P., Microemulsion Structure and Dynamics, CRS Press, Inc., Boca Paton FL 1987
3. Rosano, L., Cacallo, L., Chang, L., Microemulsions: a commentary on their preparation, J. Soc. Cosm. Chem. 39, 1988, 201-209
4. Primorac, M., Framaceutsko-tehnološko i biofarmaceutsko ispitivanje mikroemulzionih sistema za dermatofarmaceutsku primenu, Doktorska disertacija, Beograd, 1992
5. Tadros, T., Future Developments in Cosmetic Formulations, ICI Surfactant's, publication RP68/91E, Everberg 1991
6. Fevrier, F., Microemulsions for Topical Application, 10th Pharm. Techn. Conference, Bologna, Italy 1991
7. Benita, S., Submicron Emulsions for Ocular Delivery, 3rd., Jerusalem Conference on Pharmaceutical Sciences and Clinical Pharmacology, Jerusalem Israel, 1996
8. Flarence, A., T., Whitehill, D., Macro and Microemulsions, A.M. Chem. Scoc. Edit., 272, 1986, 359-380
9. Taelman, M., C., Loll, P., In – Cosmetics Conference in Barcelona, Spain, March 1994
10. Vasiljević, D., Formulacija i ispitivanje višestrukih emulzija V/U/V tipa za primenu u dermofarmaciji, magistarski rad, Beograd, 1992

Savremena medicinska tehnologija i lekarska etika

Aleksandar Ćirić, Višeslav Rančić

Zdravstveni centar Pirot

Od Hamurabijevog zakonika preko egipatskih papirusa indijske, jevrejske i kineske kulture sve do grčke začeci medicinske etike tesno su spojeni u jedno jezgro genijem i radom Hipokrata – koji se s pravom smatra ocem medicine i tvorcem etike u medicini.

Osnov savremene medicinske etike je humanost. Humanizam je sveto načelo medicinske etike i kao što je antički lekar činio svoje usluge u ime bogova, lekar današnjice pre svega posvećuje svoj život humanosti čoveka.

Zdravstveni radnici, a pre svega lekari, svojim opredeljenjem za lekarski poziv deklarirali su se kao prioritetni zastupnici humanizma i etike, pa stoga ne mogu da ostanu pasivni u svojoj neočekivano dubokoj moralnoj krizi društva koja stihijnom snagom ruši moralne norme i u zdravstvenoj službi.

Zdravstveni radnici, a u prvom redu lekari, spadaju u mali broj profesionalnih kategorija, koje danas imaju svoje utvrđene etičke principe formulisane u obliku pisanih normi u kodeksu. Sačinjavanje

kodeksa etičkih zahteva a u pogledu formiranja etike lekara ima svakako svoju svrhu. Princip morala izražen u etičkim normama, zahtevi za etičkim kodeksima jesu odraz društvenog interesa, pa se kao takav nalazi pod budnom pažnjom javnog mnjenja.

U kosmopolitskim razmerama posmatranja svojevremeni čovek je potpuno nezadovoljan ovim svetom mada ovaj, u ukupnom zbiru nikada dosad nije bio bolji, niti humaniji, ni prosvećeniji, niti bogatiji. Pa u čemu je onda paradoks?

Naime, prosvećen čovek uviđa da u poređenju sa ogromnim razvojem nauke i tehnike, etički razvoj ljudskog društva primetno zaostaje. Stvara se novi, tehnički mentalitet čoveka, čiji je um oslobođen etičkog korektiva, potpuno u službi tehnike, savremeni čovek gubi svoju primarnu etičku supstancu.

Međutim, problem koji nas zdravstvene radnike uže profesionalno interesuje jeste negativan etički uticaj tehnike u medicinskoj praksi. Verovatno je to domen u kome

mogu da se na najosetljiviji način izraze i zabeleže negativna dejstva savremenog tehnicizma, pošto je u pitanju oboleli čovek, kome je ugrožena najveća intimna vrednost – zdravlje i koji razodeven do gole duše, lišen svih poza, spreman je da izrekne najtežu, poslednju istinu i optužbu.

Uvođenjem sve brojnije i sve moćnije tehnike i medicinu dolazi do potiskivanja duhovnih i etičkih svojstava lekara. Lekar gubi ljudsku toplinu, koja je predstavljala primatnu moralnu vrednost u odnosu Lekar-pacijent, naročito u ranijim periodima, kada su konkretna naučna medicinska znanja bila malobrojna. Međutim, ta etička svojstva su isto tako neophodna i danas, utoliko pre, što je još uvek veoma golem repertoar naučne nemoći savremene medicine, pa je i danas neophodno da se te praznine nauke popune etičkom toplinom lekarske duše.

Između lekara i bolesnog čoveka interponira se mašina i makar koliko ona bila "savršena" ona ostaje mrtva mašina, dok nasuprot tome,

proces dijagnostike i predstavlja živi, neposredni i čulni dodir između lekara i bolesnika. Svedoči smo da savremeni lekar, gonjen ritmom i tempom moderne medicinske mašinerije "nema vremena" za mirne i klasične medicinske postupke. Lekar postaje produžetak, sluga, rob mašina, umesto da bude obrnuto. Lekar dobija "gotove rezultate" kojima mora da veruje čak i onda kada stvarno protivureče kliničkoj slici, odnosno neposredno čulno opažanje nad stanjem bolesnika. Ograničava se i degeneriše sposobnost samostalnog mišljenja, analize i sinteze.

Usavršenost i velika složenost lečenja u savremenoj medicini, uz upotrebu vrlo složeni aparata i postupaka, postavljaju i druge probleme u odnosu na humanost. Naime, zahtevaju veliku stručnost, savesnost i pažnju i lekara i pomoćnog lekarskog osoblja. Kada se to poveže činjenicom ogromnim brojem bolesnika u više i manje opštoj socijalizaciji medicine, onda se opet postavlja pitanje društvenih sredstava za obezbeđivanje potrebnih stručnjaka, ali i za viši stupanj njihovog vaspitanja, osobito moralnog i humanog. A vaspitanje u humanosti često je i teže nego obrazovanje u stručnosti, kao što je i nadzor nad savesnim vršenjem medicinskih usluga teško sprovesti. U mnogim društvima se oseća pad morala

medicinskog osoblja, pogotovu gde nema dovoljno sredstava da mu se održi zadovoljavajući standard nagrade, pa se javljaju mito, protekcija i slično.

Postoji očevidan raskorak i sukob između interesa lekara i interesa bolesnika. Lekar je zainteresovan da dođe do višeg naučnog saznanja, do većeg ličnog prestiža, do materijalnog bogatstva, do juče društvene moći i, ne na poslednjem mestu, mada ne uvek, do moralne satisfakcije ako uspe da bolesniku ukaže efikasnu pomoć. Što se samog bolesnika tiče on je zainteresovan za to da bude dobro izlečen, podrazumevajući tu humani odnos kao preduslov.

Etička obaveza lekara je da bude i prosvetitelj u ordinaciji. Teško je zamisliti uspešnost te uloge pri pregledu više desetina pacijenata. Ako svemu tome dodamo dosta bednu nagradu za odgovoran, iscrpljujući posao, koja je ispod one koja ostvaruje veliki broj Jugoslovena za sat – dva, radnog vremena dnevno često problematičnog posla, onda sve to liči na čudan cinizam, na nerazumnu osvetu primitivizma.

Iz ovog kratkog i nepotpunog pregleda jasno proizilazi da je to značajan problem koji treba rešavati. Ali razume se, mere ne mogu ni izbliza da budu efikasne kao sopstvena lekarska savest. Lekar treba da radi zaista iz "poziva" (nečeg uzvišenog), a ne po profesiji.

LITERATURA

1. **Anre Monroa** o lekarskom pozivu, *Medicina danas*, II, 9, 1966, 570-596
2. **Perišić, Ž.**: *Zdravstvena zaštita*, XVII, 1988, 5-9, Bgd.
3. **Nikoliš, G.**: *Zdravstvena zaštita*, XVII, 1, 1988, 9-12 Bgd.
4. **Rašković, V.**: *Osnovi sociologije*, Beograd, 1966, 116-125.
5. **Lukić, R.**: *Zdravstvena zaštita*, XVII, 1, 1989, 13-18 Bgd.
6. **Milanović, V.**: *Zdravstvena zaštita*, XIX, 2, 1990, 7-16 Bgd.

Lekar treba da založi sve svoje stručne i intelektualne snage na putu, pre svega moralnog ozdravljenja. Prvo što treba da se učini je povratak dostojanstvu i ponosu. Popraviti slabo istorijsko pamćenje i vraćanje zaboravljenoj istoriji, punoj primera ljudske vrline, često i požrtvovanja, na osnovu kojih smo dobili ime i mesto u istoriji. Bez toga ne može se lutati klizavim stazama ideološkog novatorstva i političkog doktrinarstva, jer okliznemo li se neprivezani za svoje istorijske vrednosti i korene, možemo biti izgubljeni, a privezani za njih možemo sve.

Femoro-politealni by-pass – prikaz slučaja

Nenad Đorđević, Velimir Colić, Srđan Denčić, Aleksandar Lilić

Hirurško odeljenje, Zdravstveni centar Pirot

SAŽETAK

Okluzivne bolesti arterija donjih ekstremiteta su česta oboljenja, te neretko zahtevaju rekonstruktivne hirurške zahvate. Hirurška terapija se primenjuje da bi se spasio oboleli ekstremitet od amputacije ili da bi se pacijent oslobodio klaudikacija. Osnovni operativni postupci su: trombendarterektomija, simpatektomija, by-pass, kontinuitetna transplantacija i angioplastika. Najčešća arterijska okluzija je bedrenog tipa. Femoro-poplitalni by-pass se izvodi da se omogući pulzirajući protok krvi u poplitealnoj arteriji. Najbolji graft je autogena vena safena magna, a takođe se koriste i alotransplantanti (dakron, teflon, goroteks). Prikazani slučaj je bolesnik star 65 godina sa preoperativnom dijagnozom Oclusio a. femoralis superficialis. lat. sin. kod koga je urađen femoro-poplitalni by-pass autotransplantantom. Rezultat lečenja je sasvim dobar i ohrabruje, s obzirom da je to prvi naš slučaj u našoj ustanovi.

Ključne reči: arterija femoralis superficialis, femoro-poplitalni by-pass, v. safena magna.

UVOD

Rekonstruktivni operativni zahvati u vaskularnoj hirurgiji najčešće se izvode u slučajevima okluzivnih bolesti arterija.

SUMMARY

Occlusive illnesses of lower limbs' arteries are frequent diseases, often requesting reconstructive surgical therapy is applied to save affected extremity from the amputation or eliminate the claudication. Basic operative procedures are: trombendarterectomy, sympatectomy, by pass, continuity transplantation and angioplastics. The most often occlusion is that of femoral (tigh) type.

The femoral - popliteal by-pass is done to achieve ie to recover pulsating blood flow in the popliteal artery. The best graft is the one taken from saphena magna vein, but allotransplants can be used also (dakron, teflon, gorotex). The case is shown of 65 years old male with preoperative diagnosis: Oclusio a. femoralis superficialis. lat. sin.

In this case the femoral-poplital by-pass was done using autotransplant. The treatment results is very good and encouraging, because it was the first case of this kind in our hospital.

Key words: arteria femoralis superficialis, femoral popliteal by-pass, v. safena

Okluzije arterija donjih ekstremiteta predstavljaju relativno često oboljenje.

Glavni uzroci su:

1. ateroskleroza, trombangitis obliterans (M. Burger),

3. endarteritis obliterans,

4. angiopathia diabetica i

5. druga oboljenja, kao npr. medionekroza Monckeberg i cistična medionekroza Erdheim.

Ateroskleroza se karakteriše zadebljanjem intime zbog lokalnog nakupljanja lipida te se stvara aterom, tj. ateromatozna ploča. To je po pravilu generalizovana bolest koja je oko 5-6 puta češća u muškaraca nego u žena. Predstavlja najčešće oboljenje arterija.

Glavni faktori rizika su: povišeni serumski lipidi, dijabetes, hipertenzija, pušenje, gojaznost, nasleđe i dr. Učestalost oboljenja varira u geografskim područjima. Tako na primer u Evropi boluje 1,5% muškaraca ispod 50 godina i oko 5% iznad 50 godina od hronične insuficijencije krvnih sudova donjih ekstremiteta kao posledice ateroskleroze.

Osnovna njena posledica je dilatacija i okluzija lumena arterije. Javlja se segmentno i na predilekcionim mestima kao što je bifurkacija aorte, na a. subklaviji pri prolazu između klavikule i prvog rebra, na a. femoralis superficialis u Hunterovom kanalu. Takođe se javljaju promene pri prisnom dodiru dve arterije carotis interne i eksterne.

PRIKAZ SLUČAJA – CASE REPORT

Trombangitis obliterans je sistemsko oboljenje nepoznate etiologije koje započinje u mlađem uzrastu od 20 do 40 godina.

Oboljevaju pre svega muškarci pušači. Često je praćeno migrirajućim flebitima.

Karakterističan je periferni tip obturacije, obično arterija potkolenica.

Endarteritis obliterans karakteriše se aseptičkim zapaljenjskim procesom koji započinje na intimi. Ima blažu kliničku sliku od trombangitisa.

Angiopatia diabetica. Dijabetičari imaju često aterosklerotične promene na perifernim arterijama. Poseban oblik je dijabetična mikroangiopatija.

Gore navedena oboljenja imaju tipičnu kliničku sliku s obzirom da izazivaju okluziju arterija, a međusobno se razlikuju po svojim osobenostima. Kliničkom slikom dominiraju sledeći simptomi: intermitentna klaudikacija, bol u miru, gubitak arterijske pulzacije na tipičnom mestu, sniženje kožne temperature i gubitak dlakavosti.

Prema Fontaineu razlikuju se četiri stadijuma bolesti:

I stadijum – nema znakova bolesti (postoji samo osetljivost na hladnoću),

II stadijum – intermitentna klaudikacija,

III stadijum – bol u miru i

IV stadijum – ulceracija i gangrena sa bolovima.

Iako je klinička slika prepoznatljiva za potvrdu dijagnoze, u cilju usmerene terapije koriste se i dopunski dijagnostički postupci: dopler sonografi-

ja, mehanička oscilografija, pletizmografija, elektronska oscilografija, arteriografija i dr.

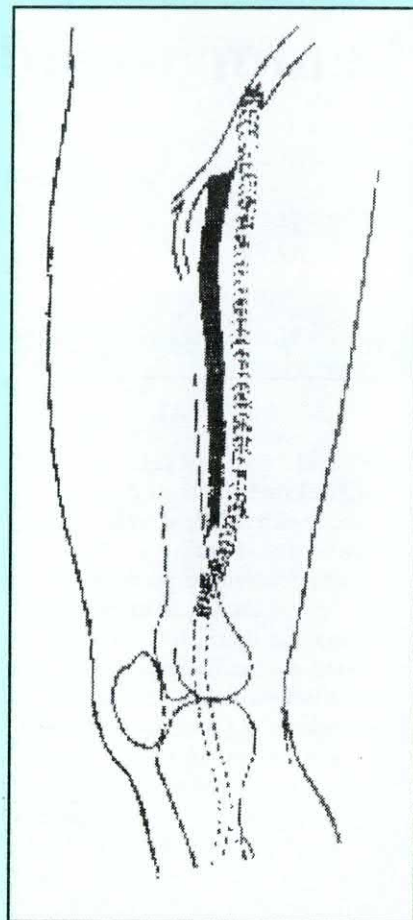
Terapija može biti konzervativna i operativna. Ona je individualna i zavisi od opšteg stanja i lokalnog nalaza.

Konzervativna terapija podrazumeva: 1. smanjenje faktora rizika, 2. poboljšanje kolateralne cirkulacije i 3. izbegavanje traume stopala.

Hirurška terapija izvodi se sa ciljem da se spasi oboleli ekstremitet i da se bolesnik oslobodi klaudikacija. Osnovni operativni postupci su: 1. trumbendarterektomija, 2. simpatektomija, 3. premoštavanje mesta okluzije (by-pass), 4. kontinuitetna transplantacija i 5. angioplastika – "patch plastika".

Izbor operativnog postupka zavisi od lokalizacije i distribucije okluzivnih lezija na arterijama i od opšteg stanja bolesnika.

Najčešća arterijska okluzija donjeg ekstremiteta je bedrenog tipa (47%). Zbog toga nije slučajno da su prvi pokušaji premoštenja izvedeni u femoropoplitealnom području. Ali femoropoplitealno premoštenje (by-pass) i danas predstavlja izazov za vaskularnog hirurga. Uzrok ovome leži pre svega u manjem kalibru arterija u toj regiji, kao i nerešena dilema da li je bolja trombendarterektomija ili by-pass površne femoralne arterije. Femoralni by-pass izvodi se sa ciljem da se omogući pulsirajući protok krvi u poplitealnoj arteriji. Kao graft za premoštenje može se koristiti *autogena vena safena magna* ili *alotransplantanti* (dakron, teflon, goreteks). Najbolji graft je autogena vena safena. Ona se



Sl. 1. Premoštenje površinske femoralne arterije

može izvaditi i postaviti u obrnutom položaju ili se može ostaviti in situ. Alotransplantanti se koriste kao alternativa ukoliko je vena neupotrebljiva. Uspeh planiranog by-passa uslovljen je nizom faktora koji traže od hirurga poznavanje različitih hirurških tehnika.

Na temelju kliničkog pregleda i dopunskih dijagnostičkih postupaka donosi se odluka o lokalnom operabilitetu, vrsti operacije i vremenu vršenja zahvata. Angiološki zahvat zavisi od stadijuma bolesti i opšteg stanja bolesnika.

Indikacije prema stadijumu bolesti po Fontaineu:

PRIKAZ SLUČAJA – CASE REPORT

I stadijum – nema indikacija za operativno lečenje,

II stadijum – indikacija je relativna,

III i IV stadijum – postoji apsolutna indikacija za hirurški zahvat.

Kod procene opšteg stanja treba imati u vidu preležan infarkt miokarda, koronarnu bolest, srčanu i cerebrovaskularnu insuficijenciju, oštećenje bubrega i jetre i neregulisan diabet.

U praktičnom pogledu indikacije za femoro-poplitealno premoštenje su:

1. nastanak suve gangrene,

2. postojanje bola u mirovanju,

3. postojanje ambulatorne ishemije i

4. kratka distanca hoda (obično ispod 200 m).

By-pass je apsolutno indikovao kod:

– jasne klasifikacije femoro-poplitealnog segmenta kada je nemoguće uraditi trombendarterektomiju i

– proširene okluzije arterije femoralis superficijalis.

U postavljanju indikacije za by-pass koristimo se sledećim parametrima:

1. indeks pritiska (ABI indeks) – kritična vrednost je 0,55,

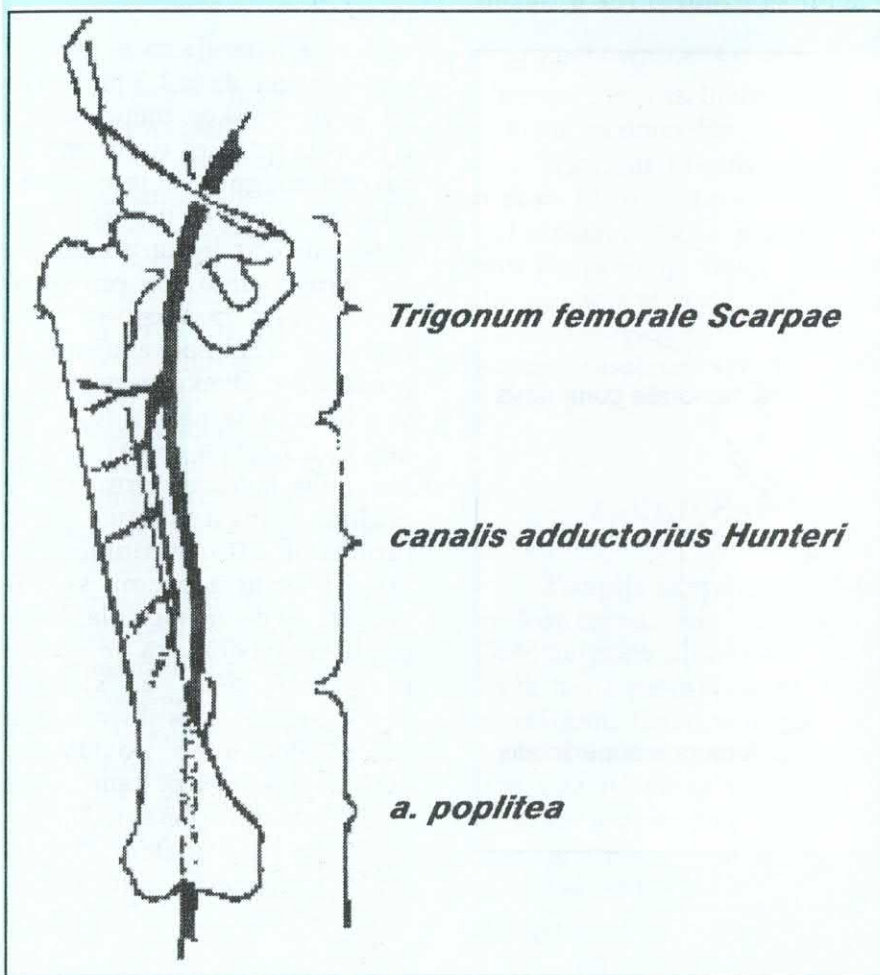
2. proba reaktivne hiperemije po Ratschou – veća od 60 sekundi,

3. eritralgija,

4. kritična stenoza – 80-90% i

5. nepovoljna procena kolateralnog krvotoka – na osnovu arteriografije.

Potrebno je naglasiti da bez preoperativne analize aortoarteriografije ne sme se vršiti femoro-poplitealni by-pass.



Sl. 2. Standardni operativni pristupi femoralnoj arteriji u Skarpinom trouglu ili Hunterovom kanalu

PRIKAZ SLUČAJA

Pacijent P.S. rođen 1929. god. primljen je na Hirurško odeljenje Zdravstvenog centra u Pirotu 23.2.1994.god. sa uputnom dg Endarteritis arteriosclerotica radi ispitivanja i lečenja.

Iz anamneze saznajemo da pacijent unazad 5 godina oseća da su mu noge stalno hladne i da trnu, a primetio je i bledilo kože, naročito levog stopala. Unazad 2 godine tegobe se pogoršavaju i javlja se bol u listu leve noge u vidu "grča" nakon dužeg hoda, što ga primorava da stane. Bol se gubi nakon nekoliko minuta mirovanja. Od pre godinu dana bol se javlja nakon hoda od 100 m. Do prijema lečen medikamentozno (pentoksifilin – Trental, naftidrofuril – Dusodril, acetilsalicilna kiselina – Andol).

Na prijemu koža leve potkolenice i stopala bleđa, suva, lako perutava, bez dlaka, nokti lako lomljivi. Palpatorno – stopalo i potkolenica hladni. Pulzacije a. poplitee i a. dorzalis

PRIKAZ SLUČAJA – CASE REPORT

pedis levo se ne palpiraju. Očuvan puls leve površne femoralne arterije (AFS). Na desnoj nozi pulzacije lako oslabljene.

Nakon kliničkog pregleda izvršen laboratorijski, funkcionalni, dopler-sonografski i radiološki pregled:

Oscilografski – levo pulzacije se ne registruju,

Dopler indeksi: ATA – desno 0,6, levo – 0,5; ATP – desno 1,0, levo 0,5,

Ratschowa proba reaktivne hiperemije – 60 sekunde,

Dopler nalaz: okluzija leve femoralne arterije,

dužine oko 8 cm, sa dobrom kolateralnom cirkulacijom.

Runoff predstavljen samo arterijom tibijalis posterior (ATP), dok je prednja tibijalna arterija (ATA) okluzivna.

Rtg srca i pluća – nalaz je uredan, a laboratorijske analize su u fiziološkim granicama.

S obzirom da se pacijent nalazi u IIb stadijumu, indikovano je femero-poplitalno premoštenje.

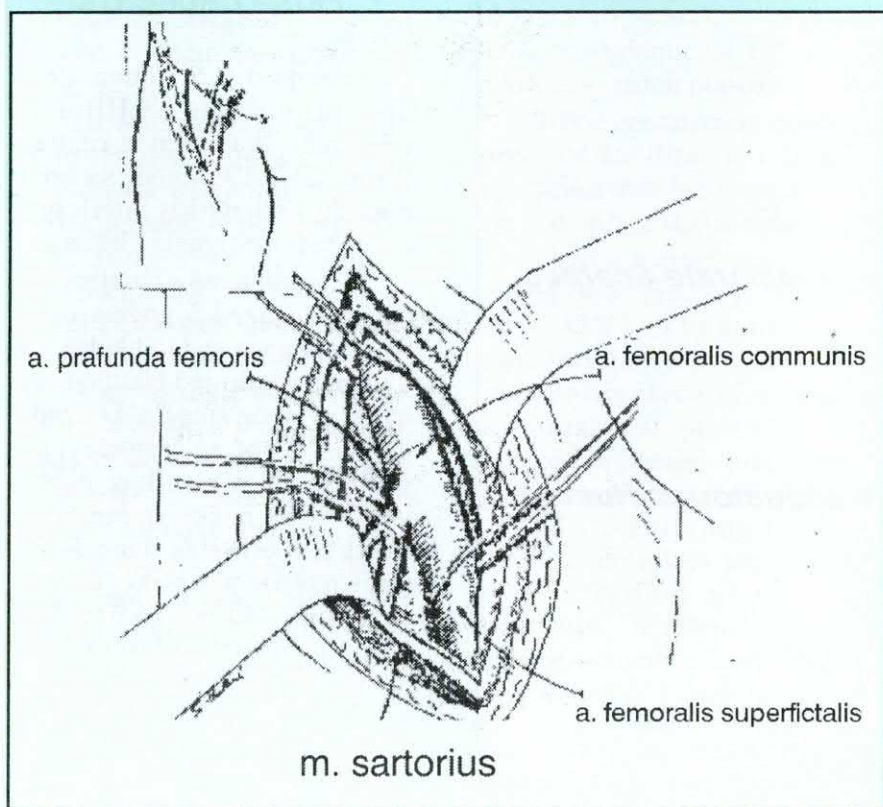
Hirurška intervencija je izvršena 28.2.1994.god. u opštoj endotrahealnoj anesteziji.

U ingvinohemoralnoj regiji načini se uzdužni rez u dužini

arterije (komunis, superficijalis i profunda) prepariraju se u sub-adventicijalnom sloju i postavljaju na podržnike. Uradi se i okludiranje atraumatskim vaskularnim hemostatima. Arteriotomija se izvrši uzdužno od a. femoralis komunis do a. femoralis superficijalis tako da je 2 puta duža od promera transplatanta. Pristup na distalnom delu a. femoralis superficijalis na izlasku iz aduktornog kanala i početnom delu a. poplitee izvrši se incizijom dužine oko 15 cm po liniji koja odgovara prednjem rubu m. sartorijusa. Kolaterale brižno čuvamo i sve postavljamo na podržnike.

Arteriotomija na a. poplitei izvrši se tako da je 1,5 puta duža od širine venskog transplatanta. Kao transplatat uzimamo v. safenu magnu sa iste noge. Ekstirpiramo je u celosti na natkolenici uz ligaturu ogranka. Istu proširujemo pod pritiskom fiziološkim rastvorom i sve otvore na vezi podvezujemo ili prošivamo. Ovako pripremljen venski graft se plasira (obrnuto od položaja u telu) na a. femoralis komunis termino-lateralno, a anastomozu šijemo prolenom 4-0. Anastomoza se izvodi iznutra prema spolja počevši od distalnog dela. Na a. poplitei anastomoza se izvodi prolenom 5-0, a šivenje započinjemo na proksimalnom kraju. Pre nego postavimo poslednja 4 šava puštamo mlaz krvi kroz transplatat. Nakon plasiranja transplatanta pulpiramo pulzacije a. poplitee u fosi poplitealis.

U postoperativnom toku pacijent je pod antikoagulant-

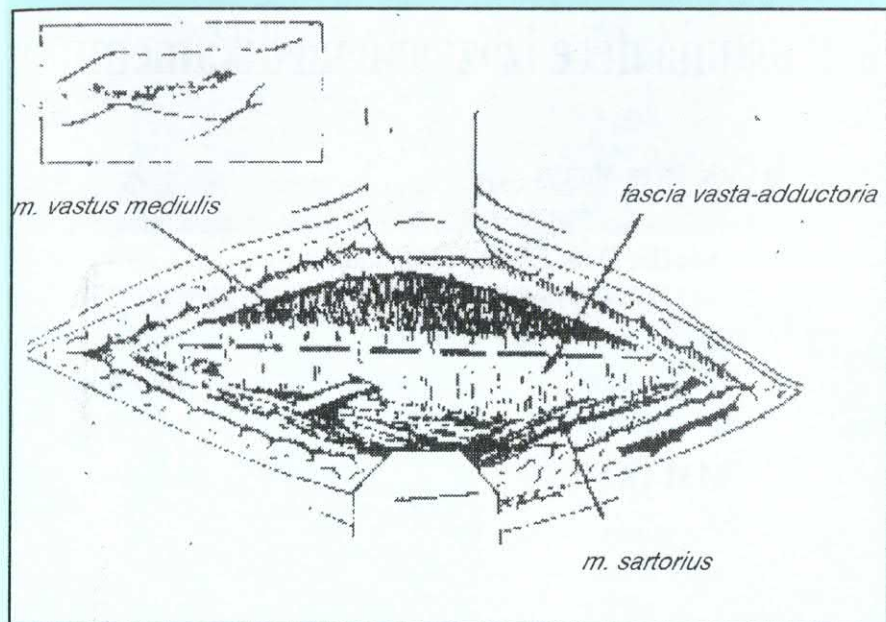


Sl. 3. Pristup zajedničkoj femoralnoj arteriji u Skarpinom trouglu

Aortoarteriografija – desno: tortuozne arterije bez signifikantnih stenoza; levo: oscilacije AFS u srednjoj trećini

oko 10 cm, na oko 2 cm lateralno od srednje linije koja spaja spinu ilijaku sup. anterior i tuberkulum pubikum. Femoralne

PRIKAZ SLUČAJA – CASE REPORT



Sl. 4. Pristup površnoj femoralnoj arteriji u Hanterovom kanalu

nom terapijom – heparin 10 000 i.j. na 6 h u toku 7 dana u kombinaciji sa acenokumarolom (Sintronom), čija se primena produžava još oko 3 meseca nakon operacije. U terapiji se primenjuje dipiridamol (i.v. na 12 h) i prokain (30 ml % u infuziji). Antibiotška zaštita vrši se penicilinom (1,6 mil. i.j. na 24 h) i gentamicinom (80 mg na 12 h), a kao analgetik primenjuje se metamizol. Pacijent je ustao iz kreveta šestog postoperativnog dana.

Drenovi skinuti trećeg postoperativnog dana. Rana zarasla per primam. Konci skinuti desetog postoperativnog dana. Opušta se kući u dobrom stanju 11.3.1994.god. Leva noga sa znacima uspostavljene cirkulacije (noga topla, normalnog kolorita, puls na a. poplitea opipljiv, proba reaktivne hiperemije oko 25 sek, bez eritralgije). Preporučena dalja terapija: acenokumarol (Sintron) 1 mg dnevno, dipiridamol 75 mg 3 x

dnevno i acetilsalicilna kiselina 500 mg na drugi dan.

Na kontrolnom pregledu nakon 30 dana stanje isto kao i pri otpustu. Nakon jednoipogodišnjeg praćenja stanje zadovoljava, pacijent bez klaudikacije. Dopler pregledom se nađe jako sužen transplatat (graft) koji je i dalje prolazan.

ZAKLJUČAK

Terapija okluzivnih bolesti je konzervativna i hirurška. Indikaciju za hiruršku terapiju uvek treba potvrditi aortoarteriografijom. Femoro-poplitealni by-pass i danas predstavlja izazov i za iskusnog vaskularnog hirurga, a prikazani slučaj kod koga je urađena ovakva operacija opravdano daje nadu za uspešno lečenje okluzivnih bolesti donjih ekstremiteta.

LITERATURA

Anojčić, S.: Povrede aorte i velikih arterija, u: Operativna hirurgija, Naučna knjiga, Beograd, 1991.

Dojčinov, A.: Klinička angiologija, Medicina i fiskultura, Sofija, 1990.

Dragović, M.: Operativna hirurgija, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1987.

Petković S, i Bukurov, S.: Hirurgija, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1973.

Prpić, I.: Kirurgija, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1986.

Todorov, T i Levičarov, P.: C dova hirurgi, Medicina i fiskultura, Sofi, 1990.

Way, L.: Hirurgija-Savremena dijagnostika i lečenje, Savremena administracija, Beograd, 1990.

AUTORI

1. Dr med. Nenad Đorđević, hirurg, Hirurško odeljenje.

Zdravstveni centar Pirot, tel. 22-377 lok. 208 (pozivni 010)

2. Dr med. Velimir Colić, anesteziolog, Odeljenje anestezije i intenzivne nege, Zdravstvenog centra Pirot, tel. 010/ 335-101

3. Dr med. Srđan Denčić, hirurg, Hirurško odeljenje, Zdravstveni centar Pirot, tel. 010/ 22-377 lok. 208

4. Dr med. Aleksandar Lilić, hirurg, Hirurško odeljenje, Zdravstveni centar Pirot, tel. 010/ 22-377 lok. 208.

Alergijske manifestacije u ustima dece izazvane medikamentima

Nada Ćirić, Irena Mančić

Dečja preventivna stomatologija, Dom zdravlja Babušnica

UVOD

Savremena tehnologija i intenzivni razvoj farmaceutske industrije omogućio je uvođenje brojnih medikamenata u terapiju. Cilj ovih savremenih sredstava je da izleče bolest, ili da skrate dužinu trajanja bolesti, da ublaže kliničku sliku i olakšaju subjektivne tegobe pacijentu. Međutim, izvestan broj ovih preparata može delovati kao alergen što može dovesti do senzibilizacije organizma. Veliki broj medikamenata koristi se u stomatologiji, i nalazi široku primenu kod dece. Sve češće u svojim ambulantama u svakodnevnom kliničkom radu nailazimo na alergijske manifestacije kod dece.

Najbolji način da bismo umanjili alergeno dejstvo medikamenata u stomatologiji postavili smo sebi za cilj analizu dejstva pojedinih preparata koje primenjujemo u terapiji kod dece.

Najveći broj antigena sastoji se od proteina, mada i ostale materije mogu delovati u

SUMMARY

Introduction of numerous medicaments in therapy increases the possibility of the appearance of allergic diseases. The importance of antibiotics (penicilin) sulfonamids – sulfometoksazol + trimetoprim (Bactrim), especially prominent carticain. Allergic manifestations are present with children of different age, more and more often. A diagnosis is made based on anamnesis, clinical picture and laboratory findings.

In order to diminish the allergic effect of medicaments in stomatology, we have set our goal to be to analyze the effects of certain preparations that are used in therapy with children.

Key words: allergic diseases, antibiotics (allergic manifestation).

SAŽETAK

Uvođenjem u terapiju brojnih medikamenata povećana je mogućnost nastajanja alergijske bolesti. Naročito se ističe značaj antibiotika (penicilina) sulfo preparata – sulfometoksazol + trimetoprim (Bactrim).

Alergijske manifestacije su sve češće prisutne i kod dece različitog uzrasta.

Dijagnoza se postavlja na osnovu anamneze, kliničke slike i laboratorijskih nalaza.

Da bismo umanjili alergeno dejstvo medikamenata u stomatologiji postavili smo sebi za cilj analizu dejstva pojedinih preparata koje primenjujemo u terapiji kod dece.

Ključne reči: alergijske bolesti, antibiotici (alergijske manifestacije).

PREGLEDNI ČLANCI – REVIEWS

smislu senzibilizacije, organizma tj. mogu usloviti humoralne i celularne imunološke reakcije.

Po Đajiću i saradnicima svi alergeni koji mogu u usnoj šupljini da izazovu alergijske manifestacije razvrstani su u pet grupa:

- medikamenti koji se koriste u lečenju oralnih oboljenja i lečenju zuba.

- materijali koji se koriste za punjenje zuba i protetskom zbrinjavanju.

- kozmatički preparati za održavanje oralne higijene.

- nutritivni alergeni.

- antigeni usne duplje poreklom iz dentalnog plaka i parodontijuma.

Od medikamenata posebno se ističe penicilin, koji ima i najveći alergogeni potencijal. Od ovih alergijskih manifestacija na antibiotike najveći procenat otpada na penicilin. Ostali medikamenti mogu imati slično dejstvo: salicilati, jod, vitamini iz grupe B kompleksa, tetraciklini, kao i sulfo-preparati, naročito ako ima je sulfo grupa u para položaju – slučaj Baktrima.

Od materijala za ispune ne treba zanemariti živu, srebrni i bakarni amalgam, cement i dr. Ponekad i plemeniti metali mogu delovati kao alergeni. Opisane su brojne alergijske manifestacije na veštačke smole i akrilate, među kojima

dominira monomer i samovezujući akrilat.

Kao alergeni materijali ubrajaju se i razne vodice za ispiranje usta, naročite one koje u sebi sadrže eterična ulja (Hexoral). Treba pomenuti i kozmetičke preparate kao što je ruž za usne, ulja, parfemi i dr.

Mikroorganizmi zubnog plaka mogu stvarati tri vrste antigena. To su: peptidoglikani, mukopeptidne materije i proteolipopolisaharidne antigene, odnosno endotoksine Gram – negativnih mikroorganizama. Najzad, nutritivni alergeni su često uzročnici alergijskih manifestacija u ustima.

Senzibilizacija i težina alergijskih reakcija zavisi od niza faktora: starosne dobi bolesnika, doziranja leka, biološkog potencijala organizma, kao i načina aplikacije leka.

Oralni puta unošenja je manje agresivan, dok intramuskularna aplikacija dovodi do akumulacije, koja favorizuje senzibilizaciju. Intravenski puta aplikacije leka daje najburnije reakcije. Zato posebnu pažnju treba obratiti na anestetike, kao moguće alergene, zbog načina aplikacije – carticain. Alergijske promene mogu biti izazvane direktnim kontaktom sa oralnom sluzokožom i tada su lokalizovane samo na taj deo sluzokože. Međutim, alergijske manifestacije češće nastaju posle resorpcije antige-

na i tada se promene šire na celu usnu duplju, kada govorimo o alergijskom stomatitu.

Oralna sluzokoža je često mesto sukobljavanja antigena i antitela. Od alergijskih manifestacija nisu pošteđena ni deca različitog uzrasta. Alergijske reakcije u dece su slične reakcijama odraslih i zavise od imunološkog stanja organizma. Neka deca su izrazito sklona alergijskim reakcijama, kada govorimo o alergijskoj diatezi. U radu sa decom od predškolskog doba do adolescencije na Dečijem odeljenju u Babušnici nismo imali česte pojave alergijskih reakcija, ali smo se sretali sa oralnim alergijskim manifestacijama posle primene Baktrima.

Klinička slika svih alergijskih manifestacija u ustima pokazala je polimorfni karakter. Promene su se ispoljavale u svim formama eflorescencija: od najblažih eksudativno – degenerativnih do nekrotičnih. Usled narušenog integriteta oralnog epitela – ulceracije i erozije različitog obima, promene su bile praćene bolom, edemom, otežanim pokretanjima jezika i otežanim gutanjem. Kod blažih oblika bile su prisutne samo glosondije i glosopiroze u vidu bola i peckanja.

Dijagnozu smo postavljali i uzimanjem anamnestičkih podataka. Saznanjem da su se promene javile posle uzimanja Baktrima ili posle ispiranja

usta Hexoralom i same kliničke promene su bile ubedljive da se postavi dijagnoza alergije. Kliničku dijagnozu su potvrđivali laboratorijski nalazi.

Terapiju alergijskih manifestacija smo sprovodili isključivanjem alergogenih materija koje su dovele do oboljenja. Takođe smo prime-njivali i simptomatsku terapiju u cilju smanjivanja i ublažavanja subjektivnih tegoba. U te svrhe korišćeni su blagi antiseptici i dez-inficijensi za ispiranje usta više puta u toku dana. Ovakva terapija sprečavala je sekundarnu infekciju. Da bi se sprečila dehidracija dečjeg organizma zbog eksudacije savetovano je i unošenje tečnosti u vidu sokova, čajeva i mleka.

Diferencijalno dijagnostički po nekad mogu neki drugi eksudativi stomatiti da daju sliku alergijskih stomatita kao na primer slične promene su prisutne i kod nekih krvnih diskrazija – akutna i hronična leukemija, dijabetesa i kod oralne monilijaze.

ZAKLJUČAK

Uvođenje u terapiju brojnih medikamenata povećana je mogućnost nastajanja alergijske bolesti. Naročito se ističe značaj antibiotika – penicilina i sulfo preparata Baktrima. Alergijske manifestacije su sve češće prisutne i kod dece različitog uzrasta. Dijagnoza se postavlja i na osnovu anamneze, kliničke slike i laboratorijskih nalaza i najčešće ne predstavlja poseban problem.

LITERATURA

1. Đajić D.: Alergija na penicilin, Zbornik radova XX stiom. nedelja R. S., Negotin, 1975.
2. Fanconi G. I Walgren A.: Udžbenik pedi-jatrije, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb 1976.
3. Stošić P. i sar.: Dečja i preventivna stoma-tologija, Beograd, 1974. god.
4. Ursu I. i sar.: Eksperimentalni testovi u dokazivanju oralne alergije, 1979. god. Beograd

NAUČNICI NA PRAGU REVOLUCIONARNIH LEKOVA

Nove vakcine

Traži se vakcina protiv kokainske zavisnosti

Naoružani novim mogućnostima za manipulisane genima i proteinima, naučnici sada rade na novoj generaciji vakcina – od onih protiv trovanja hranom do onih protiv uzročnika raka grlića materice.

Istovremeno se pronalaze i novi radikalni načini za proizvodnju sastojaka koji stvaraju imunitet.

Ako ta nova strategija bude funkcionisala, vakcine budućnosti neće se proizvoditi u skupim laboratorijama niti davati pomoću šprica i sterilne igle. Dobijaćemo ih jeftino iz genetski izmenjenog voća, povrća ili domaćih životinja i koristiti u obliku pilula, masti i spreja za nos.

Kalifornijska firma Aviron proizvela je vakcinu protiv gripa u obliku nazalnog spreja pod imenom FluMist. Za razliku od konvencionalnih vakcina sa umrtvljenim virusom, ovaj sprej sadrži žive viruse i dosad se pokazao kao izuzetno uspešan tako da bi već na jesen mogao da se pojavi na tržištu.

Istraživači korporacije Medimjun iz Merilenda rade na vakcini protiv humanog papiloma virusa (HPV), najrasprostranjenije seksualno prenosive infekcije i često uzročnika raka grlića materice. Ispitivanja na ljudima upravo treba da počnu, tako da se oko 2003. godine može očekivati njihova masovna upotreba.

Istraživači u Vajet-Lederleu rade na vakcini koja će "probuditi" imunološki sistem i decu trajno imunizovati od zapaljenja uha od koga u Americi oboli čak 83% dece uzrasta do tri godine. Taj isti trik sa buđenjem odbrambenog sistema osnova je vakcine protiv zavisnosti od kokaina na kojoj rade istraživači u Masačusetsu. Ta vakcina kombinuje molekul kokaina i protein koji stvara antitela. Čim kokain uđe u organizam, antitela se vezuju za drogu i svojom veličinom je sprečavaju da dospe u mozak.

Ako nova generacija takozvanih "transgen-skih" vakcina ispuni očekivanja, vakcine će uskoro početi doslovno da rastu na drvetu.



... NOVO... NOVO... NOVO... NOVO...

NOVI BUM U SVETU MEDICINE

Nada za obolele od raka

Jedan lek već mesecima izaziva senzasiju širom sveta, iako još nije odobren i tek treba da prođe proveru

Novi lek protiv raka, koji je izazvao senzaciju širom sveta, veliko je dostignuće koje bi moglo da se primeni na nekim pacijentima već za godinu dana. Lek, koji funkcioniše tako što "izgladnjuje" tumor sve dok on ne "ugine", tek treba da bude testiran na ljudima. Na miševima se pokazao izuzetno uspešnim. Ako se pokaže uspešnim i prilikom kliničkih testova na ljudima, ovaj lek će biti revolucionarno otkriće koje će za sva vremena promeniti lečenje raka – smatra dr. Lamar Mekginis iz Američkog društva za rak.

Novi lek je izazvao veliko uzbuđenje među stručnjacima zbog načina na koji "osvaja" i pobeđuje tumore. Umesto trovanja tumora radijacijom i hemikalijama, lek napada kanale kojima se tumor hrani, preseca ih i tumore doslovno izgladnjuje do smrti.

Kancerogeni tumori se hrane procesom koji se zove angiogeneza. Oni navode okolne krvne sudove da stvaraju sićušne kapilare koji ih hrane i omogućavaju im da rastu i da se šire. Novi lekovi koje je pronašao doktor Džuda Folkman iz Dečije bolnice u Bostonu – angiostatin i endostatin – sprečavaju angiogenezu. Oni uskraćuju tumorima hranljive materije i kiseonik koji su im potrebni da bi rasli, tako što sprečavaju formiranje novih kapilarnih krvnih sudova. Stoga su delotvorni protiv svih vrsta raka, uključujući leukemiju. I jedan i drugi lek, upotrebljeni pojedinačno, kod miševa su doveli do smanjenja tumora i sprečili pojavu i rast novih. Ali, kada su primenjeni zajedno, tumori su nestali i nisu se ponovo pojavili. Štaviše, nije bilo nikakvih uzgrednih pojava.

Čak i ako ispitivanja na ljudima pokažu da novi lekovi ne mogu da izleče rak, oni bi mogli da se koriste kao terapijska sredstva koja drže rak pod kontrolom. Ili bi mogli da postanu "pomoćna" terapija, koja će lekarima olakšati tretman raka hirurškim zahvatima, radijacijom ili hemoterapijom.

NOVOSTI U SVETU MEDICINE

NOVA STRATEGIJA BORBE protiv čira "BURULI". Čir "BURULI" je dobio naziv po regionu u Ugandi u kojem su 60-ih godina ispitivani mnogi slučajevi obolelih od tog čira. Ta vrsta čira je otkrivena 1948. godine kod farmera u Australiji i nazvan je čir "bernsdal", koja posebno pogađa žene i decu koji žive u blizini vode ili vlažnih predela i uništava kožu i potkožno tkivo deformišući oštećene ekstremitete.

Lečenje antibioticima je do sada bilo bez rezultata. Sve granične zemlje sa Gvinejskim zalivom su danas pogođene tom bolešću. U Obali Slonovače ima oko 10 000 registrovanih slučajeva za poslednjih 20 godina, a u Gani je svaki peti seljak oboleo od te vrste čira.

NOVO ISTRAŽIVANJE u Americi pokazalo je da Amerikanci i dalje pogrešno misle da rak dojkje ubija više žena nego ijedan drugi tip kancera, iako je rak pluća "ubica broj jedan". Svake godine od raka pluća umire 65 000 žena, što je više nego zajedno od raka dojke 44 500 i raka jajnika, od kojeg umire 14 500 žena. Od raka pluća svake godine umire 160 000 Amerikanaca, uglavnom muškaraca. Onkolozi ukazuju da se stopa oboljevanja žena od raka pluća povećava, dok kod muškaraca opada. Pušenje je vodeći uzrok na nastanak raka pluća.

NOVI TEST za utvrđivanje Daunovog sindroma, jednog od najčešćih kongenitalnih oboljenja, može da bude izveden, za samo jedan – umesto 15 dana, koliko sada traje ispitivanje – tvrde britanski istraživači u naučnom časopisu "Lanset".

Daunov sindrom, koji pogađa jednu od 600 novorođenih beba nasledi tri umesto dve kopije hromozoma broj 21. Sindrom se može dijagnostikovati prenatalno, u 16. nedelji trudnoće, laboratorijskom analizom plodove vode. Međutim, rezultate analize je potrebno čekati još 15 dana i to izaziva anksioznost roditelja, navode autori studije, istraživači sa Univerziteta u Varviku.

Novi test koji oni predlažu koristi mašinu za sekvencioniranje DNK kako bi se brže analizirala plodova voda, a njegova druga prednost je što je za analizu potrebno znatno manje plodove vode nego što se uzima za postojeći test. Oni tvrde da njihovom testu žena može da bude podvrgnuta ujutru, a da već popodne ima rezultate. Jedina mana ovog testa je njegova cena – 154 000 dolara.

Deca rođena sa Daunovim sindromom su niskog rasta, male glave i imaju blagu do ozbiljne mentalne retardacije.



... EKSKLUZIVNO... EKSKLUZIVNO...

RAZGOVOR S JEAN DAUSSET, NOBELOVCEM, LEKAROM SVETSKOG GLASA, O ETICI TRANSPLANTACIJE LJUDSKIH ORGANA, AIDS-U, GENETICI

Čovek je jedinstven, nezamenljiv

Nobelovac Jean Dausset, godinama upozorava svet na etičke principe kojih se nauka mora držati a koji se sve češće zaboravljaju. Nobelovu nagradu je dobio 1890. za fiziologiju i medicinu. Napisao je više od 400 članaka u raznim svetskim i stručnim časopisima i objavio 11 knjiga širom sveta. Ostao je veran nauci i posle Nobelove nagrade nastavio, kako i dolikuje naučnom radniku, istraživanja u genetici.

Razgovor vodio:

Zoran PETROVIĆ - PIROČANAC

Z.P.P.: Etičkim pitanjima se kod nas posvećuje mnogo manje pažnje nego u Vašoj zemlji. Počeo bih opštim pitanjem: mora li etika imati odgovore na sva pitanja?

DAUSSET: Za biomedicinsku etiku, ako i postoji odgovor, on svakako nije i definitivni, zato što sve evoluirala. Mi smo u Etičkom komitetu veoma dobro napravili distinkciju između onog što je evolutivno i onog što je apsolutno. Dakle, smatram da su naši odgovori uvek relativni u odnosu prema situaciji u nauci, prema sadašnjem mentalitetu, a i filozofiji. Jer, ja sam uveren da bi jedan etički komitet u nekoj drugoj kulturi, recimo azijskoj, imao drugačije odgovore. Što će reći, nema ničeg apsolutnog.

Z.P.P.: Vi radite u oblasti eksperimentalne medicine, a danas se puno

raspravlja o redefinisaju pojma ljudske ličnosti. Može li se reći da je čitav čovek ljudska ličnost, ili se može reći, kako se to čini ponegde u svetu, da se određeni čovekovi delovi mogu prodavati?

DAUSSET: U tome sam ja potpuno jasan. Čovek je jedinstven, nezamenljiv. Pokazali smo u genetici da su svi ljudi različiti međusobno. Čak i monoziotske blizance, one prave blizance, iako imaju identičan genetski kod, različito je modelirala njihova okolina, dakle i oni su takođe različita bića. Ta jedinstvenost u čovekovo raznoolikosti čini čitav njegov ritual i apsolutno ne postoji pravo da se proda ili kupi nijedan deo ljudskog tela. Ono je jedinstveno neunovčivo. I to je istina u današnje vreme, kada, na nesreću vidimo kako se u svetu razvija šverc organa. I ja koji sam učestvovao u otkriću grupe tkiva neophodnih za transplantaciju izuzetno sam uznemiren evolucijom transplantacije u svetu. Danas, u

civilizovanom svetu, a naročito u nerazvijenim zemljama, ima zaista žalosnih situacija, koje su zapravo ilegalne, ali se o njima štošta zna.

Z. P. P.: Zašto je tako u nerazvijenim zemljama?

DAUSSET: U zemljama poput Francuske s tim nema znatnijih teškoća. Mi prikupljamo organe posle cerebralnih smrti, imamo organizaciju za vađenje organa, Franse Transplant. U većini nerazvijenih zemalja to se ne čini, pa bolesnici i hirurzi nalaze organe na različite načine. Tako se često u novinskim oglasima u tim zemljama može pročitati kako ljudi nude svoje organe za transplantaciju. To se može izbeći samo tako da se u njima organizuje vađenje organa posle smrti. Na nesreću ne vidim da će se to postići u bližoj budućnosti. Jer veliki je pritisak bolesnika koji razumljivo žele živeti, i čine sve da bi dobili organ za transplantaciju, a s druge strane i sami lekari traže takve operacije kako bi spasili svoje bolesnike. Dakle potrebni su



JEAN DAUSSET GODINAMA UPOZORAVA JAVNOST

etički i moralni autoriteti, koji bi primorali sve da se upotrebljavaju organi umrlih. Zamislite šta se može dogoditi u nekim nemirnim vremenima, kada bi čitave manjine bile pod pritiskom da daju svoje organe. Treba to pokušati izbjeći.

Z. P. P.: Reč je svakako o civilizacijskom problemu. Ima li ipak izgleda da vlasti u svetu poslušaju naučnike, kako bi se osnovala kontrolne organizacije, institucije?

DAUSSET: Društva poput Međunarodnog društva za transplantaciju izrekla su svoja mišljenja, odlučno se protiveći komercijalizaciji ljudskih organa. Vrlo je teško boriti se protiv konvergentnih interesa brojnih bolesnika i određenih kolektiva. Jedini način da se nešto postigne je to da medicinari budu svojevrсна policija unutar vlastite organizacije, da oni odbace svoje saučesnike u takvoj praksi. To bi trebalo

postati moralno pravilo poput Hipokratove zakletve. Siguran sam da bi uvođenje takvih pravila u medicinski kolektiv jedino rešio ovaj problem.

Z. P. P. Jedno od pitanja kojima se bavite jeste trenutak od kojeg počinje život, čovek. Govori se o embrionu kao potencijalnom ljudskom biću. Zašto se insistira na toj definiciji?

DAUSSET: Ne postoji moguća granica između ljudskog bića od dve ćelije u trenutku oplodnje i evoluiranog čoveka, ili čak čoveka prilikom rođenja i tokom celog njegovog života. Mislim da dobro posmatrati s podjednakim respektom embrion i rođeno ljudsko biće. To omogućuje da se ljudska osoba uvažava kao nešto jedinstveno i nezamenljivo u svim razdobljima njenog života.

Z. P. P.: Imate li čvrst stav prema eksperimentima

na bolesnicima u hroničnom vegetativnom stanju?

DAUSSET: Moje je mišljenje o tome nedvosmisleno. Zahtevi za određenim eksperimentima u hroničnom vegetativnom stanju nedopustivi su.

Z. P. P.: Šta onda navodi neke od Vaših kolega u svetu na eksperimente sa takvim bolesnicima?

DAUSSET: Mi ih razumemo, jer mnogi su lekari istraživači. Svaki je čovek znatiželjan i traži otkriće, ali treba uspostaviti određene barijere. Postoje stvari koje se rade i one koje se ne rade. Sve se zasniva na dostojanstvu i poštovanju ljudske ličnosti.

Z. P. P.: Šta mislite o uticaju informatike i novih tehnologija na čoveka, na ljudski mozak?

DAUSSET: Uveren sam da će informatika modifikovati mentalne reflekse naše dece. Ne znam hoće li to biti korisno ili ne ali se veoma dobro vidi da se deca tako uspešno prilagođavaju ovim novim tehnikama, pa će sve njihove neuronske veze verovatno biti različite od naših. Da li će im to omogućiti da imaju precizniju logiku, ili umanjiti njihov kapacitet za imaginaciju? Ne znam. Informatika je zadirujuća, jer ona umnogostručuje kapacitete našeg mozga, u analizi, u memoriji u stokiranju. Ali, kako će se to odraziti na mentalitet, na senzibilitet ljudskog bića, to ne mogu reći.

Z. P. P.: Za AIDS se u SSR-u govorilo da je potekao iz laboratorija i tome su se svi smejali, ali je nekoliko godina posle taj smeh utihnuo. Može li se reći da su užasi poput te bolesti veštački stvoreni?

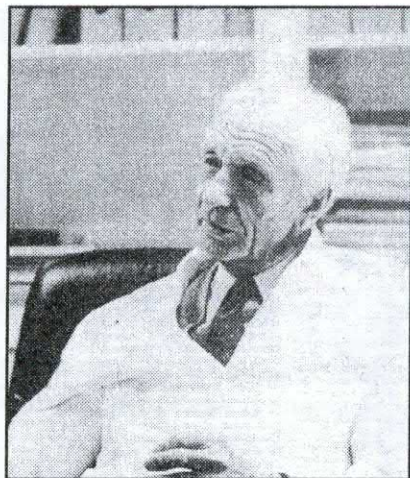
DAUSSET: AIDS je velika opasnost koju treba najozbiljnije shvatiti. Ona nema nikakve veze s politikom. Oduvek se zna da virusi evoliraju, da postoje mutacije. Ili, ako nije bilo mutacija postojala je situacija. Dakle u Africi je stvorena ekosocijalna situacija pogodna za difuziju virusa koji je postojao drugde, bilo u čoveku bilo u majmunu, ne znam. To je bolest koja se širi i koja će verovatno imati kobne posledice po čoveka ako se u bliskoj budućnosti ne pronađu načini da se spreči epidemija.

Z. P. P.: Može li se AIDS tumačiti kao očekivani događaj u ljudskoj evoluciji, u ljudskoj istoriji?

DAUSSET: Svakako, to se moglo očekivati. Ali lekari i svi ostali smatrali su da se takvo nešto više ne može dogoditi. Ali eto, dobili smo dokaz da se virusi i paraziti znaju uvek prilagoditi novim situacijama.

Z. P. P.: Još su jači od čoveka?

DAUSSET: Oni su znatno prepredeniji. Naročito virus AIDS-a, koji je prepredaniji od svih dosad. On napada ćelije koje su upravo zadužene da ga uklanjaju, napada čovekov imunitet. I drugo on se



J. DAUSSET: Nobelovac

neprestano menja, tako dobro da mu se imunološki sistem ne može suprostaviti.

Z. P. P.: Jesmo li već u epohi kada se zaista treba bojati da ćemo postati mutanti, zbog radioaktivnosti i ostalih pojava?

DAUSSET: Mi smo oduvek bili mutanti, čovek je neprekidno evoluirao. On je poslednji ukras evolucije i zaista je odskora na zemlji, jedva dva miliona godina.

Z. P. P.: Koje su ekipe i laboratorije u trci genetskog istraživanja najjače?

DAUSSET: Ne želim da navodim imena, ali broj laboratorija sposobnih da se time bave prilično je ograničen. Ali želeo bih da se primenjuje ista tehnika kojom smo se mi koristili za histokompativitet, transplantacije. Kad sam s drugima otkrio grupe tkiva HLA koje su odgovorne za prihvatanje ili odbacivanje presađivanja, formirali smo neku vrstu zajednice koja je svake godine, ili svake druge,

organizovala međunarodni rad na tome. To smo nazvali workshop. Svrha tog zajedničkog posla bila je da se odgovori na pitanja na koja svaka laboratorija nije mogla da odgovori. To je izvrsno funkcionisalo. I ako smo otkrili sistem HLA i imunološki sistem, to smo postigli zahvaljujući saradnji i uprkos konkurenciji.

Z. P. P.: Ljudi u Parizu Vas veoma uvažavaju, bez obzira na versku i političku pripadnost. Šta zapravo znači u francuskom društvu biti nobelovac i kakve to sve obaveze stvara?

DAUSSET: U Francuskoj, ali i drugde, veoma je težak moralni teret koji se stavlja na leđa nekom nobelovcu. To vam je tako. Mislim da je svetu potrebna neka vrsta svesti. Javno mnjenje je to stavilo na leđa više od stotine nobelovaca. Potrebno je da postoji neka vrsta univerzalne svesti. Možda mi i nismo neka idealna grupa, ali mi imamo odgovornost koja nam je data, čak nametnuta. Zbog toga sam i prihvatio da budem predsednik MURS-a (Svetski pokret za naučnu odgovornost). To je potpuno apolitičan pokret, nikakvom religioznom, etničkom ili političkom pripadnošću nije opterećen. Mi imamo samo naučnu odgovornost. Ostaćemo čvrsto iznad svih strasti koje se zovu nacije, rase, kontinenti. Zato Vam i kažem još jednom: bio bih presretan kada bismo imali jedno takvo udruženje u Jugoslaviji.

Profesor Dr. Toma Jovanović: Vrhunski sportisti kao pohlepne žrtve

Spasila nas besparica

Piše: Branimir VASIĆ
"Sportski žurnal"

Neverovatno – ali istinito: jugoslovenski sport je od upotrebe doping sredstava, spasila – besparica i slabo korišćenje nauke u sportu, iako Dr. Toma Jovanović, redovni profesor fiziologije i prodekan za posleddiplomsku nastavu i usavršavanje na Medicinskom Fakultetu u Beogradu, smatra da Jugoslovenski Univerzitet ima kadrove i tehničko-tehnološke uslove da odgovori i najvećim izazovima savremene sportske prakse u ovoj oblasti.

Prema rečima Dr. Jovanovića, sport u svetu je izgubio Kubertenovski duh, prestao da bude borba za trofeje i nadmetanje i postao sredstvo za ogromne zarade. Zato, devizu "U zdravom telu – zdrav duh", MOK mora hitno da izbaci iz svoje povelje, jer čim je doping sredstvo korišćeno, tada je ono na ovaj ili onaj način naškodilo organizmu.

Velike korporacije proizvođača opreme, TV stanice i farmaceutska industrija, imaju jedan cilj – da stvore vrhunskog sportistu i da na osnovu njegovih rezultata ostvare i ogromnu dobit. Ranije su se sportisti dopingovali zbog državnih interesa i prestiža, sada se dopinguju zbog borbe velikih korporacija i novca.

Poplava doping slučajeva u sportu izazvana je iz dva razloga. Dr. Toma Jovanović ističe, da je prvi razlog upletenost međunarodnog kapitala i velikih korporacija. Drugi razlog je pad gvozdene zavese i angažovanje mnogih stručnjaka iz bivše DR Nemačke i SSSR u drugim zemljama. Takođe, farmaceutska industrija sa Istoka – oslobođena državnog monopola, počela je s velikom proizvodnjom doping sredstava svih vrsta, oborila cene i učinila ih pristupačnim.

Od prvog doping sredstva, arsenika, razvojni put je vodio preko amfetamina, potom steroida (hormona) do hormona rasta, IGF i EPO-a. Međutim, upravo pojava novih doping preparata u poslednjih desetak godina, izazivala je i efekte koji nisu još ispitani. Tek za 10 godina, znaće se šta su oni ostavili u organizmu sportiste. Prvi smrtni slučajevi vrhunskih sportista i sportistkinja su samo početak.

Maska zvana marker

Kada se napravi doping sredstvo, sportske organizacije traže način za detekitovanje, a farmaceutske firme se trude da im otežaju posao! Najnoviji izum su markeri, specijalni "pokrivači" koji prilikom analize pomažu da se ne otkrije prisustvo doping sredstva. Markeri prvo pomažu "transport" doping sredstva kroz bubrege, a u drugoj fazi vezivanjem za supstancu unetu u organizam "zatamnjuju" prisustvo.

Igra lopova i žandarma se nastavlja. Jednom pobeđe jedni, drugi put drugi. Na dobitku su farmaceuti, velike kompanije i pojedinci koji žele da rizikuju da za novac unište zdravlje.

Rečju protiv side

Širenje znanja o borbi protiv SIDE, "kuge" ovog veka, sve prisutnije među mladima na području Pirotskog okruga. Za poslednjih sedam godina u Pirotu i Babušnici od HIV infekcije umrla četiri lica

– Do polovine 1996. godine 187 zemalja prijavilo je svetskoj zdravstvenoj organizaciji slučajeve AIDS-a. Na osnovu ovih izveštaja u svetu je obolelo oko 8 miliona ljudi, od ove opake bolesti od kojih je 6 miliona umrlo, uključujući i 1,5 miliona dece mlađe od 15 godina, rekla je primarijus dr Nevenka Žakula, načelnik epidemiološke službe Gradskog zavoda za zaštitu zdravlja Beograda, na nedavnom seminaru o SIDI u medijima održanom u Aranđelovcu.

Članovi komisije za zarazne bolesti su zaključili da su u prvom polугоду ove godine na području sve četiri opštine Pirotskog okruga registrovana 1093 slučaja zaraznog oboljenja. Registrovan je i jedan smrtni slučaj od SIDE i to na području opštine Babušnica.

Za poslednjih sedam godina SIDA je otrgla od života četvoro ljudi iz Pirota i Babušnice, a trenutno je na listi "pozitivnih" isto toliki broj lica iz Pirota, Babušnice i Bele Palanke.

– U prvom polугоду ove godine, u cilju sprečavanja i suzbijanja side i HIV infekcije, na području Pirotskog okruga testirano je ukupno 886 osoba a bio je jedan pozitivan nalaz, kaže dr Zlatimir Todorović, načelnik Službe epidemiologije Zavoda za zaštitu zdravlja u Pirotu.

Najčešće se testiraju trudnice i dobrovoljni davaoci krvi, a samo u Zavodu za zaštitu zdravlja u Pirotu testirane su 64 osobe. Najviše testiranih bilo je u Zavodu za transfuziju krvi Zdravstvenog centra Piro – 773 osobe, a ostalih 29 u drugim institucijama...

U širenju znanja o HIV infekciji posebno su angažovani stručnjaci Zavoda za zaštitu zdravlja Pirota kao i Domova zdravlja u Dimitrovgradu, Babušnici i Beloj Palanci. U prvom polугоду ove godine održano je devet predavanja učenicima osmih razreda u osnovnim školama o temi "Narkomanija i mladi" kao i 18 trodnevni seminara sa učenicima srednjih škola pod zajedničkim geslom "Zajedno protiv SIDE".

IZ PROŠLOSTI... IZ PROŠLOSTI...

LIČNOSTI IZ PROŠLOSTI PIROTSKOG ZDRAVSTVA:

PRIM. DR MILUTIN M. VELIMIROVIĆ, LEKAR, KNJIŽEVNIK (2)

I LEKARI UMIRU OD TIFUSA

Nastavljamo da objavljujemo odlomke iz rukopisa "Uspomene" dr Milutina M. Velimirovića koji je priredio uvaženi naučni saradnik SANU dr Ilija Nikolić. Doktor Velimirović je iz stručnog i književnog ugla opisao epidemiju pegavog tifusa u Pirotu 1915. godine

Okupanju bolesnika za vreme bolesti nije moglo biti ni reči. Epidemija je dočekana sa krajnjom oskudicom u pogledu materijalno-sanitetske spremlje, bez ikakvih bolničkih udobnosti i sa minimalnim kadrovima sanitetskog osoblja. To nije bilo samo u Pirotu nego i u celoj zemlji. Pored toga, epidemija je strahovito napala i te brojne slabe kadrove. Bolničari su padali i brzo umirali i sami. To su većinom po nuždi bili bolničari, a stvarno bez neke bolničarske obuke. Malobrojnijim još neoborenim lekarima, medicinarima i bolničarima trebalo je vremena da se snađu u strašnoj bedi. U ono vreme nije se znalo o pegavcu to što se zna sad, a u početku epidemije nije se znalo ni toliko koliko kad je epidemija počela da se gasi.

Lekari, medicinari i bolničari, odolevajući svima teškoćama borili su se gotovo svi do poslednjeg daha. Pored bolničara umirali su i lekari. To je bio pravi pomor srpskih lekara, kako na bojištu tako još više u pozadini. Za vreme trajanja epidemije od četiri meseca pomrlo je više od jedne trećine srpskih lekara, dosta medicinara, a mnogo je stranih lekara koji su iz raznih zemalja i sa raznih strana došli u Srbiju u početku rata. Za vreme epidemije, kad su malobrojni borci vodili jednu tešku neravnomernu borbu sa strašnom napašću, pokušavajući da spasu srpsku vojsku od pomora, nije bilo pomoći niotkuda. Nekoliko bolnica stranih misija bile su gotovo sve samo za ranjenike.

Bolnice u Pirotu imale su nekoliko honorarnih lekara stranaca, tri Švajcarca (dr Hug, dr Pako i dr Žanre), dva Poljaka (dr Maševski i dr Štempelberg) i jednog Rumuna-Lazaresa, koji i nije bio pravi lekar nego lekarski pomoćnik, ili feljčer. Pored njih, bila su i dva zarobljenika dr Lauter i dr Kovač. Od medicinara bila su dva ruska Jevrejina (Pupko i Bernštejn) i nas dva mobilisana Srbina Čeda Nikolić i ja. Švajcarci su radili samo sa ranjenicima kao hirurzi, a Poljaci, Rumun i zarobljenici sa ranjenicima i bolesnicima. Mi medicinari pomagali smo lekarima hirurzima u glavnoj

hirurškoj bolnici, smeštenoj u zgradi Suda, ali smo imali na staranju i svaki po jednu svoju zgradu.

Kad je počelo obolevanje od pegavca, u prvo vreme nije se znalo koja je bolest. Tek kad je počelo veće umiranje bolesnika bilo je jasno šta je. Od medicinskog osoblja prvo su oboleli dr Lauter i medicinar Bernštejn. Oni su, srećom, ozdravili, ali su zato oboleli još šest lekara i medicinar Čeda. Svi oboleli lekari su pomrli, a Čeda je, posle teške bolesti, na sreću prezdravio. Smrt šest lekara za mesec dana sve je zaprepastila, a bolnica je ostala bez potrebne medicinske snage. Prva žrtva bio je dr Štempelberg, povučen i miran čovek, spreman i vredan lekar. Njega su, kao Jevrejina, sahranili na jevrejskom groblju ispod Sarlaha. Pogreb u večernjem sutonu, po zimi i teškom raspoloženju ostavio je na sve pratioce tugaljiv utisak. Dr Štempelberg je bio iz ruskog dela Poljske, gde je imao samo majku, za koju mu je ostalo na stolu nedovršeno pismo i neispunjena novčana uputnica. Zatim je umro drugi Poljak dr Maševski, emigrant-lutalica, dobar hirurg, ali veliki alkoholičar. Umro je i dr Micić, pa Rumun, a docnije i jedan lekar doveo porodicu iz Rumunije. Bili su to teški dani.

Smrću dr Micića, upravnika bolnice, rezervnog majora, dobrog lekara kome smo se uvek mogli obratiti za savet i pomoć, bolnica je za neko vreme ostala obezglavljena. Za izvesno vreme dužnost upravnika vršio je dr Banković, lekar bez vojnog čina, stariji čovek, svakako po školi drug dr Micića. Od dr Bankovića nije bilo mnogo koristi. On je, opterećen velikom porodicom,

celog dana bio zauzet privatnom praksom u varoši, jer je bio jedini Srbin lekar u Pirotu. U bolnicu je dolazio samo radi administracije i jedino smo ga tad i tu, u glavnoj zgradi mogli videti sa lekarskim mantilom. Sa medicinarima držao se veoma zvanično.

Ceo posao u bolnicama oko bolesnika pao je na tri medicinara, dr Lautera zarobljenika i na jednog Španjolca dr Viktorijana Singlu, koji je u Srbiju došao iz Španije posle smrti verenice.

Uskoro je za upravnika postavljen rezervni major dr Aleksa Stojković, još veća nebriga i u svakom pogledu gori od dr Bankovića. I on je u glavnu bolnicu dolazio samo radi potpisivanja i pregledanja pošte, zadržavao se po pola sata ili sat i odlazio. U svoju kancelariju, odmah do glavnog ulaza u zgradu nije nikoga primao sem nadzornika-ekonomskog komesara bolnice (prof. Koste Kostića – primedba I. N.). Na glavni ulaz u zgradu niko nije smeo da ulazi sem njega, a sve prostorije u koje se ulazilo iz tog prvog hodnika bile su ispražnjene. U hodniku kod ulaza stalno se nalazio jedan poverljiv čovek dr Stojkovića, koji je pazio da ne bi neko ušao u taj nepristupni deo zgrade.

(Nastavak u sledećem broju)



ČULEINA ČESMA U PODNOŽJU SARLAHA 1908. GODINE, PIROT. KRAJ NJE SU SINovi I KĆERI PROTE MILOŠA VELIMIROVIĆA I NJGOVE ŽENE JELENE

O RADU SANITETA U VREME OSLOBOĐENJA PONIŠAVLJA 1877. GODINE (2)

POLJSKE BOLNICE BILE TESNE

Izveštaji dr Vladana Đorđevića i dr Vladislava Jasnjevskog o organizaciji sanitetske ratne službe, vojnoj bolnici i smeštaju ranjenika u vreme oslobođenja Pirota i Ponišavlja 1877/78. godine

Prof. dr Borislava LILIĆ

Istoga dana kad su timočke trupe osvojile Ak-Palanku, šumadijske trupe demonstrirale su pred Pirotom (nišorska pozicija) pa su se onda angažovale u borbu.

Načelnik saniteta šumadijskog kora obišao je još 9. i 10. decembra sva okolna sela duž drumu Pandiralo-Pirot, da bi iznašao udesne zgrade za smeštaj poljskih bolnica. U selu Jalovnik -Izvoru, koje je udaljeno od Pandirala 2-3 sahata, na drumu, drugih zgrada nije bilo do jedne turske karaule povrh sela, i crkve u samom selu, koju su Turci prvog rata popalili. Odmah je naredeno seoskom kmetu, da vrata na crkvi napravi i prozore zatvori; da u karaulu vrati peći, koje su seljaci po odlasku Turaka razneli, i da se nekoliko kola slame snese kako kod crkve tako i kod karaule.

Od Jalovik-Izvara idući Pirotu 2-3 sahata, opet se dolazi do jedne turske karaule povrh sela Cerove. I ova je kula određena za bolnicu.

U poljskim bolnicama u Cerovi, Jalovik-Izvoru i Pandiralu ranjenici nisu se mogli zadržavati zato što nije bilo dovoljnog mesta, već su svi slati u Knjaževac...

... šumadijski kor imao je do zauzeća Pirota 443 ranjenika, a timočki kao što smo videli 170 ranjenika, to čini svega 583 ranjenika.

Pošto je više od pola tih ranjenika (u šumadijskom koru 56-09 na sto, a u timočkom 29-00%) bilo ranjeno u gornje udove (rame, mišica, lakat, šaka, prsti)...

Sada da nastavimo izveštaj o borbi šumad. trupa na Nišoru, i o sanitetskoj radnji za vreme te borbe:

"Decembra 10. saopštena je naredba da će se 12. napadati. U dispoziciji, koju je korpusni komandant izdao svima pojedinim komandantima, ušao je i raspored sanitetskih zavoda."

"Celj je bila da se popljske bolnice, tako postroje, kako ne bi ranjenici po zimi daleko od jednoč transportovati se morali. S toga su bolnice ovako raspoređene:

"U Cerovi, tri sahata od bojnice, imala se postrojati treća poljska bolnica, pod komandom kapetana Dr. A. Đermana. U Jalovik-Izvoru, 2¹/₂ do 3 sahata od Cerove, peta poljska bolnica, pod komandom Dr. Mijaila Haxi-Lazića, kome je u pomoć pridać lekarski pomoćnik Milan D. Radovanović. Obe ove bolnice dobile su zapovest da 12. ujutru budu potpuno postrojene. U kuli Mirilovskoj bila je već postrojena šesta poljska bolnica, pod komandom Dr. Rada Petrovića. Ona je imala da prihvata radnike koji dolaze od Ak-Palanke. (Kula je na drumu Ak-Palanke-Pandiralo ali tako blizu poslednjem, da se vidi s Pandirala). Na Pandiralu, 2¹/₂ sahata od Jalovik-Izvara postrojila se četvrta poljska bolnica, pod komandom Dr. Aleksandra Bogdanovića, kome je u pomoć pridać lekarski pomoćnik Ljubomir Vesović.

Komandirima treće i pete polj. bolnice naredeno je da 12. spremne hranu za ranjenike koji će dolaziti, i to pečenje, hleba i vina.



Načelnik saniteta, kome je korpusno sanit. odeljenje sledovalo, otišao je 11. decembra u Temsku, pred kojim selom je bila borba 12.

Rano 12. decembra započet je boj. U boju ovom učestvovala je kragujevačka i rudnička brigada. Zavojišta su bila ovako raspoređena: Na levom krilu, gde je bila kragujevačka brigada, u selu Oreovici postrojilo se zavojište od kragujevačkog okružnog sanit. odeljenja pod komandom kapetana Dr. Dimitrija Kufasa. Na centru bila je rudnička brigada. Zavojište njeno, pod upravom komandira rudničkog okr. sanit. odeljenja, lekarskog pomoćnika Svetozara Atanasijevića postrojeno je bilo u jednoj udoljici pred baterijama. Ovde je bilo i korpusno sanitetsko odeljenje pod komandom Dr. Mijaila Markovića.

Na ovom zavojištu bio je i načel. sanit. šum. kora.

(Nastavak u sledećem broju)



ZANIMLJIVOSTI
iz sveta medicine

DILEMA KUPEROVOG INSTITUTA

DA LI FITNES POMAŽE DEBELJUCAMA?

Među američkim lekarima rasplamsala se rasprava o tome, šta je za njihove debele sugrađane korisnije – da džogingom ili drugim fizičkim naporima održavaju kondiciju, ili da slabe lišavajući se masti i kalorija.

Zagovornici obaveznog slabljenja su kardiolozi koji smatraju da je prekomerna težina "glavni faktor rizika" infarkta srca, dok je pušenje na drugom mestu. Nasuprot tome, Stiven Bler sa Kuperovog Instituta za istraživanje aerobika u Dalasu, koji je na 25 000 osoba sa normalnom i prekomernom težinom ispitivao vezu između smrtnosti, fitnesa i telesne težine, zaključio je da "zdrava tela postoje u svim oblicima i veličinama" što znači da je bolje biti debeo i fit, nego mršav i bez kondicije.

Prema iskustvu kanadskog stručnjaka za debljinu Kloda Bušara, 90% debelih je fizički neaktivno, jer "da su bili aktivni, ne bi postali debeli".



ZANIMLJIVOSTI... ZANIMLJIVOSTI...

CRNA MAMA, CRN TATA - DECA BELA

Na svakih 17.000 rođenih širom sveta, rodi se jedna ALBINO-osoba bez pigmentacije kože. Međutim, da se jednom bračnom paru tri puta za redom dogodi da dobiju albinca – šansa je 5.000.000:1. Upravo to se dogodilo londonskoj porodici Unoarumi.

Iako su i otac i majka afrički crnci rođeni u Nigeriji, oni se diče sa tri belčeta, belja i od dece najbeljih

belaca. U razmaku od 6 godina dobili su dva dečaka i devojčicu, koji, na prvi pogled, nikako ne idu uz svoje crne roditelje. Otac ove neobične porodice je bio veoma iznenađen posle rođenja prvog deteta, tako da mu je doktor u porodilištu održao čitavo predavanje o albinizmu. "Sada znam da se albinci rađaju samo onda kada oba roditelja imaju u svom genetskom kodu gen albinizma. Ali i tada su šanse da se rodi albino 1:4, ukoliko jedan od roditelja i sam nije albino. Međutim, ni moja žena ni ja nismo imali takve slučajeve u porodicama iz kojih potičemo" – izjavio je otac ove dece.

Predstavnici Ginisove knjige rekorda istražuju ima li na svetu crnačkog para sa 4 albino deteta. Ukoliko nema – ova porodica sa 3 takva deteta, ući će u Ginisovu knjigu za narednu godinu.



ZAJEDNIČKI STAV BRITANSKIH I AMERIČKIH ISTRAŽIVAČA NA ŠTA UKAZUJE PROŠIRENJE DELA MOZGA

Marker šizofrenije

Proširenje dela mozga može da ukaže na nasledni rizik od šizofrenije, tvrde britanski i američki istraživači. Upoređujući pacijente obolele od

šizofrenije iz 16 porodica u kojima je bilo 2 ili više obolelih sa 59 zdravih rođaka i kontrolnom grupom od 39 osoba, oni su utvrdili da uvećanje leve lateralne komore – može da bude marker genetske sklonosti za to oboljenje.

Kod svakog ispitanika je urađena nuklearna magnetna rezonanca mozga i utvrđeno je da oboleli od šizofrenije imaju to uvećanje, ali i manji volumen mozga nego njihovi rođaci koji nisu oboleli. U studiji je takođe, pronađen niz strukturalnih moždanih abnormalnosti kod rođaka obolelih od šizofrenije, dok kod kontrolne grupe to nije utvrđeno. Učestalost šizofrenije je jedan na sto.



**A.D. U MEŠOVITOJ SVOJINI
ZA PROIZVODNJU GUMENIH
PROIZVODA SA P.O.**

- SPOLJNA I UNUTRAŠNJA
AUTO GUMA**
- GUMENA OBUĆA**
- GUMENO TEHNIČKA ROBA**
- LEPILA**
- UTENZILIJE**

**18300 PIROT N. PAŠIĆA 213
TEL 010/ 33 366; 32 233
FAX 010/ 32 861; 32 862**

ISO 9001



(010)

87 530 87 430

HOTEL "MIR" ZVONAČKA BANJA

NOVOPRIZNATI ZAVOD ZA PREVENCIJU INVALIDNOSTI I REHABILITACIJU