YU ISSN 0350-3208

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

ЧАСОПИС ЗА СОЦИЈАЛНУ МЕДИЦИНУ,
ЈАВНО ЗДРАВЉЕ, ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ,
ЕКОНОМИКУ И МЕНАЏМЕНТ У ЗДРАВСТВУ

ГОДИНА XLV • СЕПТЕМБАР 2016. • БРОЈ 3

КОМОРА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА СРБИЈЕ - БЕОГРАД

ГОДИНА XLV

Број 3

СЕПТЕМБАР 2016. ГОДИНЕ

ЧАСОПИС ЗА СОЦИЈАЛНУ МЕДИЦИНУ, ЈАВНО ЗДРАВЉЕ, ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ, ЕКОНОМИКУ И МЕНАЏМЕНТ У ЗДРАВСТВУ

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Уређивачки одбор:

Председник:
Проф. др Георгиос Константинидис

Главни и одговорни уредник:
Проф. др Христо Анђелски

Заменик главног и одговорног уредника:
Доц. др Мирослав Чавлин

Секретар:
Маријана Стојановић

Чланови:
Проф. др Марија Јевтић
Драган Морача, дипл. правник
Проф. др Момчило Бабић
Мр др Дејан Станојевић
Проф. др Саша Живић
Др Рајко Косановић
Проф. др Слободан Обрадовић
Прим. др. Периша Симоновић
Проф. др Дончо Донев, Македонија
Проф. др Жива Новак Антолич, Словенија
Проф. др Агима Љаљевић, Црна Гора
Доц. др Данијела Штимац, Хрватска
Проф. др Жолт Молнар, Мађарска
Проф. др Васолиос Фанос, Италија

ВЛАСНИК И ИЗДАВАЧ: Комора здравствених установа Србије – Београд

За издавача: Драган Морача, дипл. правник
Уредништво и администрација: 11000 Београд, Хајдук Вељков венац 4-6.

Тел/факс: (+381 11) 3615 358, 3615 371; Жиро-рачун: 205-4707-32

Лектура/Коректура:
Бојана Пасер

Припрема за штампу:
Дарко Јовановић, Београд

Тираж:
500 примерака

Штампа:
Принтива, Београд

Часопис "Здравствена заштита" евидентиран је под бројем YU ISSN 0350-3208 у Библиографији Србије, серијске публикације, и са овим бројем налази се у светској бази о серијским публикацијама (ISSN база) са седиштем у Паризу.

Чланци из часописа објављени су у Библиографији Србије, под именом чланци и прилози у серијским публикацијама, Серија Б.

Резимеи чланака објављују се у SCindeks-у (Srpski citatni indeks) при Народној библиотеци Србије и у COBISS.SR-ID 3033858.

Часопис "Здравствена заштита" евидентиран је у Министарству науке Републике Србије као национални часопис.

Часопис "Здравствена заштита" депонује се у Дигиталном репозиторијуму Центра за научне информације Народне библиотеке Србије, а чланци из часописа се могу представити у Српском цитатном индексу у виду пуног текста у режиму отвореног приступа.

САДРЖАЈ

Стручни и научни радови

1. Владан Ђорђевић, Слободан Јовичић, Ђорђе Ђурчић, Горица Ђокић, Весна Стефановић, Славица Ђукић Дејановић
ЗАДОВОЉСТВО ЗАПОСЛЕНИХ У КЛИНИЦИ ЗА ПСИХИЈАТРИЈСКЕ БОЛЕСТИ „ДР ЛАЗА ЛАЗАРЕВИЋ“ – БЕОГРАД (2015. ГОДИНА) 1

2. Марко Дожић, Сузана Стојановић Рундић, Весна Плешинац Карапанџић, Никола Милошевић, Светлана Јовановић, Биљана Анђелски Радичевић, Иван Дожић
ПОЈАВА РЕЦИДИВА КАРЦИНОМА РЕКТУМА У ОДНОСУ НА ПОЛ ИСПИТАНИКА 13

3. Аца Цветковић
ЕПИДЕМИОЛОШКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ САЛМОНЕЛОЗА У ПИРОТСКОМ ОКРУГУ ОД 2000. ДО 2015. ГОДИНЕ 20

4. Весна Томић
ПРЕВЕНЦИЈА ЖИВОТНИХ КРИЗА ОМЛАДИНЕ 29

5. Анита Накић, Весна Динов, Наташа Михајловић
АЛЕРГИЈСКИ РИНИТИС И БРОНХИЈАЛНА АСТМА У ОРДИНАЦИЈИ ИЗАБРАНОГ ЛЕКАРА – ПРИКАЗ СЛУЧАЈА 36

6. Астрит Бериша, Милан Живковић
БОЛ У ЛАКТУ – ЗНАЧАЈ ЗА ПРИМАРНУ ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ 41

7. Миливоје Гаљак, Љиљана Кулић, Срђан Станковић, Страхиња Кулић, Јована Кулић
ПРАВНА РЕГУЛАТИВА У ОБЛАСТИ ПРОЦЕНЕ РИЗИКА НА РАДНОМ МЕСТУ И У РАДНОЈ ОКОЛИНИ 46

8. Петар Пауновић, Слађана Ђорђевић
МЕДИЦИНСКЕ СТРУКЕ ПРЕВЕНТИВНЕ МЕДИЦИНЕ НА ПОДРУЧЈУ ТИМОЧКЕ КРАЈИНЕ – МЕДИЦИНСКА БАКТЕРИОЛОГИЈА У ПЕРИОДУ ОД 1922. ДО 2013. ГОДИНЕ 53

Упутство ауторима 69

UDK BROJEVI: 331.101.32:616-051(497.11)"2015"

ЗАДОВОЉСТВО ЗАПОСЛЕНИХ У КЛИНИЦИ ЗА ПСИХИЈАТРИЈСКЕ БОЛЕСТИ „ДР ЛАЗА ЛАЗАРЕВИЋ" БЕОГРАД (2015. ГОДИНА)

Владан Ђорђевић[1], Слободан Јовичић[2], Ђорђе Ћурчић[3], Горица Ђокић[4], Весна Стефановић[5], Славица Ђукић Дејановић[6]

SATISFACTION OF THE EMPLOYEES AT CLINIC FOR PSYCHIATRIC DISORDERS „DR LAZA LAZAREVIC" BELGRADE (2015)

Vladan Đorđević, Slobodan Jovičić, Đorđe Ćurčić, Gorica Đokić, Vesna Stefanović, Slavica Đukić Dejanović

Сажетак

Увод: Задовољство послом је позитивна емоционална реакција и ставови појединца према свом послу.

Циљ рада је да се установи ниво задовољства запослених и одреде детерминанте задовољства/незадовољства запослених.

Метод рада: Испитивање задовољства запослених се сваке године спроводи у свим здравственим установама у једном дану. Сви запослени присутни на послу на дан анкетирања попуњавали су анонимни упитник препоручен од Института за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут".

Резултати: Запослени су показали највећи степен задовољства расположивим временом за рад са пацијентима и за обављање посла, непосредном сарадњом са колегама и претпостављенима, док су најнезадовољнији били у погледу адекватности опреме за рад, финансијском надокнадом за свој рад, могућношћу професионалног развоја и руковођењем и организацијом рада у установи. Као детерминанте задовољства/незадовољства запослених издвојиле су се могућност професионалног развоја и могућност изношења идеја претпостављенима.

Summary

Introduction: Job satisfaction is a positive emotional reaction and attitudes of the individual receives his work.

The aim of study was to establish the level of employee satisfaction and to identify the determinants of employees' satisfaction / dissatisfaction.

Method: The research of employee satisfaction every year carried out in one day, in all health institutions. All employees are present at work on the day of the interview, filled out the anonymous questionnaire recommended by the Institute for Public Health „Dr Milan Jovanovic Batut".

Results: The employees have shown the greatest degree of satisfaction of the available time to work with patients and do the job, direct cooperation with colleagues and superiors, as they were most dissatisfied with the adequacy of work equipment, financial compensation for their work, the possibility of professional development and management and organization work in the institution. As determinants of employees' satisfaction / dissatisfaction of singled out the possibility of professional development and the opportunity to share ideas superiors.

[1] Др стом. Владан Ђорђевић, Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић" Београд, Србија (Clinic for Psychiatric Disorders „Dr Laza Lazarevic" Belgrade, Serbia).

[2] Др мед. Слободан Јовичић, спец. психијатрије, Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић" Београд, Србија (Clinic for Psychiatric Disorders „Dr Laza Lazarevic" Belgrade, Serbia)

[3] Др мед. Ђорђе Ћурчић, спец. психијатрије, Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић" Београд, Србија (Clinic for Psychiatric Disorders „Dr Laza Lazarevic" Belgrade, Serbia)

[4] Др мр сц. мед. Горица Ђокић, спец. неурологије, Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић" Београд, Србија (Clinic for Psychiatric Disorders „Dr Laza Lazarevic" Belgrade, Serbia)

[5] Др сц. мед. Весна Стефановић, спец. психијатрије, Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић" Београд, Србија (Clinic for Psychiatric Disorders „Dr Laza Lazarevic" Belgrade, Serbia)

[6] Проф. др Славица Ђукић Дејановић, спец. неуропсихијатрије, Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић" Београд, Србија (Clinic for Psychiatric Disorders „Dr Laza Lazarevic" Belgrade, Serbia), Факултет медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу, Крагујевац, Србија (Faculty of Medical Sciences, Univeristy in Kragujevac, Kragujevac, Serbia).

Закључак: Задовољство запослених у 2015. години се незнатно повећало у односу на раније године, мада и даље треба радити на подизању нивоа задовољства запослених, и то пре свега по питању унутрашњих фактора задовољства запослених.

Кључне речи: *задовољство, запослени, посао.*

Conclusion: The satisfaction of employees in 2015 was slightly increased compared to earlier years, although it still needs to work on raising the level of satisfaction of employees, primarily in terms of internal factors of employees' satisfaction.

Key words*: satisfaction, employees, job.*

УВОД

У систему здравствене заштите као један од стратешких циљева здравствене политике Министарства здравља Републике Србије дефинисано је и стално ***унапређење квалитета рада у здравственим установама***. Ове активности подразумевају национална испитивања задовољства корисника радом здравствене службе, затим испитивања професионалног задовољства запослених у здравственом систему, праћење показатеља квалитета рада на нивоу здравствених установа, као и праћење континуираног усавршавања здравствених радника – као предуслова за унапређење квалитета.

Радници су најважнији ресурс сваке организације. Од њихових ставова, додатних усавршавања (едукација) и радног искуства зависи како ће обављати свој посао, као и перформансе организација у којима су запослени у целини. Кроз посао људи теже да остваре економску стабилност, идентитет и развој своје личности, статус и престиж, самоостварење, самосталност, креативност и социјалну интеракцију. Запослени желе да се, кроз посао, развију и остваре као особе, да користе и развију своје таленте и вештине, да радом постижу резултате и успехе који ће бити препознати.[1]

Посао подразумева не само обављање радних задатака већ и интеракцију са колегама, шефовима, поштовање правила и политике организације, достизање стандарда радног учинка, живљење у радним условима који често нису идеални.[1] ***Задовољство послом*** се дефинише као позитивна емоционална реакција и ставови појединца према свом послу.[1] Оно представља комбинацију унутрашњих и спољашњих фактора. Унутрашњи фактори подразумевају природу посла који особа обавља, задатке који чине посао, професионални развој, осећај одговорности, као и достигнућа у послу. Спољашњи фактори подразумевају услове рада, као што су: плата, сарадници и руководиоци итд. Унутрашњи фактори унапређују сатисфакцију, а спољашњи превенирају незадовољство.[2] Најважније детерминанте задовољства послом су интересантан и креативан посао, добри односи са руководиоцима и колегама, висока зарада, аутономија у раду, могућност напредовања, као и сигурност посла и способност прављења баланса између приватног и пословног живота.[3-5] С друге стране, незадовољство послом утиче на здравље запослених, посебно на ментално здравље, појаву депресије и анксиозности, док је корелација са физичким здрављем умерена.[3] Поред наведеног, данас се све више помиње ***синдром професионалног сагоревања*** (***bournout syndrome***), који је последица професионалног стреса на радном месту. Овој врсти стреса посебно су изложени лекари, а пре свега запослени који пружају здравствену заштиту психијатријски оболелим особама.[5, 6]

ЦИЉ

Циљ овог истраживања био је да се установи ниво задовољства послом запослених у Клиници за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ у 2015. години, као и да се установе детерминанте заводољства, односно незадовољства запослених.

МЕТОД РАДА

У 2015. години, испитивање задовољства спроведено је у току једног радног дана (од 07 h 30.11.2015. до 07 h 01.12.2015. године) у Клиници за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ Београд, по стручно-методолошком упутству Института за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“, а обухваћени су сви запослени који су били присутни на послу у периоду истраживања и који су желели да попуне упитник. Спровођење испитивања организовала је Комисија за унапређење квалитета рада Клинике за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“, а дистрибуцију упитника обављале су главне сестре одељења.

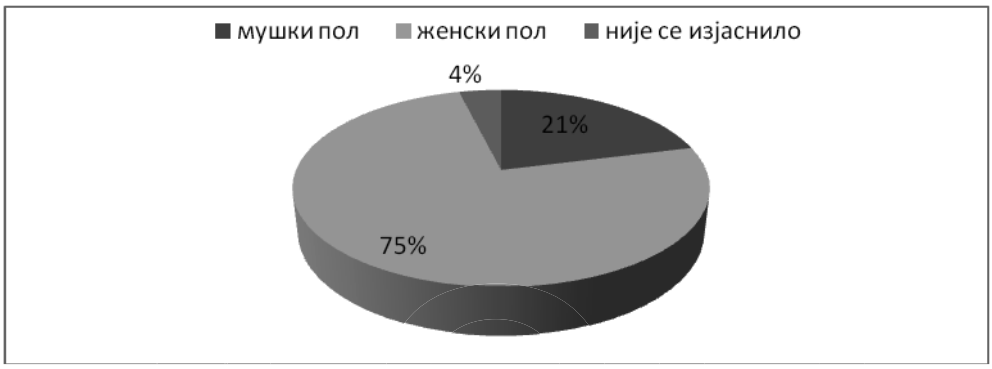
Инструмент истраживања био је анонимни упитник са 23 питања затвореног типа, који се састоји из: основних података (пол, старосно доба, занимање и руководећа функција), задовољства запослених различитим аспектима посла (простор, опрема, расположиво време за обављање посла, организација посла, плата итд.), професионалног развоја (могућности за напредовање, едукација, аутономија рада), односа са руководећим кадром, међуљудских односа и односа са пацијентима, као спремности да се промени посао. Такође, дата је могућност запосленима да унесу своје примедбе и предлоге за унапређење квалитета и задовољства запослених. У овом раду су анализирана само она питања која сматрамо значајним за унапређење квалитета рада.

Статистичка обрада података: Унос података у базу је обављен у Градском заводу за јавно здравље, где су и анализирани подаци на нивоу града Београда. За статистичку обраду добијених података коришћен је статистички програм (SPSS 17.0 Inc., Chicago, IL, USA). За описивање испитиване популације коришћене су методе дескриптивне статистике: мере централне тендеције (средња вредност) и мере варијабилитета (стандарна девијација). За утврђивање предиктора задовољства/незадовољства запослених коришћени су униваријантни и мултиваријантни регресиони модел. Статистички тестови су прихватани ако је вероватноћа нулте хипотезе једнака или мања од 5 одсто ($p \leq 0.05$).

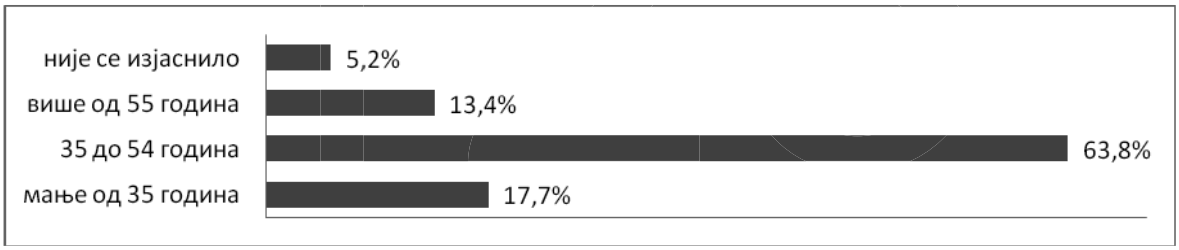
РЕЗУЛТАТИ

Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ у Београду је имала 546 запослених радника на дан анкетирања; на послу је тог дана било присутно 270 радника; подељено је 270 упитника; попуњена су 232 упитника, те је проценат одзива износио 85,9%. Дистрибуција испитаника према полу, старосном добу, занимању и руководећој функцији приказане су на графиконима 1–4. У Клиници је већином било особа женског пола (75,0%), старосне доби 35 до 54 године (63,8%), медицинских сестара / техничара (41,8%) и запослених који нису имали неку од руководећих функција (76,3%)

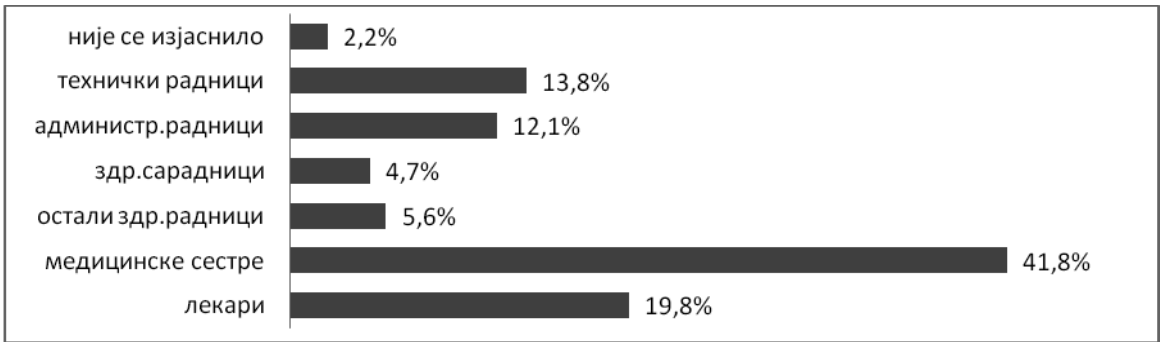
Графикон 1. *Дистрибуција запослених према полу.*



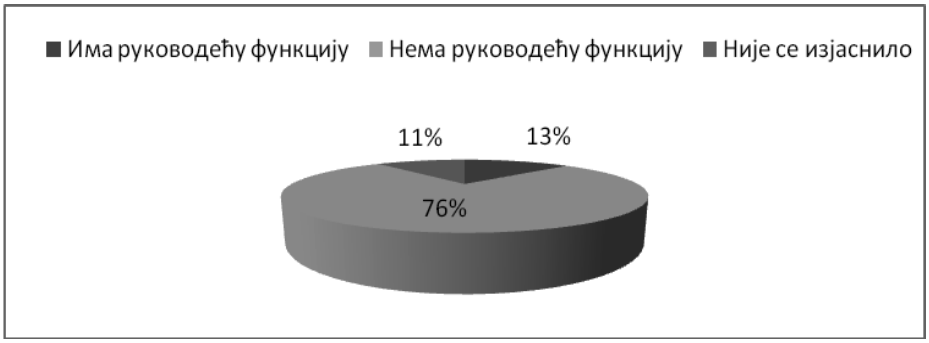
Графикон 2. *Дистрибуција запослених према старосним групама.*



Графикон 3. *Дистрибуција запослених према занимању.*



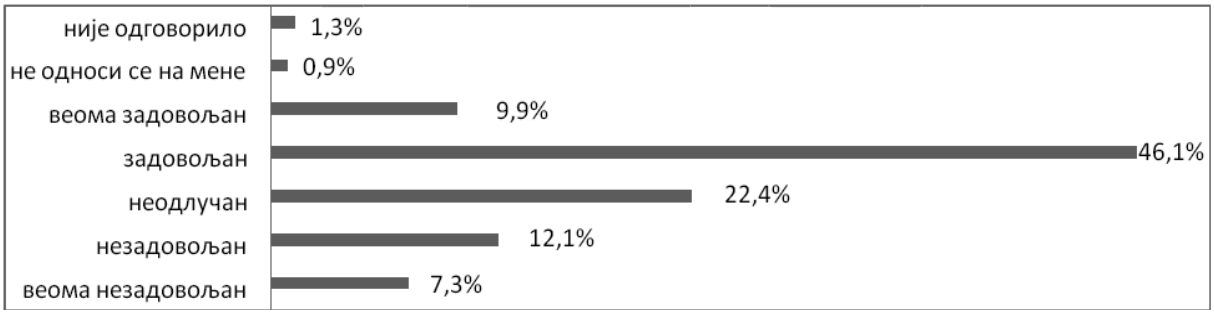
Графикон 4. *Дистрибуција запослених према руководећој функцији.*



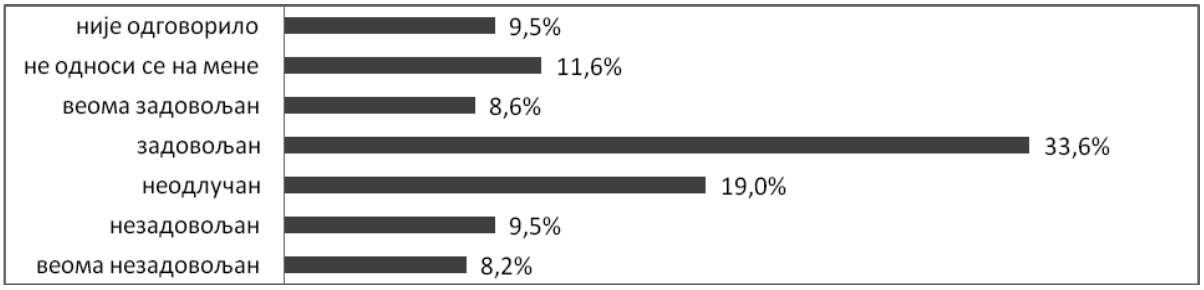
Највећи број запослених (29,7%) није био задовољан адекватношћу опреме за рад у служби (Графикон 5). Расположивим временом за обављање задатих послова (Графикон 6) и расположивим временом за рад са пацијентима (Графикон 7) већина запослених је била задовољна.

Графикон 5. *Задовољство запослених адекватношћу опреме за рад у служби.*

Графикон 6. *Задовољство запослених расположивим временом за обављање задатих послова.*

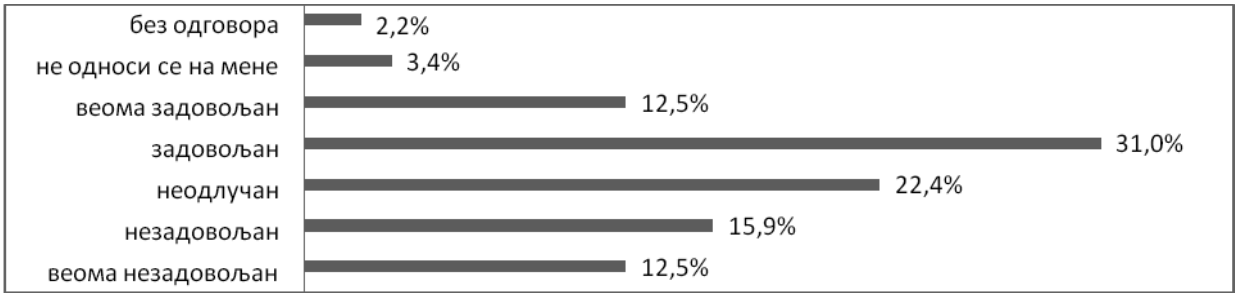


Графикон 7. *Задовољство запослених расположивим временом за рад са пацијентима.*



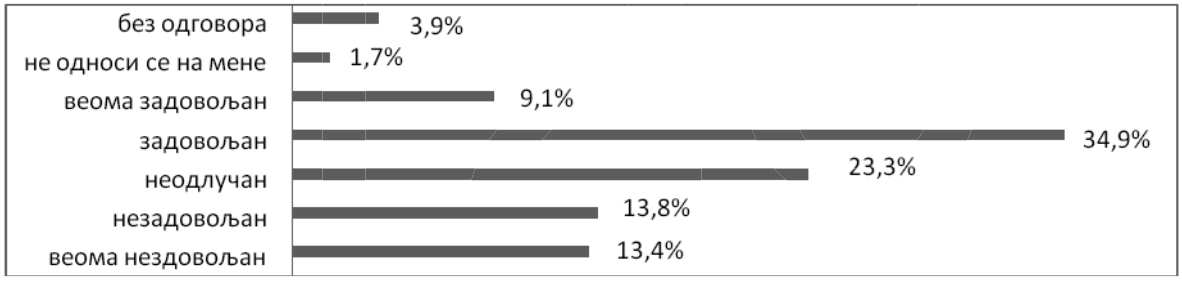
С обзиром на то да се медицинска професија у много већој мери у односу на друге професије ослања на аутономију у раду, овај аспект посла је веома важан за запослене у здравственим установама. У 2015. години скоро половина запослених је задовољна овим индикатором (Графикон 8).

Графикон 8. *Задовољство запослених аутономијом у обављању посла.*

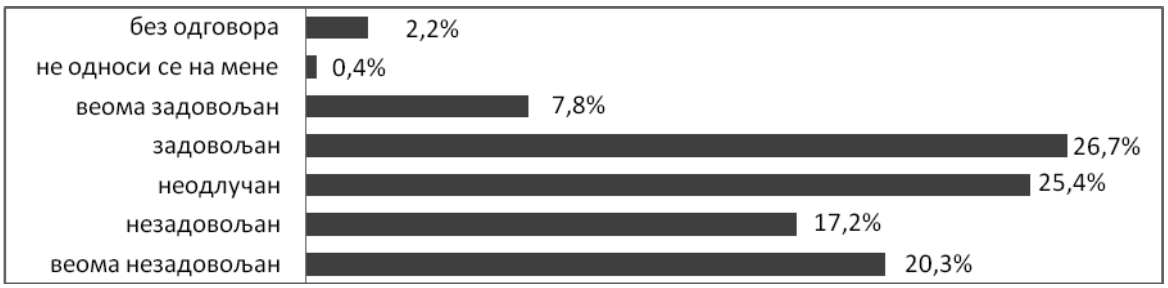


Највише запослених (34,9%) било је задовољно могућношћу да у току рада користе своја знања, способности и вештине (Графикон 9). У погледу уважавања и вредновања свог рада, највише запослених радника је било задовољно (26,7%) овим индикатором (Графикон 10).

Графикон 9. *Задовољство запослених могућношћу да у раду користе своја знања, способности и вештине.*

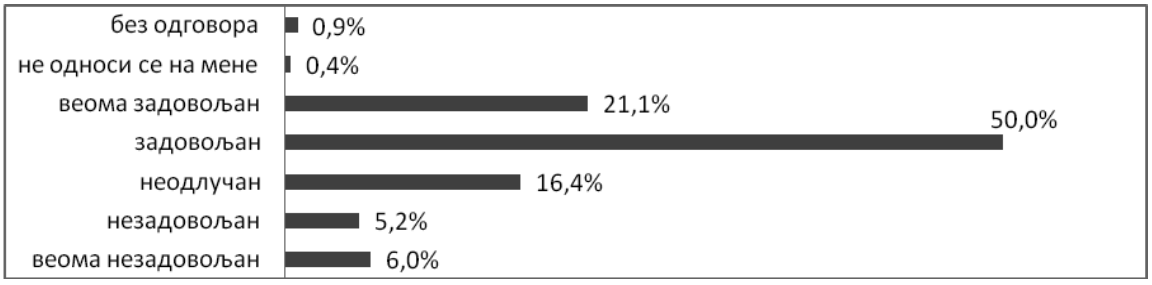


Графикон 10. *Задовољство запослених уважавањем и вредновањем њиховог рада.*

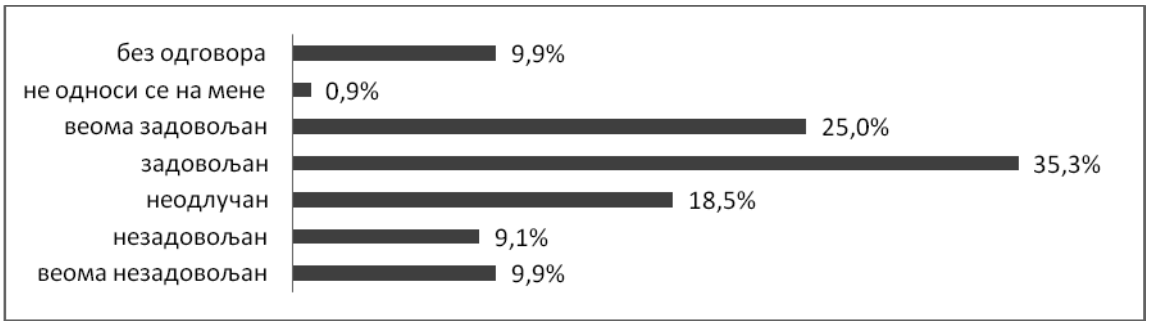


Непосредном сарадњом са колегама је већина запослених (71,1%) била задовољна (Графикон 11), док је непосредном сарадњом са претпостављенима било задовољно 60,3% запослених (Графикон 12).

Графикон 11. *Задовољство запослених непосредном сарадњом са колегама.*



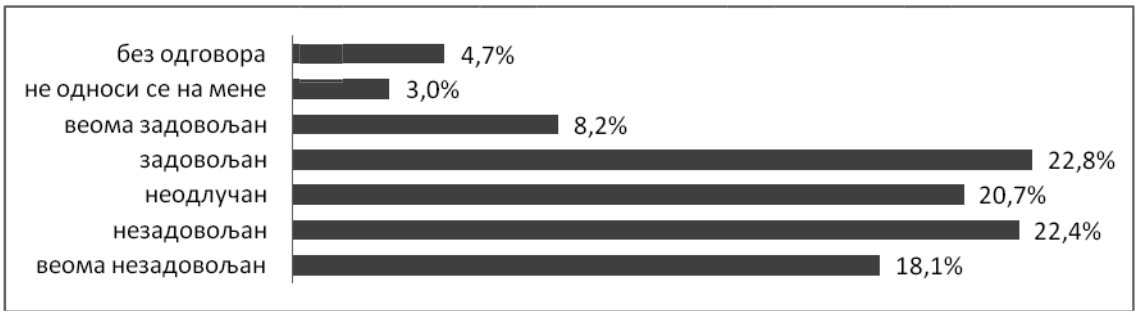
Графикон 12. *Задовољство запослених непосредном сарадњом са претпостављенима.*



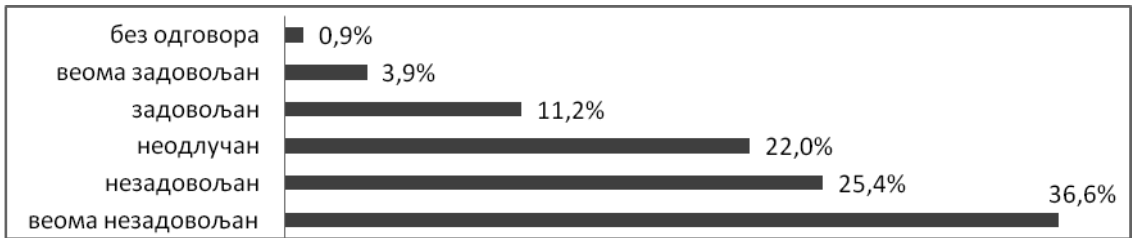
У 2015. години број незадовољних запослених индикатором који се односи на могућност професионалног развоја износи 40,5% (Графикон 13).

Када је финансијска надокнада за рад у питању, више од половине запослених (62,0%) није задовољно тренутном надокнадом за свој рад (Графикон 14).

Графикон 13. *Задовољство запослених могућношћу континуиране едукације.*

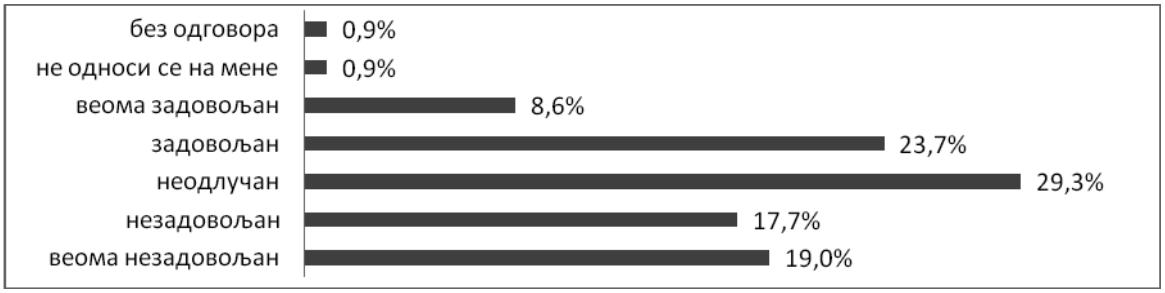


Графикон 14. *Задовољство запослених финансијском надокнадом за рад.*

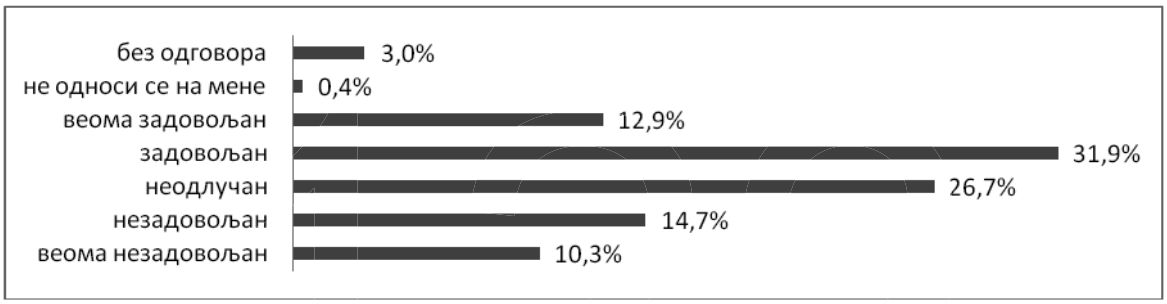


Руковођењем и организацијом рада у Клиници већина запослених (37,0%) је незадовољна (Графикон 15). С друге стране, чак 44,8% запослених је било задовољно добијањем јасних упутстава у смислу очекивања од стране надлежних лица (Графикон 16). Могућношћу изношења својих идеја претпостављенима чак 51,3% запослених је било задовољно (Графикон 17).

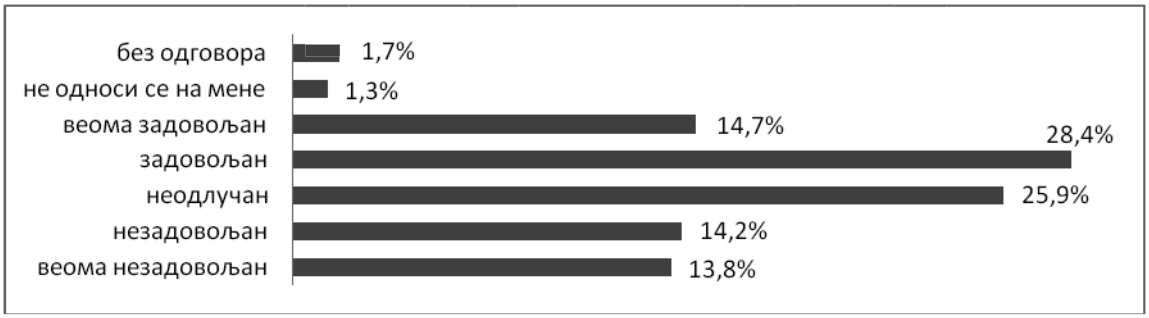
Графикон 15. *Задовољство запослених руковођењем и организацијом рада.*



Графикон 16. *Задовољство запослених добијањем упутстава шта се од њих очекује на послу.*



Графикон 17. *Задовољство запослених могућношћу изношења идеја претпостављенима.*



Задовољство запослених се може исказати и просечном оценом (Табела 1). Највећом просечном оценом запослени су оценили однос пацијената према њима (4,06 ± 1,20) и непосредну сарадњу са колегама (3,77 ± 1,05). Убедљиво најнижом оценом запослени су оценили финансијску надокнаду за свој рад (2,20 ± 1,17).

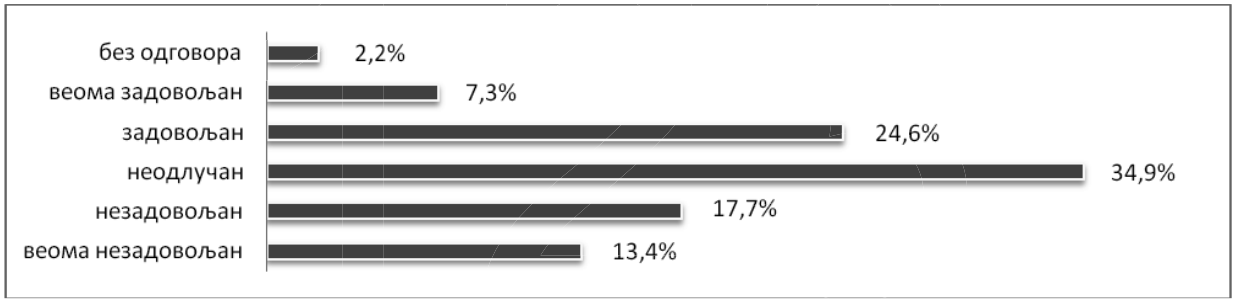
Табела 1. *Задовољство запослених различитим аспектима посла исказано просечном оценом.*

Аспекти посла	n	X±SD
Адекватност опреме за рад	228	2,67 ± 1,19
Расположиво време за обављање посла	229	3,42 ± 1,09
Расположиво време за рад са пацијентима	210	3,66 ± 1,40
Аутономија у обављању посла (доношење одлука)	227	3,26 ± 1,33
Коришћење знања,способности и вештина у раду	223	3,18 ± 1,26
Уважавање и вредновање рада	227	2,85 ± 1,27
Непосредна сарадња са колегама	230	3,77 ± 1,05
Непосредна сарадња са претпостављенима	229	3,60 ± 1,26
Могућност професионалног развоја	221	2,89 ± 1,36
Финансијска надокнада за рад	230	2,20 ± 1,17
Руковођење и организација рада у установи	230	2,88 ± 1,27
Добијање јасних упутстава за рад	225	3,24 ± 1,19
Изношење идеја претпостављенима	228	3,20 ± 1,30

n-број запослених; X-средња вредност; SD-стандардна девијација

Више од трећине (34,9%) испитаника на укупном плану задовољства су ни задовољни, ни незадовољни тренутном ситуацијом (Графикон 18). Дајући свеукупну оцену задовољству послом који запослени тренутно обављају, запослени су своје задовољство послом оценили средњом оценом 2,95 ± 0,75.

Графикон 18. *Задовољство запослених послом који тренутно обављају.*



За одређивање предиктора свеукупне оцене задовољства запослених коришћен је линеарни регресиони модел. Униваријантном регресионом анализом као статистички значајни издвојили су се: задовољство адекватношћу опреме за рад, расположиво време за обављање посла, расположиво времене за рад са пацијентима, аутономија у обављању посла (доношење одлука), коришћење знања, способности и вештина у раду, уважавање и вредновање рада, непосредна сарадња са колегама, могућност професионалног развоја, финансијска надокнада за рад, руковођење и организација рада у установи, добијање јасних упутстава за рад и изношење идеја претпостављенима (Табела 2). Предиктори, издвојени као статистички значајни у униваријатној регресионој анализи, укључени су у мултиваријатни регресиони модел, у коме су се као статистички значајни издвојили: могућност професионалног развоја и могућност изношења идеја претпостављенима (Табела 2).

Табела 2. *Предиктори свеукупне оцене задовољства запослених*

Аспекти посла	Униваријатни регресиони модел		Мултиваријантни регресиони модел	
	CI (95%)	значајност (p)	CI (95%)	значајност (p)
Пол	0.067	0.716	/	/
Старосно доба	-0.104	0.444	/	/
Занимање	-0.011	0.799	/	/
Руководећа функција	-0.128	0.573	/	/
Адекватност опреме за рад	0.364	0.000*	0.123	0.113
Расположиво време за обављање посла	0.389	0.000*	0.010	0.927
Расположиво време за рад са пацијентима	0.270	0.000*	0.030	0.678
Аутономија у обављању посла (доношење одлука)	0.343	0.000*	-0.163	0.064
Коришћење знања,способности и вештина у раду	0.468	0.000*	0.255	0.009*
Уважавање и вредновање рада	0.387	0.000*	0.101	0.257
Непосредна сарадња са колегама	0.346	0.000*	0.064	0.466
Непосредна сарадња са претпостављенима	0.307	0.000*	-0.029	0.735
Могућност професионалног развоја	0.388	0.000*	0.098	0.202
Финансијска надокнада за рад	0.366	0.000*	0.121	0.093
Руковођење и организација рада у установи	0.369	0.000*	-0.149	0.099
Добијање јасних упутстава за рад	0.388	0.000*	0.013	0.905
Изношење идеја претпостављенима	0.414	0.000*	0.223	0.033*

ДИСКУСИЈА

Проценат одазива на анкету у 2015. години износи 85,9%, што се не може поредити са последњим публикованим подацима за период 2007–2010. година[8] јер такав податак у раду не постоји. Анализом општих података, односно дистрибуције запослених према полу, старосном добу, занимању и учешћу у руковођењу, сазнајемо да је у Клиници већином било особа женског пола (75,0%), старосне доби између 35 и

54 године (63,8%), медицинских сестара / техничара (41,8%) и запослених који не учествују у процесу руковођења (76,3%). Ове резултате не можемо поредити са претходним периодима праћења јер нису статистички обрађивани. Истраживање спроведено у Клиници 2009. године указује на чињеницу да нема статистички значајне разлике у захваћености синдромом изгарања у односу на врсту занимања, што води закључку да су синдромом подједнако угрожени сви запослени без обзира на стручну спрему.[9]

Анализом појединачних параметара задовољства запослених сазнајемо да је адекватношћу опреме за рад незадовољно 29,7% запослених, што по овом параметру представља већину, што је мање него у публикованим подацима за период 2007–2010. година.[9] Задовољство запослених расположивим временом за обављање задатих послова доминантно је оцењено као задовољан (46,1%), што је мањи проценат него у публикованим подацима за период 2007–2010. године (од 42,8 до 53,5%).[8] У упитнику за 2015. годину додат је индикатор задовољство запослених расположивим временом за рад са пацијентима, које је од стране већине запослених (33,6%) означено као задовољан, што је веома значајно јер рад у клиници психијатријске делатности у много већој мери него у другим здравственим установама подразумева „бављење“ пацијентима кроз различите облике рада са пацијентима од групних терапија, одељенских заједница до радне терапије, окупационе терапије, дозиране физичке активности, здравствено-едукационих програма, програма терцијарне превенције и др. Овај параметар, такође, може указивати на адекватну кадровску процену унутар клинике, који би могла бити поправљена флексибилнијом кадровском политиком за психијатријске установе. У оквиру анализе задовољства запослених аутономијом у обављању посла 31,0% запослених се изјаснило као задовољан, што је мање од задовољства него у последњем публикованом периоду (од 31,4 до 44,1%).[8] Анализом задовољства запослених могућношћу да у раду користе своја знања, способности и вештине 34,9% се изјаснило као задовољан, што је приближно подацима за последњи публикован период, када се задовољство кретало од 31,6% до 44,1%.[8] Када су претходних година ови подаци посматрани заједно са подацима о аутономији у обављању посла, добила се јако изражена позитивна корелација што указује на то да је већина запослених у Клиници у прилици да обавља свој посао најбоље што може, али таква врста поређења нису могућа у овогодишњој анализи због измене упитника. Један од за Клинику важнијих параметара је задовољство запослених непосредном сарадњом са колегама, које је од стране већине означено као задовољан (50%), што је приближно исто за последњи публиковани период (од 34,9 до 59,1%) [8] и указује на добре међуљудске односе у колективу који у овој години нису могли бити анализирани због измена у упитнику. Задовољство запослених непосредном сарадњом са претпостављенима већина (35,3%) је оценила као задовољан, а 25,0% као веома задовољан, што је значајна смерница да је руководство Клинике доступно запосленима, али ови подаци нису доступни поређењу са претходно публикованим периодом. Задовољство запослених могућношћу за континуирану едукацију је готово подједнако у одговорима задовољан, неодлучан и незадовољан, што је слично публикованим подацима из периода 2007–2010. година[8], што указује на могућност даљег унапређивања континуиране едукације у Клиници. Запослени су, насупрот већини осталих параметара, на питање о задовољству финансијском надокнадом за рад одговорили са веома незадовољан (36,6%) и незадовољан (25,4%), што може бити одраз осећаја запослених у Клиници да раде веома тежак посао за мало новца, али и општег стања у држави јер је у поређењу са периодом 2007–2010.

година проценат веома незадовољних већи.[8] Испитивање задовољства руковођењем и организацијом рада је од стране запослених већински оцењено као неодлучан (29,3%) што се највише може тумачити незаинтересованошћу и апатијом запослених, али се овај параметар не може поредити са претходним периодом због измене упитника. Анализом задовољства запослених добијањем упутстава шта се од њих очекује на послу, добија се већинских 31,9% одговора задовољан, што је параметар који указује на прецизност организације рада у Клиници, што се такође не може поредити са претходним периодом. Запослени су задовољство могућношћу изношења идеја претпостављенима већински оценили као задовољан (28,4%), што представља смањење у односу на претходни публиковани период (од 30,3% до 48,6%)(8) и може указати на израженију налогодавност у Клиници.

Укупна добијена средња оцена задовољства запослених у 2015 години је 2,95±0,75, што је незнатно веће у односу на претходно публиковани период.[8] Поред тога, ранија истраживања међу запосленима Клинике указала су на присуство средњег нивоа емоционалне исцрпљености и деперсонализације, као и умерено висок ниво испуњености послом.[9] Подаци из литературе указују да су емоционална исцрпљеност и деперсонализација директна последица бављења тзв. „помагачким занимањима“[10], што се потврђује чињеницом да већина запослених није задовољна финансијском надокнадом за свој рад.

У субсету могућих детерминанти задовољства запослених као статистички значајни су се издвојили: задовољство могућношћу професионалног развоја и могућношћу изношења идеја претпостављенима, што је различито у односу на претходни период 2007–2010. година[8], када су се као предиктори издвајали међуљудски односи и сарадња са колегама и финансијска надокнада. Ово се може објаснити побољшањем међуљудских односа у Клиници и преношењу тежишта на значај иницијативности и професионалног развоја појединца у колективу.

ЗАКЉУЧАК

На основу добијених резултата којима се објашњава свеукупно задовољство запослених у Клиници може се закључити да и даље треба предузимати одређене мере у циљу повећања задовољства запослених, што би се директно одразило и на квалитет пружене здравствене заштите.

ЛИТЕРАТУРА

1. Davis RV. Job satisfaction. In: Jones LK (ed.) Encyclopedia of career change and work issuses (p142-43). Phoenix, The Oryx press, 1992.
2. Souza-Poza A. Well-being at work: a cross-sectional study of the level and determinants of job satisfaction. Journal of Socio-Economics 2000; 29: 517–538.
3. Locke EA. The nature and causes of job satisfaction. In: Dunnete MD (ed.) Hnadbook of industrial and organizational psychology. Chicago: Rand McNally; 1976; 1319–1328.
4. Edwards N, Kornacki I, Silversin J. Unhappy doctors: What are the causes and what can be done? BMJ 2002; 324: 835–842.
5. Мићешић-Петровић Драгана. Синдром професионалног сагоревања различитих професија у образовном систему. Педагогија 2011; 66 (1): 29–35.
6. Вићентијевић Сретен. Професионални стрес код лекара опште праксе и психијатара – ниво психичког дистреса и разлика од *burnout* синдрома.

Војносанитетски Преглед 2010; 67 (9): 741–746.

7. NHS National Staff Survey. (доступно на: www.healthcarecommissi.org.uk/ Nationalfindings/surveys/fs.en).

8. Јанковић З, Ненадовић М, Башић М, Малешевић З, Радуловић С. Упоредна анализа задовољства запослених у Специјалној болници за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ – Београд (2007–2010). Здравствена заштита 2011; 3: 18–32.

9. Ћурчић Ђ, Ћурчић М. Синдром изгаравања код запослених у Специјалној болници за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“. Енграми 2009; број 3–4: 19–27.

Контакт: Др Владан Ђорђевић, Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“, Ул. Вишеградска бр.26, Београд, контакт телефон: 0616116475; 0648652536, e-mail: drvladandjordjevic@gmail.com, докторант Стоматолошког факултета Универзитета у Београду.

UDK BROJEVI: 616.345-006(497.11)"2004/2013"

ПОЈАВА РЕЦИДИВА КАРЦИНОМА РЕКТУМА У ОДНОСУ НА ПОЛ ИСПИТАНИКА

Марко Дожић[1], Сузана Стојановић Рундић[2], Весна Плешинац Карапанџић[3], Никола Милошевић[4], Светлана Јовановић[5], Биљана Анђелски Радичевић[5], Иван Дожић[6]

RECURRENT RECTAL CANCER RELATED TO PATIENTS SEX

Marko Dožić, Suzana Stojanović Rundić, Vesna Plešinac Karapandžić, Nikola Milošević, Svetlana Jovanović, Biljana Anđelski Radičević, Ivan Dožić

Сажетак

Карциноми дебелог црева су најчешћи тумори дигестивног тракта са веома честом локализацијом у ректуму. Наша земља се већ дужи низ година налази у групи европских земаља са средње високим стопама оболевања и високим стопама смртности од овог карцинома.

Циљ: Утврдити да ли хистопатолошки тип и градус карцинома и време до појаве рецидива зависе од пола пацијента, с обзиром на то да је карцином ректума чешће присутан код мушкараца него код жена.

Материјал и методе: У ретроспективну студију која обухвата период од 2004. до 2013. године укључено је 49 пацијената Института за онкологију и радиологију у Београду са рецидивима карцинома ректума (29 мушкараца и 20 жена). Сви болесници са примарним карциномом ректума били су оперисани, а постоперативно је спроведена адјувантна хемиотерапија код 25 пацијената.

Резултати: Просечна старост наших испитаника била је 68 година (најмлађи пацијент имао је 32 године, а најстарији 84). Највећа учесталост рецидива карцинома ректума је у старосној групи 70–79 година код оба пола. Код 96% пацијената хистопатолошки тип тумора је аденокарцином. Најчешћи хистопатолошки градус

Summary

Colorectal cancer is the most frequent gastrointestinal tumor, very often situated in the rectum. Serbia is for long period of time in group of European countries with average incidence and high mortality of rectal cancer.

Aim: To investigate if histopathological type and grade of cancer and time before local recurrence depend on patients' sex, considering that rectal cancer is more often present in male than in female.

Material and methods: A retrospective study (2004–2013.) included 49 patients from Institute for oncology and radiology in Belgrade, with locally recurrent rectal cancer (29 male and 20 female). All the patients with primary rectal cancer had surgical treatment; postoperative adjuvant chemotherapy was applied in 25 patients.

Results: Mean age of our patients is 68 years (min 32, max 84 years). Recurrent rectal cancer is most frequent in group 70–79 years, both in men and women. Adenocarcinoma is histopathological type of rectal cancer in 96% of patients. The most frequent HP grade is moderately differentiated tumor, grade II (p<0,0001). Local recurrences appear within two years after surgery (p=0,0109).

Conclusion: We didn't establish correlation between histopathological type and grade of

[1] Марко Дожић, Институт за онкологију и радиологију Србије, Београд.
[2] Сузана Стојановић Рундић, Институт за онкологију и радиологију Србије, Београд.
[3] Весна Плешинац Карапанџић, Институт за онкологију и радиологију Србије, Београд.
[4] Никола Милошевић, Институт за онкологију и радиологију Србије, Београд.
[5] Светлана Јовановић, Јавно здравље, Стоматолошки факултет, Универзитет у Београду.
[6] Биљана Анђелски Радичевић, Општа и орална биохемија, Стоматолошки факултет, Универзитет у Београду.
[7] Иван Дожић, Општа и орална биохемија, Стоматолошки факултет, Универзитет у Београду.

тумора у испитаној групи је средње диферентовани тумор, градус II (p<0,0001). Рецидиви су се углавном јављали у прве две године након операције (p=0,0109).

Закључак: Није утврђена статистички значајна разлика између хистопатолошког типа и градуса карцинома ректума и времена од операције до појаве рецидива у односу на пол пацијената. С обзиром на распрострањеност болести код оба пола закључујемо да је ради правовременог лечења најважнији скрининг пацијената и адекватна дијагностика.

Кључне речи: *карцином ректума, рецидив, пол, хистопатолошки градус.*

rectal cancer and period of local recurrence related to patients' sex. Given the prevalence of both sexes, screening of patients, adequate diagnosis and timely treatment are most important.

Key words: *recurrent rectal cancer, sex, histopathological grade.*

УВОД

Карциноми дебелог црева су најчешћи тумори дигестивног тракта са веома честом локализацијом у ректуму. Чине 9,7% од свих инциденци канцера у свету са око 814.000 случајева код мушкараца и 664.000 случајева код жена у 2015. години. То је трећи најчешћи карцином код мушкараца, а други код жена, са великом разликом између земаља, али са више од 45% случајева у мање развијеним регионима.[1] Наша земља се већ дужи низ година налази у групи земаља Европе са средње високим стопама оболевања и високим стопама смртности од карцинома дебелог црева, и стандардизованим стопама инциденције (27,0 на 100.000) и морталитета (16,6 на 100.000).[2]

Од укупне инциденце колоректалних карцинома, учесталост карцинома ректума у Европској унији је око 35%, тј. 15–25/100.000 по години. Ови карциноми су најчешће по хистолошком типу аденокарциноми (95%–98%) који се углавном развијају из аденома. Просечна старост оболелих од карцинома ректума је око 70 година или мало више у већини европских земаља.[3] У нашој земљи се од 2013. године спроводи организовани скрининг колоректалног карцинома, који укључује мушкарце и жене од 50 до 74 године.[2]

Најчешћи симптом овог тумора је крварење, мада многи оболели немају никакве симптоме већ се болест открива током скрининг прегледа. Одређивање третмана за појединачне пацијенте са карциномом ректума је сложен процес. Поред одлуке за операцију тумора, треба водити рачуна и о функционалном третману, укључујући одржавање или обнављање функције црева/ануса, као и очување урогениталне функције.[4] Поред хируршке интервенције, одређени број пацијенета има појаву рецидива након операције карцинома ректума. Време од операције до појаве рецидива карцинома ректума (РКР) је углавном две године, али се може појавити и након 8–10 година.[5] Око 65–70% пацијената са РКР има симптоме (бол, крварење, промене у пражњењу), а код мањег броја пацијената се дијагностикује при рутинској контроли. У литератури постоји више начина класификације РКР: на основу радиолошке процене, модификације тумора, метастаза у удаљене органе (јетра, плућа), локалне инвазије карлице, степена фиксације околних органа или структура, али још увек не постоји консензус о класификацији која ће се користити у студијама.[6]

ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА

С обзиром на то да је карцином ректума чешће присутан код мушкараца него код жена, циљ нам је да утврдимо да ли хистопатолошки тип и градус карцинома, као и време до појаве рецидива зависе од пола пацијента.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ

Истраживање је спроведено као ретроспективна студија у периоду од 2004. до 2013. године. У студију је укључено 49 пацијената са рецидивима карцинома ректума (29 мушкараца и 20 жена). Подаци који су коришћени у овом истраживању су преузети из историја болести Института за онкологију и радиологију у Београду, а односе се на пол, старост, хистопатолошки тип, градус карцинома ректума и време појаве рецидива после операције карцинома ректума.

Поред анамнезе и клиничког прегледа, код свих пацијената је урађена ендоскопија, а за одређивање стадијума карцинома ректума урађена је компјутеризована томографија код 46 (93,9%) пацијената. Након хистопатолошке дијагнозе није спроведена преоперативна радиотерапија и хемотерапија (47 пацијента), са изузетком код два пацијента. Сви болесници са примарним карциномом ректума су били оперисани и то половина пацијената абдоминоперинеумалном ресекцијом ректума (sec. Milles), а код осталих је примењена ресекција ректума по Dixon-у и Hartmann-у. Постоперативно код 25 пацијената је у наставку лечења спроведена адјувантна хемиотерапија, а 24 пацијента су била на режиму редовних контрола.

За анализу резултата коришћен је Студентов *t*-тест и $\chi 2$-тест. Статистичка значајност је одређена на нивоу $p<0,05$. Материјал за студију обрађен је компјутерски у програмима SPSS v.13.0 (SPSS Inc.) и Microsoft Office 2003.

РЕЗУЛТАТИ

У наше истраживање је укључено 49 пацијената са рецидивом карцинома ректума. Од укупног броја 29 су мушки, а 20 женски испитаници. Испитаници су били старости од 32 до 84 године, у просеку 68,5±12,5 година. Пре четрдесете године учесталост карцинома ректума је у просеку око 4%, а код оба пола пораст учесталости запажа се после шездесете године, са максимумом у старосној групи 70–79 година (Табела 1).

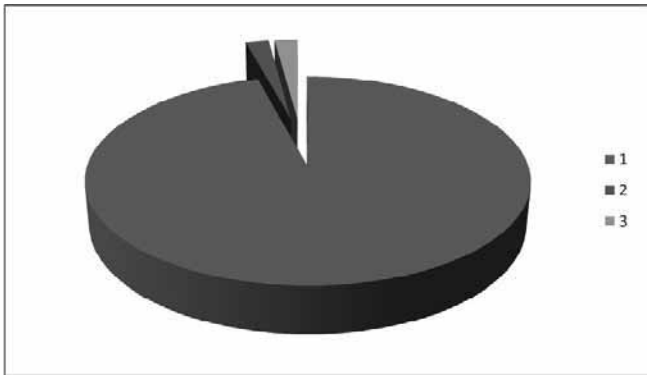
Табела 1. *Корелација рецидива карцинома ректума према полу и старосним групама.*

Старост (године)	**Мушкарци**		**Жене**		**Укупно**		**Статистичка значајност**
	Број пацијената	Заступљеност у %	Број пацијената	Заступљеност у %	Број пацијената	Заступљеност у %	
30–39	1	3,4	1	5,0	2	4,1	p<0,0001
40–49	1	3,4	1	5,0	2	4,1	
50–59	2	6,9	2	10,0	4	8,2	
60–69	9	31,1	5	25,0	14	28,6	
70–79	12	41,4	8	40,0	20	40,8	
Преко 80	4	13,8	3	15,0	7	14,2	

Хистопатолошки тип карцинома ректума

Од укупног броја испитаника код 47 (96%) најчешћи хистопатолошки тип карцинома ректума је аденокарцином. Код мањег броја пацијената дијагностикован је планоцелуларни карцином (2%) и неуроендокрини тумор (2%) (Графикон 1). Није утврђена статистички значајна разлика хистолошког типа карцинома ректума у односу на пол (p=0,4296).

Графикон 1. *Хистопатолошки тип карцинома ректума.*



1 – аденокарцином, 2 – планоцелуларни карцином, 3 – неуроендокрини тумор

Хистопатолошки градус карцинома ректума

Хистопатолошки градус (ХП градус) тумора, тј. степен диферентованости тумора у испитиваној групи пацијената, приказан је у табели 2. Тумор је најчешће дијагностикован као средње диферентован (градус II) (p < 0,0001). Запажа се да је код пацијената женског пола дијагностикован искључиво градус II тумора, док је у мушкој популацији заступљен највише градус II (86,2%), али и градуси I и III. Међутим, резултати статистичке обраде су показали да не постоји статистички значајна разлика у степену диферентованости карцинома ректума у односу на пол испитаника (p = 0,7825).

Табела 2. *Хистопатолошки градус карцинома ректума.*

ХП градус	**Мушкарци**		**Жене**		**Укупно**	
	Број пацијената	Заступљеност у %	Број пацијената	Заступљеност у %	Број пацијената	Заступљеност у %
Градус I	2	6,9	0	0,0	2	4,1
Градус II	25	86,2	20	100,0	45	91,8
Градус III	2	6,9	0	0,0	2	4,1

Резултати ове студије показују да су сви пацијенти оперисани од карцинома ректума имали рецидиве који су се појавили у прве 4 године након оперативног захвата и нема статистички значајне разлике у односу на пол испитаника (p = 0,1856) (Табела 3). Међутим, појава рецидива је била углавном у прве две године после операције (p = 0,0109). Код пацијената женске популације се најчешће јавља у првој години после операције (45%) (p = 0,1116), а код мушкараца у другој години од операције примарног тумора (41,4%) (p = 0,0812).

Табела 3. *Време од операције карцинома ректума до појаве рецидива.*

Време (месеци)	**Мушкарци**		**Жене**		**Укупно**	
	Број пацијената	Заступљеност у %	Број пацијената	Заступљеност у %	Број пацијената	Заступљеност у %
до 12	9	31,1	9	45,0	18	36,7
12-24	12	41,4	6	30,0	18	36,7
24-36	3	10,3	2	10,0	5	10,2
36-48	5	17,2	3	15,0	8	16,4

ДИСКУСИЈА

У нашој студији РКР је присутан код оба пола, али са нешто већим процентом код мушкараца (59,2%) и односом међу половима 1,4. Слични резултати су добијени и у другим истраживањима. У неким истраживањима процентуални однос између мушкараца и жена са РКР је био већи[7, 8], а у неким мањи[9, 10, 11, 12] у односу на наша истраживања. За разлику од наших истраживања, у раду Huguier и сарадника[13], који је спроведен током тринаестогодишњег периода, већи број жена је био са РКР у односу на супротни пол. Међутим, већина истраживања указују на то да се карцином ректума чешће јавља код мушкараца него код жена, па је и појава локалних рецидива чешћа код пацијената мушког пола.[6] Појава рецидива код колоректалних карцинома није статистички значајна у односу на пол испитаника[9], што се слаже са нашим резултатима истраживања код испитаника са РКР.

Статистичком обрадом смо утврдили да је просечна старост пацијената са РКР била 68 година. Слично нашим разултатима, у раду Huguier-а и сарадника[13] просечна старост пацијената је 67 година, али је био обухваћен већи број испитаника. За разлику од наше групе испитаника где је најмлађи оболели имао 32 године, код њих је најмлађи пацијент имао 17 година. У другим истраживањима просечна старост пацијената оболелих од РКР је била нешто мања – 62[8], 63[7], 64 године[14]. У нашој студији код млађих пацијената (мање од 40 година) учесталост овог обољења је била мања од 4%, али је пораст учесталости запажен после шездесете године живота, тако да је највећи број пацијената (40,8%) имао између 70–79 година. Ови резултати се слажу са просечном старошћу оболелих од карцинома ректума (око 70 година или мало старији) у већини европских земаља.[3] За разлику од наших истраживања, појава рецидива код болесника са колоректалним карциномом, се показала статистички значајном у односу на старост пацијената[9], док се није показала статистички значајном у односу на преживљавање пацијената.[8] Иако друга истраживања указују да код младих особа (мање од 40 година), карцином ректума има неповољнију морфологију тумора у односу на пацијенте старије групе стопе преживљавања су подједнаке, тако да је младост важан прогностички фактор.[15]

Код примарног карцинома ректума аденокарцином је најчешћи хистолошки тип тумора, али није доказан као прогностички фактор.[12] У нашем раду од укупног броја оперисаних аденокарцином је дијагностикован код 96% оболелих тако да се добијени резултати углавном слажу са резултатима доступне литературе.[10, 15]

Степен диферентованости тумора ректума је значајан прогностички фактор, како показују и неке студије.[16, 17] У нашем истраживању карцином ректума је углавном дијагностикован као средње диферентован тумор (91,8%), док су остали хистолошки градуси тумора били процентуално подједнако заступљени. За разлику од нашег истраживања, резултати једне студије показују да је код оболелих са

просеком година 53 највише био заступљен добро диферентован карцином ректума (градус I) и то код 77% испитаника.[10]

Учесталост појаве рецидива карцинома ректума варира од 4% до 39% у зависности од истраживачког центра.[6] Међутим, време појављивања рецидива овог карцинома се углавном слаже међу истраживачима и креће се од 14 до 28 месеци (друга година) од појаве примарног карцинома и зависи од примењене терапије и стадијума примарног туморског процеса.[6, 7, 8] У нашем истраживању заступљени су пацијенти са средње диферентованим туморима и рецидив се јављао (73,4%) у прве две године после операције тумора. Слични резултати су добијени у другим истраживањима и указују на то да средње диферентовани примарни тумори рецидивирају најчешће до 20. месеца од појаве примарног тумора.[17]

ЗАКЉУЧАК

Анализом добијених резултата оболелих са рецидивом карцинома ректума утврдили смо да пол пацијената не утиче статистички значајно на хистопатолошки тип, градус карцинома ректума и време појаве рецидива од операције карцинома ректума. С обзиром на то да је карцином ректума значајан јавноздравствени проблем, распрострањен код оба пола, најважнији је скрининг пацијената, као и адекватна дијагностика ради правовременог стадирања болести и лечења.

ЛИТЕРАТУРА

1. Aran V, Victorino AP, Thuler LC, Fereira CG. Colorectal Cancer: Epidemiology, Disease Mechanisms and Interventions to Reduce Onset and Mortality. Clin Colorectal Cancer 2016; Article in press.

2. Национални програм раног откривања колоректалног карцинома. Службени гласник РС 110-6914/13.

3. Glimelius B, Tiret E, Cervantes A, Arnold D. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2013; 24(6): 81-8.

4. Benson AB, Bekaii-Saab T, Chan E, Chen YJ, Choti MA, Cooper HS et al. Rectal cancer. J Natl Compr Canc Netw 2012; 10(12): 1528–64.

5. De Chaisemartin C, Penna C, Goere D, Benoist S, Beauchet A, Julie C, Nordlinger B. Presentation and prognosis of local recurrence after total mesorectal excision. Colorectal Dis 2009; 11(1): 60–6.

6. Nielsen MB, Laurberg S, Holm T. Current management of locally recurrent rectal cancer. Colorectal Dis 2011; 13: 732–43.

7. Bosman SJ, Holman FA, Nieuwenhuijzen GAP, Martijn H, Creemers GJ, Rutten HJT. Feasibility of reirradiation in the treatment of locally recurrent rectal cancer. BJS 2014; 101: 1280–9.

8. Selvaggi F, Fucini C, Pellino G, Sciaudone G, Maretto I, Mondi I et al. Outcome and prognostic factors of local recurrent rectal cancer: a pooled analysis of 150 patients. Tech Coloproctol 2015; 19: 135–44.

9. Dancourt V, Quantin C, Abrahamowicz M, Binquet C, Alioum A, Faivre J. Modeling recurrence in colorectal cancer. J Clin Epidemiol 2004; 57: 243–51.

10. Amirifard N, Choubsaz M, Farshchian N, Sadeghi E. The Incidence and Survival Outcome of Rectal Cancer: A Study in the West of Iran. Sch J App Med Sci 2016; 4(3A): 683–6.

11. El-Bolkainy TN, Sakr MA, Nouh AA, El-Din NH. A Comparative Study of Rectal and Colonic Carcinoma: Demographic, Pathologic and TNM Staging Analysis. J Egypt Natl Canc Inst 2006; 18(3): 258–63.

12. Abreu MH, Matos E, Pocas FC, Rocha R, Pinto J. Rectal Cancer Epidemiology.

In Rectal Cancer – A Multidisciplinary Approach to Management. Dr. Giulio A. Santoro (Ed.), ISBN: 978-953-307-758-1, InTech, Available from: http://www.intechopen.com 2011; 3–18.

13. Huguier M, Houry S, Barrier A. Local recurrence of cancer of the rectum. Am J Surg 2001; 182: 437–9.

14. Wada H, Nemoto K, Nomiya T, Murakami M, Suzuki M, Kuroda Y et al. A phase I trial of S-1 with concurrent radiotherapy in patients with locally recurrent rectal cancer. Int J Clin Oncol 2013; 18: 273–8.

15. Orsini R, Verhoeven R, Lemmens V, Van Steenbergen L, De Hingh I, Nieuwenhuijzen G et al. Comparable survival for young rectal cancer patients, despite unfavourable morphology and more advanced-stage disease. Eur J Cancer 2015; 51: 2675–82.

16. Сечен С, Мољевић Н, Вуковић М, Сомер Љ. Histopathological finding as a prognostic factor of the surgical treatment outcome in colorectal cancer. Војносанит Прегл 2010; 67(8): 638–43.

17. Миучин-Вукадиновић И, Козић Д, Аћић О, Радовановић З, Бреберина М, Бокоров Б. Rectal cancer: possibilities of MRI in detection of local recurrence. Мед Прегл 2008; 61(3–4): 157–63.

Контакт: Др Марко Дожић, Институт за онкологију и радиологију Србије, Пастерова 14, Београд, e-mail: markodozic@gmail.com

UDK BROJEVI: 616.981.49-036.22(497.11)"2000/2015"

ЕПИДЕМИОЛОШКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ САЛМОНЕЛОЗА У ПИРОТСКОМ ОКРУГУ ОД 2000. ДО 2015. ГОДИНЕ

Аца Цветковић[1]

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SALMONELLOSIS IN PIROT DISTRICT FROM 2000 TO 201

Aca Cvetković

Сажетак

Сва обољења изазвана салмонелама се називају салмонелозе. Приказане су епидемиолошке карактеристике салмонелоза код људи у пиротском округу од 2000. до 2015. године. Материјал су подаци добијени епидемиолошком анкетом на терену.

Обрађене су 434 анкете – 50,23% испитаника је било мушког, а 49,77% женског пола узраста 0–87 година. Са навршених 18 година је 52,07% испитаника, што говори о социјално-медицинском значају салмонелоза. Од укупног броја, 30,42% била су предшколска деца, 22,35% ученици и студенти, 45,62% одрасле особе разних занимања са средњом школом, и 1,61% испитаника са високом стручном спремом. Родитељи предшколске деце, ученика и студената (укупно 229) са нижом или средњом школском спремом чинили су 92,58%, а 7,42% родитеља било је са вишом или високом стручном спремом.

Од 434 анкетирана, 88,94% живи у општини Пирот, 4,84% у општини Бабушница, 4,15% у општини Бела Паланка и 2,07% у општини Димитровград.

Од 434 анкетирана, 30,88% је било болнички лечено, а 69,12% кућно. Од оних који су били на болничком лечењу, 42,54% су узраста 0–18 година, 44,03% 19–65, и 13,43% преко 65 година.

Salmonella enteritidis је изолован код 90,56%, salmonella typhimurium код 3,45% и све остале салмонеле код 5,99% оболелих.

Summary

All illnesses caused by salmonella called salmonellosis. Displayed epidemiological characteristics of salmonellosis in humans in district of Pirot from 2000 to 2015. Material information collected epidemiological survey in the field.

Processed 434 polls, 50.23% were male and 49.77% female aged from 0 – 87 years. By the age of 18 years is 52.07%, reflecting the socio-medical significance of salmonellosis. Of the total, 30.42% of the preschool children, 22.35% are pupils and students, 45.62% are adults of various professions with medium and 1.61% with a university degree. Of the total, 30.42% of the preschool children, 22.35% are pupils and students, 45.62% are adults of various professions with secunday and 1.61% with a university degree. Parents of preschool children, pupils and students (total of 229) were 92.58% with a lower or secondary, and 7.42% with college or university degrees.

Of the 434 surveyed, 88.94% live in the municipality of Pirot, 4.84% in the municipality of Babušnica, 4.15% in the municipality of Bela Palanka and 2.07% in the municipality of Dimitrovgrad.

Of the 434 surveyed, 30.88% were hospitalized, and 69.12% home. Of those who were hospitalized, 42.54% were aged 0 – 18, 44,03% of 19 – 65, and 13.43% over 65 years.

Salmonella enteritidis was isolated from 90.56%, salmonella typhimurium at 3.45% and all other salmonella in 5.99% of patients.

[1] Др мед. Аца Цветковић, специјалиста епидемиологије, Центар за превенцију и контролу болести, Завод за јавно здравље Пирот.

Извор заразе је био човек у 5,29% случајева, животиња у 13,15%, а извор заразе се није могао утврдити у 81,56%. Што се тиче животиња као извора заразе (укупно 57 анкета), код 61,41% је утврђено да је то била живина, код 21,05% стока и домаћи љубимци, а код 17,54% то су били мишеви.

Доминантни пут преношења је храна – код 55,07% анкетираних. Најчешће су то јаја у 47,28%, затим млеко у 3,36%, месо у 23,01%, неопрано поврће и пецива у 3,76%, док у 22,59% случајева није утврђено која храна је послужила као пут преношења. Као место где је дошло до тровања храном (укупно 239), у 53,56% случајева наводи се да је то било у кући, 44,76% ван куће, а у 1,68% случајева није се могло са сигурношћу утврдити место тровања храном. На другом месту пут преношења је контакт – 32,49%, а код 12,44% анкетираних није са сигурношћу утврђен пут преношења.

У посматраном периоду у пиротском округу је било пријављено 30 епидемија салмонелоза. Највише у 2006. години – 5.

Од 434 анкете, уз 52,07% анкета припојени су извештаји о контролним копрокултурама на салмонеле до обескличања у периоду мањем од 6 месеци, а код 1,61% да је лучење салмонела било у дужем временском периоду. Здравственим прегледима, код 2,07% откривено је да излучују салмонеле, а да нису имали никавих симптома када су се јавили на редовни здравствени преглед.

Кључне речи: салмонелозе, епидемиолошке карактериситке, пиротски округ.

The source of infection was a man in a 5.29%, 13.15% was animals, and the source of infection could not be determined at 81.56%. As for the animals as a source of infection (atotal of 57), while 61.41% was determined that it was poultry, with the 21,05% livestock and domestic pets, and with 17.54% that they were mice.

The predominant route of transmission is the food that was found in 55.07% of the respondents. The most common eggs 47,28%, followed by milk 3.36%, meat in 23.01%, unwashed vegetables and rolls in 3.76% and 22.59% of the cases has not been established that the food is served as a route of transmission. As a place where there was food poisoning (total of 239), 53.56% stated in the house, 44,76% out of the house, and in 1.68% of cases was not possible to determine with certainty the place of food poisoning. In the second route of transmission is contact with the 32.49% and 12.44% were not determined with certainty route of transmission.

In the reporting period in district of Pirot has been declared an epidemic of salmonellosis 30. Most in 2006 – the fifth.

Of the 434 surveys, with 52.07% of the survey were annexed reports on the control of salmonella in the coprocultures to negative result a period of less than 6 months, and at 1.61% to the secretion of salmonella either a longer period of time. The performance of health checks, at 2.07% was found to excrete salmonella, and that they had absolutely no symptoms when they answer a regular medical examination.

Key words*: salmonellosis, epidemiological characteristics, Pirot's district.*

УВОД

Салмонеле су грам негативне покретне бактерије штапичастог изгледа. Правило има изузетак, па постоје и непокретне салмонеле. Припадају породици ентеробактерија[1]. На подлогама јављају се у виду сивкастих колонија са црним центром. Стварају гас – водоник сулфид (H_2S_2). Подлоге садрже једињења гвожђа те се ствара сулфид гвожђа који даје црну боју.

Салмонеле имају бичеве или флагеле помоћу којих се крећу. Поседују флагеларни или Х антиген, соматски О антиген, а неке имају и омотни или Ви (скр. од: енг. virulence) антиген.

На основу биохемијских, антигенских, биотипских и фаготипских особина микробиолози их деле у замршени систем поделе по групама које се обележавају словима абецеде уз коришћење арапских цифара[1]. Зато клиничари и практичари прибегавају једноставнијем систему поделе.

Условно и најгрубље их можемо поделити на тифоидне и нетифоидне. Практичније, можемо их поделити на: салмонеле прилагођене за живот у људском организму (то су те тифоидне: s. typhi и s. paratyphi A, B, C, и још неке друге); затим, салмонеле прилагођене за животиње (њих проучава ветерина) и салмонеле неприлагођене врсти, где су најпознатије: s. enteritidis и s. typhimurium. Салмонеле о којима се говори у овом раду су нетифоидне, тј. салмонеле неприлагођене врсти. Оне живе или изазивају обољења животиња и до човека долазе храном која потиче од животиња и живине, као и индиректним и директним контактом, а ретко водом. Пренос салмонела које су прилагођене животу у људском организму (тзв. тифоидне салмонеле) је потиснут напретком комуналне хигијене (обезбеђење исправне воде за пиће, правилна диспозиција отпадних вода, висок ниво опште и личне хигијене, свеприсутност кућне хемије), тако да се и обољења из ове групе сада не бележе, или изузетно ретко верификују.

У пракси најчешће имамо заразна тровања храном (алиментарне интоксикације) која почињу као тровања (интоксикације) због ослобођеног ендотоксина под дејством киселине у желуцу: мука, бол у желуцу, гађење и повраћање. Ако је у храни било довољан број салмонела да би известан број њих преживео дејство желудачне киселине, онда у цреву настаје инфекција која се манифестује појавом температуре, пролива и малаксалости. Инкубација је врло кратка, од пола сата до 24 сата. Изузетно се јављају септикемијски облици (који су карактеристика за обољења која изазивају тифоидне салмонеле).

Салмонеле могу изазвати и ентеритисе (који могу бити упорни са слузаво-гнојним проливима), менингитис, ендокардитис, пнеумонију, остеомијелитис. Уопште узев, сва обољења изазвана салмонелама се зову једним именом: салмонелозе.[1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]

ЦИЉ РАДА

Приказати епидемиолошке карактеристике салмонелоза код људи у периоду од 2000. до 2015. године.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДА РАДА

Ретроспективно је праћено оболевање од салмонелоза на основу података добијених епидемиолошком анкетом и из расположиве медицинске документације која се чува у Центру за превенцију и контролу болести Завода за јавно здравље (ЗЗЈЗ) Пирот: Књиге евиденције оболевања од заразних болести за округ Пирот за наведени временски период, копије отпустних листа са одељења Опште болнице Пирот (ако су биле приложене уз епидемиолошку анкету), микробиолошки налази ЗЗЈЗ Пирот. Неки подаци добијени су у контакту са хигијенско-епидемиолошким службама Домова здравља: Бабушница, Бела Паланка и Димитровград.

У овом раду пошли смо од следећих претпоставки:

- по Закону[2], свака пријава салмонелозе треба епидемиолошки да се испита;
- свака микробиолошка потврда, такође, изискује епидемиолошко испитивање;
- ако постоји сумња на епидемију, такође, то повлачи епидемиолошко испитивање контаката и сумњивих да су оболели и микробиолошку потврду;
- број анкета би требало да буде једнак или што приближнији броју пријава;
- из анкета је могуће извући више информација него из пријава.

У зависности од тога на коју епидемиолошку карактериситку су тестирани, добијани подаци су интерпретирани табелама, односно графиконима.

РЕЗУЛТАТИ РАДА И ДИСКУСИЈА

У периоду 2000–2015. године званично је пријављено 633 случаја оболевања од салмонела (што је 100%), мада је и то врх леденог брега. Укупно су нађене и обрађене 434 анкете што износи око 68,56% од званичног броја пријава. Велики број пријава које недостају (199 или 31,44%) изгубљене су у процесу сељакања или гашења Хигијенско-епидемиолошких служби по Домовима здравља (Бела Паланка, Бабушница и Димитровград) који се догодио баш у овом временском периоду, а неке су нестале и у самом Центру за превенцију и контролу болести у ЗЗЈЗ Пирот.

Од 434 испитана, њих 218 (или 50,23%) је мушког, а 216 (или 49,77%) женског пола. Дакле, као и код других заразних болести, салмонеле као узрочници оболевања не хају за пол домаћина нити га познају.

Узраст анкетираних је био 0–87 година. У узрасту до 14 година било је 189 (или 43,55%), а више од половине узраста до 18 година 226 (или 52,07%) што нам говори о изузетном социјално-медицинском значају салмонелоза, јер оне у огромном проценту угрожавају изузетно осетљиви, млади део људске популације док је он још у развоју (Графикон 1, а).

Интересантна је социјална структура оболелих. Од укупног броја, 132 (или 30,42%) су предшколска деца, 97 (или 22,35%) су ученици и студенти, 198 њих (или 45,62%) су одрасле особе разних занимања са средњом школском спремом (и адекватно томе и зарадом и одговарајућим социјалним статусом) и само 7 (или 1,61%) оболелих је са високом стручном спремом.

Међу родитељима предшколске деце, ученика и студената (укупно 229 анкета), 212 (или 92,58%) их је са нижом или средњом школском спремом, а 17 (или 7,42%) са вишом или високом стручном спремом.

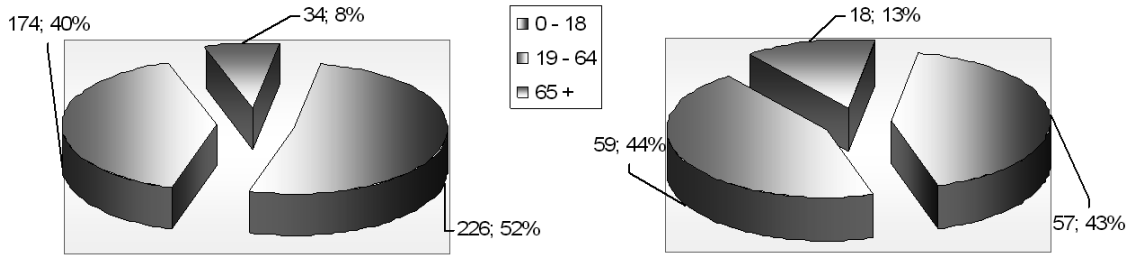
И овде се показује запажање давнашњих лекара и епидемиологага да степен образовања и социјални статус има значаја не само на појаву тзв. социјалних, већ и на појаву и ширење заразних болести уопште.[3, 4, 5] Ово се објашњава тиме да степен образовања и социјални статус има директну реперкусију на свест о постојању болести, о потреби да се одржава лична и општа хигијена и на могућност обезбеђења услова да се са храном поступа тако да се онемогући преношење узрочника.

Од 434 анкетираних, њих 386 (или 88,94%) живи у општини Пирот, 21 (или 4,84%) у општини Бабушница, 18 (или 4,15%) у општини Бела Паланка и 9 (или 2,07%) у општини Димитровград. Уз ограду да нема свих анкета, уочљива је дискрепанца односа броја становника општине Пирот у односу на укупно становништво околних општина округа (56396 / 32795 = 1,71) и односа дијагностикованих салмонелоза код људи на територији општине Пирот и околних општина (386 / 48 = 8,04). Ово указује да су лекари који раде на територији општине Пирот, због боље (ближе) доступности микробиолошке лабораторије, далеко чешће користили такву дијагностику од лекара који раде на простору околних општина

и који су пре свега били оријентисани на пружање помоћи и лечење оболелих.

Од 434 анкетираних, њих 134 (или 30,88%) је било болнички лечено, а 300 (или 69,12%) кућно. Од оних који су били на болничком лечењу (укупно 134), њих 57 (или 42,54%) је било узраста 0–18 година, 59 (или 44,03%) 19–65 година, и 18 (или 13,43%) преко 65 година. И на основу ових података увиђа се економски значај салмонелоза, када видимо да трећина оболелих захтева болничко лечење, а додатно и социјално-медицински значај када скоро половина узраста до 18 година захтева такав третман (Графикон 1, б)

Графикон 1. *Узрастна структура оболелих (а), и болнички лечених (б).*



a) n = 434 **b) n = 134**

Што се тиче изолованих узрочника, salmonella enteritidis је изолована код 393 оболела (или 90,56%), salmonella typhimurium код 15 (или 3,45%) и све остале салмонеле код 26 оболелих (или 5, 99%).

Салмонела има негде око 2.000 серотипова. После прележане болести остаје солидан тип специфични имунитет.[2, 3] У литератури[1] стоји да то нема епидемиолошки значај, баш због великог броја различитих серотипова, и да иста особа може поново да оболи од салмонелоза.

У пракси то није тако грубо, него много префињеније. Наиме, нису све салмонеле подједнако патогене за човека, већ доминира њих десетак. Зато је веома мала (готово никаква) вероватноћа да иста особа оболи од истог серотипа салмонела[2], али је могуће да оболи од неког другог серотипа. Управо због те чињенице, ми смо водили нашу базу података на основу личних података.

За посматрани период смо нашли анкету случаја оболеле особе женског пола из 2006. године, која је лечена у кућним условима, по занимању текстилна радница, и која је праћена на носилаштво s. eneteritidis дуже од 6 месеци. Резултати су (после периода од 6 месеци) били променљиви: позитивни/негативни, али никако се нису добијале три узастопне негативне столице. После периода од 8 месеци, изолована је у столици s. typhimurium без значајних клиничких симптома (или бар у анкети то није дописано). С обзиром да s. typhimurium указује да су извор заразе мишеви, ово говори о јако ниском нивоу одржавања опште, кућне и личне хигијене или јако ниском социјално-економском статусу.

Нажалост, у документима је забележено да је особа одбила даље микробиолошко праћење, да је епидемиолог указао на потребу одржавања опште и личне хигијене и опасности од нехигијене као извора заразе за чланове породице, али даљи статус те особе као клицоноше не знамо.

Из анкета се може закључити да је епидемиолог оправдано утврдио да је извор заразе био човек у 5,29% (23 случаја), животиња у 13,15% (57 случајева), док се извор заразе није могао утврдити у 81,56% (354 случаја). Овакав резултат не треба да

чуди јер се извор заразе не утврђује лако. Потребно је епидемиолошким испитивањем утврдити повезаност, а микробиолошки потврдити исти серотип салмонела и код претпостављеног извора и повезаног оболелог или сумњивог случаја.

Што се тиче животиња као извора заразе (укупно 57 анкета), у 35 (или 61,41%) случајева је утврђено да је то била живина, код 12 (или 21,05%) да је то била стока и домаћи љубимци и код 10 (или 17,54%) да су то били мишеви.

Што се тиче живине, интересантно је да често имамо по неку салмонелозу која је добијена употребом некуваних јаја јапанских препелица. Наиме родитељи верујући да су јаја јапанских препелица лековита, купују их за своју децу, а она та јаја најчешће пију сирова („жива“) и тако се олакшава улаз салмонеле у организам.

Доминантни пут преношења је храна – 239 (или 55,07%) анкетираних. Што се тиче хране као пута преношења (укупно 239), најчешће се окривљују јаја у 113 (или 47,28%) случајева. Јаја улазе у састав разних торти, колача, мајонеза, сладоледа, филова, кремова – јаја сирова, јаја ровита, јаја ускршња... И млеко је често састојак ових посластица, те се у 8 (или 3,36%) случајева као заражена намирница помиње покварено млеко, некувано млеко, бајати сир, сир са пијаце, кајмак, качкаваљ... На месо се сумња да је пут преношења у 55 (или 23,01%) случајева: сухомеснати производи (саламе, кобасице, шунке, виршле…), затим печења (пилећи батак, пилећа крилца, пилетина, похована пилетина, јагњеће печење, риба …) и у виду пљескавица, хамбургера, сендвича и слично. У 9 (или 3,76%) случајева се спомињу и неопрано поврће или пецива као што су мекике, бурек…

У 54 (или 22,59%) случаја није утврђено која храна је послужила као пут преношења салмонела, јер остаци хране нису сачувани или се оболели не сећају тачно хране коју су јели или није било могуће са сигурношћу то утврдити.

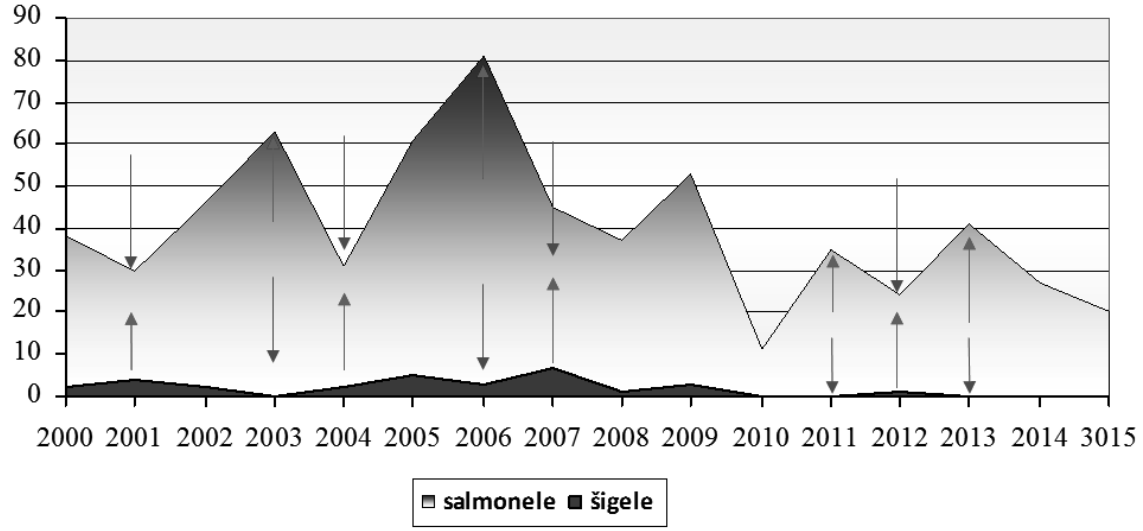
Као место где је дошло до тровања храном (укупно 239), у 128 (или 53,56%) наводи се кућа (ручкови са рођацима, кумовима, рођендани у кући, славе у кући…), у 107 (или 44,76%) места ван куће (славе код рођака и кумова, рођендани код рођака, свадбе у кафанама, храна у ресторанима, хотелима, бањама, путовања или рад на терену и сл.), док се у 4 (или 1,68%) случаја није могло са сигурношћу утврдити место тровања храном.

Други најчешћи утврђени пут преношења салмонеле је контакт, и он је потврђен код 141 (или 32,49%) од 434 анкетирана (контакт са оболелим: нега или брига око оболелог или индиректни контакт преко предмета којим се оболели или клицоноша служио).

Код 54 (или 12,44%) анкетирана није са сигурношћу утврђен пут преношења узрочника од извора до оболелог. Међутим, иако са сигурношћу није утврђен пут преношења, ни у једној анкети није постојала сумња да је то можда била вода. Ови наши налази се поклапају са подацима из литературе,[2, 3] који указују да се тзв. нетифоидне салмонеле изузетно ретко, или практично скоро никад, не преносе водом, за разлику од тифоидних или салмонела које су адаптиране на живот у људском организму и чији је главни пут преношења била управо вода.

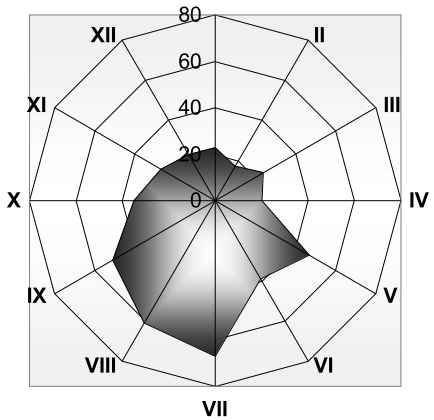
За салмонеле није карактеистично изразито таласасто или циклично кретање,[6] али ипак постоји. На сваке 2–4 године дешава се пад или пораст броја оболелих од салмонела. Наши професори су нам говорили да се или једна салмонела повлачи, а друга се чешће изолује, или да се салмонелозе повлаче, али се онда региструје пораст шигелоза и обрнуто. Овај рад је био права прилика да се ова друга тврдња провери. Иако је у посматраном периоду (2000–2015) у пиротском округу пријављено свега 29 оболелих од шигелоза, ипак се и овде то правило може уочити (Графикон 2).

Графикон 2. *Динамичка корелација кретања салмонелоза и шигелоза.*



Салмонеле немају неки изразити сезонски карактер.[6]. Јављају се током целе године. Ипак, већи је број пријављених током топлијих месеци године, јер се тада лакше размножавају у храни и доводе до тровања храном. У нашем случају највећи број оболелих је био у периоду од маја до октобра (Графикон 3).

Графикон 3. *Сезонско кретање салмонелоза у пиротском округу 2000–2015.година.*



Што се тиче епидемијских облика, салмонелозе се најчешће јављају спорадично (појединачно, изоловано), и тада се обично и не запазе. Лакши случајеви пролазе без јављања лекару, или лекари који их лече их не пријављују или их пак пријаве под неком другом дијагнозом без тражења микробиолошке потврде. Често се јављају у виду мањих, обично кућних епидемија, са малим бројем оболелих. Могу се јавити и у виду масовних експлозивних епидемија, обично на већим скуповима (свадбе, рођендани). Тада имамо позитивне и негативне контролне групе[5] и у месту где се јавила епидемија и у удаљеним местима.

У посматраном периоду у пиротском округу је било пријављено 30 епидемија салмонелоза. Највише у 2006. години – 5. Број експонираних, оболелих и хоспитализованих био је различит. Највише их је било у групи радника „Тигар“ који су ишли у Сокобању те 2006. године – од њих 70, 20 је оболело, а 13 хоспитализовано. Било је и епидемијског репа, тј. огранка или наставка те епидемије у Пироту.

За салмонеле је карактеристично постојање носилаштва узрочника које се одржава после прележане болести. Пошто нетифоидне салмонеле нису адаптиране на живот у људском организму, период носилаштва је обично до 5 недеља, тако да се и у литератури може наћи израз да су салмонелозе (мисли се на салмонелозно тровање храном) „самолимитирајуће обољење“.[3, 5, 6] Дужи период излучивања узрочника од 6 месеци зовемо хроничним носилаштвом. Носилаштво се контролише после клиничког оздрављења са три узастопне столице које би требало да буду негативне, како би прогласили да је оболели обескличен.

У нашем материјалу (434 анкете), уз 226 (или 52,07%) анкета припојени су извештаји о контролним копрокултурама на салмонеле. Вероватно је више особа било заинтересовано за своје здравље и вршило контролне прегледе, али се овде јавља проблем. Реформом у здравству, која се одигравала баш у временском периоду који обухвата наш рад, епидемиолог је изгубио могућност (на терет Фонда) да тражи такав микробиолошки налаз, већ то ради изабрани лекар. По Закону,[2] микробиолошка лабораторија издаје налаз лекару или Служби која тражи налаз, а ако је позитиван, онда налаз шаље и епидемиолошкој служби. Дакле, ако је налаз био негативан, микробиолошка служба (најчешће) не зна ко све врши контроле после прележане болести (јер педијатар најчешће не наглашава да се тражи налаз по епидемиолошким индикацијама) и не обавештава епидемиолога. Управо због тога је и отежан рад епидемиолога и његова превентивна улога. Видели смо да су скоро половина оболелих деца и омладина до 18 година, па су родитељи далеко пре били заинтересовани да се консултују са педијатром (или и инфектологом), него са епидемиологом који не може да им пропише никакав лек, тј. не може да их лечи фармацутским препаратима.

Овде можемо озбиљније говорити о броју преболелих, који су лучили узрочнике дуже од 6 месеци, јер су такве особе биле заинтересованије да се консултују са епидемиологом. Таквих случајева смо нашли 7 (или 1,61%). Од тога 6 особа је престало да лучи салмонеле до краја шестог месеца од клиничког излечења, а једна особа је после 8 месеци праћења одбила даље контроле.

По Закону,[2] салмонеле се траже у оквиру обавезних здравствених (или санитарних) прегледа код запослених на пословима јавног снабдевања становништва водом за пиће, производње, промета и услуживања животних намирница и лекова, код запослених на пословима исхране и неге у предшколским установама, установама за колективни смештај деце и омладине и установама социјалне заштите за смештај одређених категорија лица и код лица која у току школовања обављају обавезну праксу на наведеним пословима или у наведеним установама.

У нашем материјалу (434 анкета), код 9 лица (или 2,07%) је откривено да излучују салмонеле, а да нису имале никавих симптома. Она су се јавила на редовни здравствени преглед, који се ради на сваких 6 месеци. Сва ова лица су радила у производњи, промету и услуживању животних намирница и код свих је изолована s. enteritidis. Епидемиолошким испитивањем код 8 лица је утврђено да је пут преношења била храна (јаја, месо), а код једног лица пут преношења није са сигурношћу утврђен. Сви они су праћени са 3 негативне столице до обескличења.

ЗАКЉУЧАК

1. Салмонелозе су далеко најчешће зооантропонозе које се пријављују. Са 633 случаја у пиротском округу у посматраном периоду далеко су изнад броја пријављених других зооноза.

2. Салмонелозе имају велики економски, медицински и социо-медицински значај.

3. Иако су заразне болести, и салмонелозе показују известан степен корелације са степеном образовања и социјалним статусом људи код којих су откривене.

4. Здравствени (или санитарни) прегледи имају своје место и значај у откривању асимптоматских носилаца узрочника, јер су то људи који раде са храном и водом, па могу бити извори заразе и за веће, експлозивне епидемије.

5. Салмонелозе и шигелозе показују извесну динамичку повезаност.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каракашевић и сар. *Микробиологија и паразитологија*. Медицинска књига, Београд – Загреб, 1980.
2. Закон о заштити становништва од заразних болести, Сл. гл. РС15/2016, чл. 19, чл. 22, чл. 45.
3. Бирташевић Б. и сар. *Војна епидемиологија*. „Војноиздавачки и новински центар“, Београд, 1989.
4. Гаон Ј, Борјановић С, Вуковић Б, Турић А, Пувачић З. *Специјална епидемиологија акутних заразних болести*. Универзитетски уџбеник, „Свијетлост“, Сарајево, 1982.
5. Чолаковић Б, Перошевић З. *Општа и специјална епидемиологија*. Универзитетски уџбеник, Приштина, 1986.
6. Перошевић З, Дрезгић Љ, Бошковић З, Спасић М, Тиодоровић Б. *Епидемиологија у пракси* (2 део). „Просвета“, Ниш, 1994.
7. Косановић-Четковић Д. и сар. *Акутне инфективне болести*. Универзитетски уџбеник, Београд, 1996.
8. Ковачевић М. *Приручник за спречавање и сузбијање заразних болести*. „СІМ“, Београд, 1999. Превод: Бененсон А, едитор, Control of communicable diseases in man, 16th edition, American Public Health Assotiation, 1995.

Контакт: Др мед. Аца Цветковић, специјалиста епидемиологије, Центар за превенцију и контролу болести, Завод за јавно здравље – Пирот, Адреса: с. Горње Крњино, 18330 Бабушница, Тел.: 010 / 343-944 lok. 119 и: 010/ 26 82 443, e-mail: epidemiologija@zzjpirot; org.rs, acacvet@ptt.rs

UDK BROJEVI: 613.86-053.6

ПРЕВЕНЦИЈА ЖИВОТНИХ КРИЗА ОМЛАДИНЕ

Весна Томић[1]

PROMOTION OF MENTAL HEALTH AMONG YOUTH

Vesna Tomić

Сажетак

Имајући у виду бројне проблеме из непосредног социјалног окружења, пажња аутора је фокусирана на могућности психолошке превенције менталног здравља младих.

У том контексту предложен је развој сета персоналних диспозиција које могу да допринесу савладавању кризних ситуација у свакодневном животу, а – све то кроз програмски рад референтних институција из здравственог и образовног система.

Кључне речи: *унапређивање, ментално здравље, психолошка превенција.*

Summary

In the context of numerous problems from social environment, the aim of this paper is to analize the possibilities of psychological prevention of mental health of youth.

We suggest a development of set personal dispositions which contribute overcoming of crisis situations in everyday life – all through the curriculums realized from institutions in the fields of education and health system.

Key words: *mental health, psychological prevention, promotion.*

[1] Др сц. мед. Весна В. Томић, социјални психолог, научни сарадник, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд.

УВОД

Означивши животне кризе прекретницом између здравља и болести, Ц. Каплан је омогућио снажан развој примарне превенције у домену душевног здравља. Томе у прилог ишла је и теза да је превенција животних криза основа унапређења менталног здравља популације. Пре пола века, када је ова теза постављена, изгледало је да је нађен погодан концептуални оквир за рад на заштити и унапређивању душевног здравља и да дилеме, тешкоће и контрадикторна мишљења струке припадају прошлости. Овакво стање није дуго потрајало, па су стара питања оживела, а некада бивши проблеми су се реактивирали у теорији и пракси.

ПРОБЛЕМИ И ДИЛЕМЕ

Програмско деловање у области душевног здравља оптерећују следеће групе проблема: теоријски, методолошки и етички.

Када говоримо о теоријским тешкоћама, познато је да се примарна превенција дефинише као „скуп мера усмерених на заштиту и унапређење душевног здравља“. Оваква дефиниција имплицитно подразумева два циља: спречавање настанка душевних болести и омогућавање људима да живе на здравији начин. Проблем настаје због тога што овакво одређење њених циљева подразумева да поседујемо објективне параметре који указују на границу између душевног здравља и болести; да су нам познати сви етиолошки фактори који доводе до поремећаја и болести; и да са извесношћу можемо да одредимо правац у коме ћемо деловати како бисмо унапредили здравља. Суштина проблема је у томе што ми ништа од наведеног не можемо да тврдимо са сигурношћу.

Границу између нормалног и патолошког у области душевног здравља увек одређују култура, обичаји и имплицитни вредносни суд процењивача. Тако се говори о субјективном, статистичком, културалном, медицинском, психодинамском моделу, као и моделу учења и стрес моделу душевног здравља и болести.

Унапређивање душевног здравља, као циљ примарне превенције, крајње је нејасно. Шта значи омогућавати човеку који је душевно здрав да буде још здравији? Обично се у пракси на основу једног недовољно јасног концепта (душевно здравље) гради један још нејаснији концепт (унапређивање душевног здравља). Ове проблеме делимично су разрешили социјални психијатри који су напустили кабинете здравствених инсититуција и ушли у заједницу (породицу, школу, радну организацију) и ту су развијали своју превентивну делатност.

Проблеми методолошке природе односе се на технике које се користе у превентивном раду и на проблеме процене успешности (ефикасности) превентивних програма. Програми превентивног деловања реализовани су у непосредном контакту са појединцима или групама. Најчешће коришћене методе су: интервенција у кризи, саветовање и едукација у области душевног здравља.

Проблем процене успешности примарно превентивне праксе и евалуације програма до данас је неразрешен проблем. Често коршићени епидемиолошки подаци не дају задовољавајуће резултате.

Етичке тешкоће односе се на професионални идентитет стручњака који се баве превенцијом, јер се они селе из кабинетског рада у рад у заједници, тако да неки проблеми могу да се односе на проналажење мере између професионализма и ентузијазма, као и између високе стручности и разумљивости у јавном деловању. Одговори на ова питања нису ни данас сасвим јасни.

Због свега наведеног, пракса примарне превенције често нас подсећа на врућ кромпир који друштво добацује стручњацима, они породици, породица школи, школа заједници и тако у круг.

Трагање за могућим излазима из зачараног круга треба започети преиспитивањем

циљева примарне превенције. Да ли је могуће када говоримо о превенцији душевног здравља, направити списак савета типа „ако ….. онда“. Душевно здравље је сложен феномен који граде индивидуална биолошка структура појединца, његова животна искуства, социјалне околности, непосредно окружење. Да ли је могуће утицати на све те чиниоце и контролисати их?

Први медицински интониран циљ примарне превенције могуће је реализовати у раду са ризичним групама. Међутим, овај модел је непримерен у раду са особама које нису под ризиком и у том случају треба остваривати развојни модел превентивног рада који нуди модел психолошке примарне превенције.

ПСИХОЛОШКА ПРИМАРНА ПРЕВЕНЦИЈА

У области примарне превенције доминирају два приступа: когнитивистички и хуманистички.

У когнитивистичком приступу примарној превенцији централно место има концепт стреса и примарно превентивна пракса усмерена је на вештине овладавања стресом (унутрашње моделовање, тренинг овладавања стресом, тренинг овладавања анксиозношћу, инокулација стреса, асертивни тренинг).

Пракса примарне превенције вођена хуманистичким приступом фокусирана је на животне кризе и усмерена на развијање индивидуалних способности да се оне превазиђу са што мање ризика и са што више шанси за даљи развој. Ова врста превентивне праксе назива се и „учење за живот“. Иако по много чему различити, ови приступи се често у пракси преплићу и прожимају. „Учење за живот“ одвија се у складу са вештинама овладавања стресом, а учење успешним механизмима превладавања тече паралелно са променом односа према себи.

Аутори Хопсон (Hopson B.) и Скали (Scally M.) понудили су модел који најбоље илуструје прожимање ових приступа. Њихову превентивну стратегију карактеришу два става:

- животне вештине је могуће научити;
- учење и оспособљавање за животне вештине је процес којим особа постаје способна да прихвати одговорност за себе и свој живот.

Основне вештине потребне за живот они деле у четири групе: вештине потребне за опстанак и развој, вештине потребне за комуницирање са другим особама, вештине потребне у заједници и вештине потребне у специфичним ситуацијама.

Учење животним вештинама је превентивни програм унапређивања душевног здравља намењен младима – деци у основним и средњим школама, где га је могуће и реализовати. Технике рада на програму су прилагођене узрасту корисника: драмске радионице, дискусионе групе, метод демонстрације, метод решавања проблема, анализа ситуације.

Наведене вештине по групама су:

ЈА И ТИ

Вештине потребне за добре односе са тобом:

- како успешно комуницирати;
- како успостављати, чувати и прекидати међуљудске односе;
- како се супротставити социјалном притиску вршњака;
- како пружати и тражити помоћ;
- како давати, примати и контролисати емоције у социјалним интеракцијама;
- како развијати толеранцију на фрустрације.

ЈА И ДРУГИ

Вештине потребне за добре односе са другима:

- како подржавати друге;

• како слушати друге и развијати стрпљење у односу са њима;

• како утицати на друге;

• како оцењивати и процењивати туђе поступке;

• како друге чинити јачим, снажнијим – пружање социјалне подршке;

• како развијати хуманост, људскост, добронамерност, разумевање других.

ЈА

Вештине потребне да растем и да се мењам:

• како читати и писати;

• како налазити информације;

• како конструктивно размишљати о проблемима и постепено их решавати;

• како доносити одлуке у животу;

• како препознати креативни потенцијал у себи и развијати га;

• како организовати време;

• како урадити што више у садашњости;

• како открити своја интересовања;

• како открити своја уверења и вредности;

• како поставити циљеве и остварити их;

• како „укоренити“ свој живот;

• како имати позитивна осећања према себи;

• како улагати у своју будућност;

• како мењати негативне емоције;

• како сачувати физичко и ментално здравље;

• како развијати своју сексуалност и хумане односе међу половима;

• како развијати здраве стилове живота.

ЈА И СПЕЦИФИЧНЕ СИТУАЦИЈЕ

Вештине потребне за образовање:

• како открити задовољство у континуираном учењу;

• како учити;

• како користити оно што сте научили.

Вештине потребне у кући:

• како изабрати животни стил;

• како сачувати добру психолошку климу у породици;

• како живети са радошћу са укућанима.

Вештине потребне за доколицу:

• како изабрати између различитих алтернатива и хобија;

• како уживати у свом слободном времену;

• како повећати способност за доколицу.

Вештине потребне у заједници:

• како јачати сопствене капацитете;

• како искористити могућности које пружа заједница.

Наведене садржаје могуће је структурирати према узрастима омладине тако што ће за децу основношколског узраста бити примењивани садржаји из делова: ја и ти, ја, и ја и други. За средњошколске узрасте треба укључити развој свих вештина и садржаја са преложеног списка и прилагодити их социјалном амбијенту.

ОСНОВЕ ПРОГРАМА ПСИХОЛОШКЕ ПРИМАРНЕ ПРЕВЕНЦИЈЕ

Психолошка примарна превенција је скуп различитих превентивних акција, повезаних заједничком теоријском платформом и заједничком делатном стратегијом, па као таква представља основу унапређивања душевног здравља.

Теоријску платформу психолошке примарне превенције (ППП) чини најшире схваћена хуманистичка одређења душевног здравља. Пут ка здрављу за омладински део популације посматра се кроз повећање свести о себи, реалност своје животне позиције, кроз саморазвој и актуализацију сопствених потенцијала. Душевни поремећаји се схватају у терминима застоја који често имају у себи неопходни креативни набој који води здрављу. Укратко, теоријска

платформа ППП је антропоцентрична и конзистентно хуманистичка.

Заједничка делатна стратегија ППП је едукација – схваћена не само као квантификација знања већ као когнитивно-емоционално искуство које носи собом одређени степен промене. Од посебног је значаја учење о себи, промена односа према себи и могућност пружања помоћи самоме себи (психолошка самопомоћ).

Превентивне акције из овог модела намењене су искључиво здравим особама чиме се жели реализовати други циљ примарне превенције: унапређење душевног здравља.

Унапређивање душевног здравља изједначено је са проширивањем индивидуалних компетенција и моћи, односно прихватањем одговорности за сопствени живот и обогаћивањем репертоара могућности да се на тешке и по душевно здравље ризичне ситуације реагује адаптационо примереније и развојно корисније. Оно се у овом моделу постиже посебном едукацијом у којој се кроз лично искуство откривају чињенице о себи и о животу.

Заговорници модела верују да је младе могуће научити да живе боље и квалитетније и да свет око себе посматрају у оквиру вредносног система у коме се предност даје промени, слободи, одговорности и нестереотипној процени животних могућности. Избор метода у току едукације прилагођен је узрасним особеностима групе. Она пролази кроз три фазе:

1. У првој фази која је посвећена планирању процеса траже се одговори на следећа питања:

- Коме је едукација намењена?
- Која су основна психолошка обележја групе која се едукује?
- Шта се едукацијом жели постићи?
- Какав је вредносни статус информација које ће се презентовати?
- Како ће се едукација реализовати и које методе ће се користити?
- Како ће се програм превенције евалуирати?

2. Друга фаза припада рализацији програма.

3. У трећој фази се прикупљени подаци обрађују и процењује се ефикасност програмског деловања.

Модел ППП је још увек у настајању код нас. Време ће показати да ли је могуће акцијама припремити младе да храбрије ступе у живот и многе животне ситуације и кризе доживљавају више као изазов, а мање као претњу или губитак. За сада је извесно да овакав облик превентивног рада представља својеврстан професионални изазов за све који се баве превенцијом и унапређивањем здравља.

ПРЕВЕНЦИЈА КРИЗНИХ СТАЊА

Кризна стања подразумевају губитак психичке равнотеже услед дејства спољашњих или унутрашњих непријатних узрока. Она су временски ограничена и обично се решавају у току неколико недеља. Припреме за њихово успешно савладавање, у случају омладине, подразумевају њихово оспособљавање за:

1. Формирање животног стила који води афирмацији живота, што се постиже интернализацијом њихових вољних напора у проналажењу животног смисла. Посебан проблем може да настане када адолесцент започне кретање одабраним путем и и током тога схвати да је у заблуди. Дакле, криза не насупа само у времену одлучивања него се јавља и на изабраном путу. Тада превенција има задатак да га ослободи страха од поновног лошег избора.

2. Усвајање моралних норми као наметнутог ограничавања, јер тиме лакше избегавају непријатности на животном путу. Морално постоји у човеку, као и етичко у идеалном, и они траже да буду откривени. Било би сасвим контрапродуктивно ако би се идеално

прогласило за неостварљиво јер би то указивало на друштвену хипокризију.

3. Упутити младу особу ка реализацији својих склоности и осећању задовољства у току и исходу учења или активности. Млади тешко прихватају све оно што омета реализацију њихових склоности. У том контексту, ако заиста желимо да нашу децу спасемо кризних стања, требало би да кодификујемо нов систем вредности живљења.

4. За њихов морални развој важно је прихватити моралне обрасце средине у којој се живи, посебно тамо где су системи вредности поремећени. Друштвене конфузије су највећа препрека да се доживи преображај савести детињства у савест одрасле особе. Промењиви обрасци вредности одраслих стварају дилеме и/или унутрашње конфликте који могу битно да оштете механизме формирања идентитета. Данас је тешко да се омладина преведе без потреса у стање осећања одговорности и самопоштовања. Да би сазрео адолесцент мора да доноси одлуке које постају једино мерило за самопроцењивање.

5. Млади се данас „допингују“ количином, а не квалитетом информација. Њихови мозгови су затрпани информацијама тако да се у њима зауставља процес критичког мишљења и отклања значај вредности живљења према законима природе. Квантификација информација, не води нужно повећању знања нити гради мишљење о животу, а још мање задовољава потребу младих за истином. Мноштво информација може да блокира интелектуални развој. Адолесцента треба испунити вером у живот, а не присиљавати га да „одреди живот“.

6. Јачање отпорности на социјалне притиске из посредног и непосредног социјалног окружења важно је за фомирање њиховог моралног интегритета и карактера личности. Поред тога, ово је значајно и у смислу стварања отпорности на притиске вршњака када су у питању бројне злоупотребе од цигарета до дроге, а које могу да пруже тренутну лажну социјалну афирмацију.

7. У контексту развоја менталног здравља омладине њихову социјализацију личности треба усмеравати у правцу развоја хуманости, толеранције, уважавања различитости, пружања помоћи другима када је то потребно, асертивности, решавања конфликата, контроле агресије и анксиозности. Неговање љубави у породици и социјалном амбијенту омогућава стварање одбрамбеног зида против кризних ситуација.

8. У подстицању развоја индивидуално психолошких особености код младих треба развијати следећи сет персоналних диспозиција: поштовање особа, одговорност, самосталност у одлучивању, когнитивну радозналост, самосвест, самопоштовање, оптимистички животни стил, уважавање сопствених потреба и потреба других, унутрашњу мотивацју за учење, самоефикасност, етичке принципе – моралност и савест.

9. Развој способности за доношење одлука од посебног је значаја за ментално здравље и усвајање оних модела понашања који га унапређују. У доношењу одлука особе се обично руководе принципом субоптималног решења уместо оптималног. Разлози за то су: одређеност мишљења местом у социјалном простору, идентификација са појединим социјално референтним групама, пројектовање сопствених ставова и вредности, глобално и неиздиференцирано мишљење, когнитивна кратковидост, упрошћеност појмова. Њих је могуће превазићи развојем оних особина из претходног става – јачањем поверења у сопствене капацитете и спремност на то да се одговорно сносе последице одлуке.

10. Континуирана едукација родитеља кроз институционално и програмско

деловање у великој мери доприноси јачању менталног здравља деце. Прва међу тим обукама би била ефикасна комуникација између различитих социјалних ентитета.

ЗАКЉУЧНО РАЗМАТРАЊЕ

Још нешто за крај. Аристотел је говорећи о својој филозофији говорио о јединству три елемента: места, времена и радње. То је примењиво и данас, јер морамо водити рачуна о овом јединству када бринемо о душевном здрављу. Даље је говорио да се човек може усавршити на три начина: гледањем, читањем и учествовањем у некој радњи (активности). Управо то треба чинити, без обзира на то шта радимо и чиме се бавимо. То треба понудити и младом човеку који је тренутно у кризи и обузет бесмислом, да тражећи свакодневно свој смисао, осмишљава и креира сваки нови дан у складу са собом, а водећи рачуна о другима, јер живимо кроз друге и са њима, и огледало смо једни другима.

ПОРУКЕ

1. Када говоримо о унапређивању менталног здравља омладине, приоритетно је младе оспособити да се развију у здраве, срчане личности које ће успешно савладавати искушења савременог доба.
2. Научимо децу значају живота и лепоти живљења пуним плућима.
3. Живимо истином речи и снагом веровања, јер они су моћ.
4. Прихватимо паролу: ништа у животу није важније од онога што јесмо.
5. Деца се не могу купити – она више воле искрени загрљај него скупоцени поклон.

ЛИТЕРАТУРА

1. Erikson EK. Identity Yant and Crisis. W.W. Northon, New York, 1964.
2. Lazarus H, Folkman S. Stress, appraisal and Coping. Springer Publishing Comp. 1984.
3. Moos R. Coping with life crises. Pinguin, New York, 1987.
4. Рајин Г., Радојевић М., Томић В. Приручник за саветовање са адолесцентима у области заштите репродуктивног здравља. USAID, 1990.
5. Влајковић Ј. Животне кризе и њихово превазилажење. Нолит, Београд, 1992.

Контакт: Др сц. мед. Весна В. Томић, социјални психолог, научни сарадник, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд.

UDK BROJEVI: 616.211-002-06
616.248-084

АЛЕРГИЈСКИ РИНИТИС И БРОНХИЈАЛНА АСТМА У ОРДИНАЦИЈИ ИЗАБРАНОГ ЛЕКАРА – приказ случаја

Анита Накић[1], Весна Динов[2], Наташа Михајловић[3]

ALLERGIC RHINITIS AND BRONCHIAL ASTHMA AT THE OFFICE OF SELECTED PHYSICIAN – case report

Anita Nakić, Vesna Dinov, Nataša Mihajlović

Сажетак

Алергијски ринитис и бронхијална астма су врло често удружене болести. Многе епидемиолошке, патофизиолошке и клиничке студије потврђују повезаност ринитиса и астме. Процењује се да око 40% оболелих од алергијског ринитиса има астму, док око 80% астматичара има алергијски ринитис. У око 20% болесника јавља се истовремени развој болести.

Приказана пацијенткиња јавља се у ординацију изабраног лекара после више месеци присутних тегоба учесталог кијања, углавном ујутру. После кијања не долази до олакшања. Повремено се јавља и кашаљ, свирање у грудима, чешће ноћу кад се умири. У пар наврата имала је и нападе гушења. Континуирана изложеност факторима ризика, без предузимања мера превенције и лечења резултирали су појавом удружених болести. Уз успостављање партнерског односа и дисциплине пацијента, долази до стабилизације болести те пацијенткиња није имала потребу за хоспитализацијом. Ефикасна контрола астме захтева проактивни и превентивни приступ болести, слично контроли оболелих од дијабетеса и повишеног крвног притиска.

Циљ рада: Указати на значај правовременог јављања лекару на преглед ради ране идентификације алергијског ринитиса у циљу предузимања превентивних мера и едукације болесника за контролу астме.

Кључне речи: *удружене болести, превентивне мере, едукација болесника.*

Summary

Allergic rhinitis and bronchial asthma are very often associated diseases. A large number of patients suffering from rhinitis developed asthma during life. Many epidemiological, pathophysiological and clinical studies confirm the connection between rhinitis and asthma. It is estimated that about 40% of patients with allergic rhinitis have asthma, while around 80% asthmatics have allergic rhinitis. About 20% of patients report the simultaneous development of the disease.

Featured patient shows up at the Office of the selected physician after several months of present problems of frequent sneeze, mainly in the morning. After the sneeze there is no relief. Occasionally there is cough, whispering in the chest, more often at night when it's calm. A couple of times she had suffocation attacks. Continuous exposure to risk factors, without taking measures of prevention and treatment may result in the emergence of joint disease. With the establishment of partnership relations, patient discipline, disease stabilization and patient did not have the need for hospitalization. Effective asthma control requires proactive and preventive approach to disease, similar to the control of patients with diabetes and high blood pressure.

The aim of the study: to point out the importance of timely reporting to the doctor for early identification of allergic rhinitis in order to take preventive measures and education of patients to control asthma.

Key words: *associated diseases, preventive measures, education of patiens.*

[1] Др Анита Накић, лекар на специјализацији опште медицине, Здравствени центар, Врање, Служба опште медицине, ДЗ Врање, J.J. Лунге 1.
[2] Др Весна Динов, лекар на специјализацији опште медицине, Здравствени центар, Врање, ДЗ Врање, Служба опште медицине, J.J. Лунге 1.
[3] Др Наташа Михајловић, лекар на специјализацији опште медицине, Здравствени центар Зајечар, Служба кућне неге, Расадничка бб.

УВОД

Алергијски ринитис је најчешћа хронична респираторна болест која је у коморбидитету са астмом и за коју је уједно и највећи фактор ризика.[1] Испољава се кијањем, запушеношћу носа, ринорејом, а изазвана је инхалационим алергенима.[2, 3] Према дужини експозиције узрочном алергену алергијски ринитис је подељен на сезонски (изазван алергенима спољашње средине) и перенијални (изазван алергенима затвореног простора). Према дужини трајања симптома подељен је на интермитентни и перзистентни, према тежини: благи, умерени до тешки и према експозицији узрочном алергену на сезонски, перенијални и професионални. Астма је хронична инфламаторна болест дисајних путева и удружена са бронхијалном хиперреактивношћу доводи до рекурентних епизода визинга, гушења, стезања у грудима и кашља, посебно ноћу и рано ујутру. Већина пацијената са астмом су атопичари (екстризик астма), мањи број припада групи не атопичара (интризик астма). Фамилијарна предиспозиција, атопија и излагање алергенима и сензибилишућим агенсима значајни су фактори ризика за алергијски ринитис и астму.[4-6] Алергијски ринитис и бронхијална астма су хроничне и врло често удружене болести. Захваљујући едукацији болесника, превенцији и савременом развоју лекова пацијент може да има добар квалитет живота. [1, 7, 8]

Неопходно је изналажење најоптималнијег лечења пацијента са алергијским ринитисом, са циљем да се спречи или успори развој бронхијалне астме.[8] Нелечени алергијски ринитис доводи до слабије контроле астме, док се адекватним лечењем алергијског ринитиса побољшава контрола болести, смањује потреба за хитним интервенцијама и употреба симптоматске терапије.

Превенција астме темељи се на принципима превенције алергијског ринитиса, односно избегавању контакта са алергеном, као и правовременој примени медикамената који у кратком времену могу довести до побољшања стања. Оптимално лечење алергијског ринитиса, доводи и до истовремене стабилизације астме.

Успостављање партнерског односа и едукација болесника се сматрају кључним у успешној превенцији и лечењу болесника са алергијским ринитисом и астмом. Показало се да без едукације нема задовољавајућег смањења оболевања па и смртности. Важно је болесника упознати са његовом болешћу, могућностима њеног лечења и потребним редовним контролама. Нажалост, у порасту је број пацијената којима треба већи број лекова и њихова свакодневна употреба, јер се не јављају на време лекару, па се и дијагноза не постави на време. Срећом астма се може ефикасно лечити и код већине се може постићи добра контрола болести.[1, 7]

ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

Пацијенткиња стара 64 године болује од артеријске хипертензије. Јавља се у амбуланту због учесталог кијања „у нападима“ праћених цурењем обилног воденастог секрета; а у последњих десетак дана, чешће ноћу кад се умири, јављају јој се честе епизоде непродуктивног кашља, тескоба и свирање у грудима. У пар наврата је имала и нападе отежаног дисања који су пролазили спонтано, после устајања и излажења на свеж ваздух.

Тегобе повезује са прехладом (кијање, кашаљ, повишена температура, болови у мишићима) коју је имала пре око четири месеца. Наводи да је и у околини било сличних случајева тих дана. Од тада скоро свакоднево кија, помало кашље, има утисак да је често прехлађена. Због планираног пута у САД, није придавала значај симптомима. По одласку у иностранство, после пар дана јавља се и упорна кијавица са цурењем из носа обично у јутарњим сатима, после чега је осећала малаксалост и исцрпљеност. Наводи да је била и у контакту са прашином јер су у кући нешто сређивали. Пријао јој

је боравак на отвореном, у природи. Иако је имала здравствено осигурање, одлаже одлазак лекару. Користила је мултивитаминске препарате. По повратку у Србију, после три месеца, напади кијања су учестали и јавља се свирање у грудима, кашаљ са оскудним испљувком, као и напади отежаног дисања. Сметају јој нагле промене температуре, нарочито хладно и магловито време, лако се замара, има честе несанице, немирно спава.

Пацијенткиња је непушач, али јој је одувек сметао дим од цигарета, супруг је пушач. Негира алергије у породици. Увидом у здравствени картон пар пута раније имала оралну кандидијазу.

При прегледу афебрилна, еупноична, кожа нормално колорисана. Ендоназално едематозна, влажна, светлоружичаста мукоза обострано, присутна бистра секреција. Аускултаторни налаз над срцем уредан, на пућима ретки високотонски звиждуци обострано, ТА125/80.

Након физичког прегледа, лабораторијских налаза SE 7, RBC 4,46, WBC 7,1, NEU 41,91, EOS 15,1, LYM 37,5, CRP 7, глукоза 4,8 mmol/l и биограма спутума: *Escherichia coli*, гљиве рода *Candida* 15 колонија, ординирана је терапија: антибиотик по антибиограму, антимикотска терапија, антихистаминик и капи за нос на бази морске воде и дат савет о промени начина живота и исхране.

Стање се по примењеној терапији побољшало, али се опет повремено јављало кијање и свирање у грудима. Поновљене су лабораторијске анализе и утврђено присуство еозинофилија (EOS 9,3), у микробиолошком налазу бриса језика *Candida* 5 колонија и имунолошки налаз са укупним IgE 390,1. Предложено алергијско тестирање на инхалационе алергене није рађено. Након консултације пулмолога, када су урађене радиографија плућа (налаз уредан) и спирометрија (присутна инсуфицијенција плућне вентилације мешовитог типа лаког степена FVC 65%, FEV1 77%, PEF 60%), потврђена је дијагноза алергијског ринитиса и бронхијалне астме. Препоручена је терапија: антихисаминик (цетиризин 10 mg) 1 ујутру, модификатор леукотријена (монтелукаст 10 mg) 1 увече и бета 2 адренергички агонист брзог деловања (салбутамол) уколико осети недостатак ваздуха, свирање у грудима.

На контролном прегледу, после месец дана, стање болеснице било је значајно побољшано, без кијања и кашља, отежаног дисања. Наводи да се рафално кијање, свирање у грудима јавило, јер пар дана није узимала терапију. Тада је узела поред редовне терапије 2 удаха салбутамола. Аускултација плућа је уредна; на контролној спирометрији налаз уредан, без знакова опструкције (FVC 89%, FEV1 91%, PEF 74%). Указано је на неопходност редовне употребе терапије и важност редовних контрола пулмолога на 3 до 6 месеци, по потреби и раније.

Пацијеткиња је укључена у групну терапију (рад у малој групи), чиме је олакшан индивидуални приступ, а истовремено омогућена едукација већег броја оболелих.

Уз терапију и придржавање мера избегавања алергена, промене и побољшања животних услова астма је била добро контролисана.

ДИСКУСИЈА

Континуирана изложеност факторима ризика, без предузимања мера превенције и лечења, резултирала је појавом удружених болести. У приказаном случају наведена прехлада, промена животне средине и континуирана изложеност прашини су вероватно били фактори ризика који су утицали на пад имунитета (налаз биограма: *Candida* у спутуму и на језику) и појаву удружених болести. Поред присутних и погоршавајућих тегоба пацијенткиња је из наведених разлога одлагала одлазак лекару што је резултирало истовременом дијагностиком алергијског ринитиса и бронхијалне астме. И наизглед лакши поремећаји

здравља (прехлада, ринитис) захтевају сарадњу пацијента и лекара, јер ако се не лече могу бити узрок компликација, лошег квалитета живота и већих трошкова лечења. Потребна је свеобухватност у приступу како би се збринуле обе хроничне болести и здравственом едукацијом болесник оспособио да се носи са новонасталом ситуацијом.

Саветовано је препознавање и избегавање најчешћих алергена (гриње, продукти кућних љубимаца, алергени инсеката) и иританаса из околине, што је у свакодневном животу врло тешко. Потребно је редовно проветравање просторија и боравак у природи, избегавање задимљених простора. Саветовано је да супруг престане да пуши. Вирусне инфекције могу проузроковати или погоршати алергијски ринитис и напад астме. Препоручена је вакцина против грипа. Важна је редовна хигијена и испирање носа (коришћење препарата на бази морске воде). Болесница је приметила да се напади кијања и свирање у грудима јављају при промени температуре, повећаној влажности ваздуха, као и да јој сметају велике температурне разлике. Предложено је да прати биометеоролошку прогнозу, да смањи физичку активност и редовно узима терапију. Потребно је научити пацијента да правилно користи лекове, да схвати разлику између лекова за контролу астме и лекова за олакшање тегоба. Значајно је да препозна знаке погоршања, а за хитна стања мора имати уз себе лек за брзо прекидање напада гушења (салбутамол).[9]

За лечење алергијског ринитиса предложен је орални неседативни антихистаминик. Контролни преглед је био уредан, те није било потребе за увођењем назално локалног стероида.[1, 2] Према међународним смерницама лекови првог избора у лечењу астме су инхалациони кортикостероиди, јер њихова примена омогућује добру контролу болести и спречава губитак плућне функције.[7-10] Због удружености алергијског ринитиса и бронхијалне астме и већ присутне кандидијазе лек избора је био модификатор леукотријена. У циљу брзог отклањања симптома користе се бета 2 агонисти брзог и кратког деловања, салбутамол по потреби. Уколико се користи више од два пута недељно, потребно је променити основну терапију.[8, 9]

За дијагнозу и праћење терапијског ефекта астме користи се мерење максималног експиријумског протока (PEF), који се изводи након дубоког инспиријума из тоталног плућног капацитета. Дневни мониторинг је уобичајен за процену тежине астме и њеног одговора на терапију. Он може помоћи пацијенту у детектовању раних симптома астме.

Због проблема мерења контроле астме у свакодневној пракси група *QualityMetric Inc.* лиценцирала је тест за одређивање контроле астме. Тест за контролу астме (Asthma control test – ACT) је значајан за откривање неконтролисане астме. Тест се састоји из пет питања, што је једноставна метода која може да се понови на сваком контролном прегледу.[11]

За постављање дијагнозе, лечење и адекватно праћење болесника са алергијским ринитисом и астмом неопходна је и сарадња изабраног лекара са пулмологом, оториноларингологом и кроз консултације постизање адекватне контроле здравственог стања болесника. Коришћење здравствене заштите, доступност здравствене службе и заступање пацијентових интереса су кључни у постизању жељених ефеката исхода лечења.

ЗАКЉУЧАК

Циљеви терапије алергијског ринитиса су: контрола симптома болести, побољшање квалитета живота, смањење ризика од компликација. Астма је под контролом када болесници имају мање симптома или су без њих, укључујући и ноћне, ретко користе или не користе лекове за олакшање тегоба, без погоршања болести и без потребе за

хитном интервенцијом, имају продуктиван, физички активан живот, нормалну или скоро нормалну плућну функцију.[1, 7]

Уз успостављање партнерског односа и дисциплине пацијента (редовни одласци код лекара) долази до стабилизације болести, те пацијенткиња није имала потребу за хоспитализацијом.

Добро едукован болесник може и поред суочавања са хроничном болешћу имати добар квалитет живота. Циљ је препознавање симптома и тегоба, избегавање алергена, правовремено и исправно лечење да би се оболелима од алергијског ринитиса и бронхијалне астме омогућио што нормалнији живот.

ЛИТЕРАТУРА

1. Brozek JI, Bousquet J, Baena-Cagnani CE. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. J. Allergy Clin Immunol 2010; 126: 466–76.
2. Scadding GK. Allergic rhinitis: background, symptoms, diagnosis and treatment options. Nurs Times 2009; 105: 24–7.
3. Wallace DV, Dykewicz MS, Bemstein DI, et al. The diagnosis and management of rhinits: an updated practice parametar. J Allergy Clin Immunol 2008; 122.
4. Tran NP, Vickery J, Blaiss MS. Management of Rhinitis: Allergic and Non-Allergic. Allergy Asthma Immunol Res. 2011; 3: 148–56.
5. Живковић Ђ. Болести органа за дисање; У: Интерна медицина, уредник Илић С. и сар. Медицински факултет у Нишу, 2009, 61–73.
6. Станковић И., Астма и хронична опструктивна болест плућа, сличности и разлике; У: Савремена сазнања о хроничној опструктивној болести плућа, уредник Станковић И., Медицински факултет Универзитета у Нишу, СВЕН Ниш, 2012, 87–100.
7. Bateman ED, Hurd SS, Barnes PJ, Bousquet J, Drazen JM, FitzGerald JM, et al. Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary. Eur Respir J. 2008; 31: 143–78.
8. Global Iniciative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Online appendix. Updated 2015. Available from: www.ginasthma.org
9. Chen H, Gould MK, Blanc PD et al. Asthma control, severity and quality of life: quantifying the eff ect of uncontrolled disease. J Allergy Clin 2007; 120: 396–402.
10. Miedingerd, Neukomm E, Chhajed PN et al. The use of the Asthma Control Test in general practice. Curr Med Res Opin 2011; 27 (12): 2301-8.
11. Beam DS. Value of inhaled corticosteroid therapy in longterm asthma management. PT 2010; 35: 377–416.

Контакт: Др мед. Анита Накић, ул. Шантићева бр. 23А, 17500 Врање, тел: 063 409 658, e-mail: anitanakic@yahoo.com

UDK BROJEVI: 616.727.3-009.7-07

БОЛ У ЛАКТУ – ЗНАЧАЈ ЗА ПРИМАРНУ ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ

Астрит Бериша[1], Милан Живковић[2]

PAIN IN THE ELBOW – THE IMPORTANCE FOR THE PRIMARY HEALTH CARE

Astrit Berisha, Milan Živković

Сажетак

Бол у лакту је чест разлог за јављање лекару, и може бити велика препрека у обављању свакодневних активности и обавеза. Може да се јави у сваком узрасту, а најчешће се јавља код физички активних особа. Разлози за појаву бола у лакту су различите природе. Најчешће су то спољашне трауме, дислокације, реуматске инфламаторне и дегеренативне болести итд. Код људи који се баве спортом може се јавити повреда у лакту позната под називом тениски лакат или стручно латерални епикондилитис, и голферски лакат или медијални епикондилитис.

За лекара у примарној здравственој заштити важно је да благовремено постави дијагнозу и да оне случајеве који су праћени, осим болом, отоком, црвенилом и ослабљеним покретима (ургентни случајеви) шаље даље у установе секундарне зравствене заштите, јер они захтевају специјалистичко лечење.

Кључне речи: *Бол, лакат, лечење, оток, црвенило.*

Summary

Elbow pain is a common reason why people appear doctor, and it can be a major obstacle in performing daily activities and responsibilities. It can occur at any age, but most often in physically active people. The reasons for the emergence of pain in the elbow are of different nature. Most often these are externals trauma, dislocations, rheumatic inflammatory and degenerative diseases, etc. People who participate in sports injuries can occur in the elbow, which is known as tennis elbow or lateral epicondylitis, and golf elbow, or medial *epicondylitis.*

For doctors in primary health care it is important to make a diagnosis timely. and that those cases which were followed except pain, with swelling, redness, impaired movement (emergency cases) passed on to institutions of secondary health care, because they require specialist treatment.

Key words: *pain, elbow, treatment, swelling, redness.*

[1] Астрит Бериша, Дом здравља Прешево.

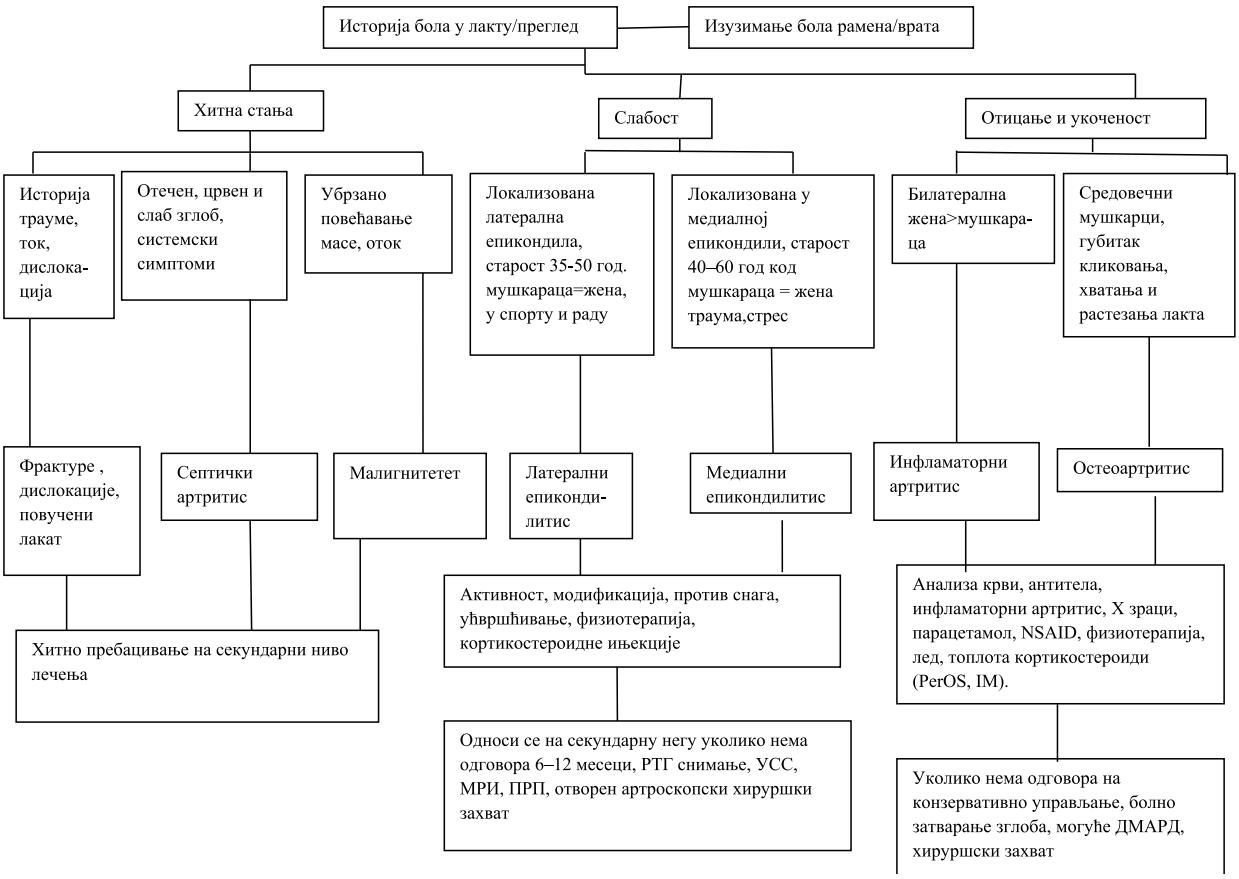
[2] Милан Живковић, Дом здравља Врањска Бања.

УВОД

Бол у лакту је веома чест симптом са којим пацијенти долазе у примарну здравствену заштиту, а разлог бола може бити смештен у било ком делу лакта, укључујући тетиве, бурсе, кости и нерве. Најчешће се јавља на спољашњој страни доњег дела надлактице. Неке болести изазивају само болове без других уочљивих знакова, док велики број болести прате промене као што су оток, промене боје коже, деформације и губитак функције зглоба. Може да се појави у било ком узрасту.

Овај симптом је изазов за лекара у примарној здравственој заштити и неопходно је потпуно разјашњавање појаве како би се приступило сврсисходном и циљаном лечењу. У томе могу доста помоћи алгоритми и степенасти приступ проблему (Слика 1).

Слика 1. *Алгоритам терапије бола у лакту*



ДМАРД – модификовање антиреуматиских лекова, ПРП – смеса богата плателатом, РОМ – опсег покрета, МРИ – магнетна резонанца, УСС – ултразвучно скенирање.

Према приложеном алгоритму и на основу емпиријских доказа неопходно је најпре искључити ургентна стања као што су отоци и дислокације настали после траума, слабост, отечен зглоб који се брзо повећава, а која могу довести до бола у лакту. Она захтевају ургентно упућивање на секундарни ниво лечења.

ПРОЦЕНА БОЛА

Процена бола приликом прегледа пацијента је кључ дијагнозе, нарочито систематски приступ процени природе, почетка и трајања бола, уз праћење придодатих симптома. Треба, такође, испитати активности и механизме настанка повреде.

Трауматски почетак бола у доминантној руци који погађа спољашњи део лакта са повременим зрачењем у подлактици карактеристичан је за тениски лакат, тј. *epicondylitis lateralis*. Може се јавити после трауме, нпр. приликом ношења врло тешког терета, али је чешћи код професија које захтевају учестале и поновљене покрете руке везане за одређена занимања или спортске дисциплине. Јавља се код 20–50% тенисера, мада је једнако уобичајен и код занатлија као што су водоинсталатери, фарбари, столари, баштовани, затим код особа које раде много за компјутером, виолиниста и других.

Бол који се постепено развија у унутрашњем делу лакта доминантне руке током дужег времена карактеристичан је за тзв. лакат играча голфа, тј. *epicondylitis medialis*. Јавља се најчешће између четрдесете и шездесете године живота. У почетку се јавља локализован бол у пределу лакта, обично у јутарњим часовима, а појављује се и у току активности као што је рад са шрафцигером. Касније, пацијенти осећају бол и приликом обављања свакодневних активности попут подизања чаше или шоље, током управљања возилом, руковања и слично. Разлог бола може бити и акутне природе услед ударца у пределу унутрашњег дела лакта, те свакако треба испитати да ли су у историји болести присутни понављани стресови и траума.

Хронични прогресивни бол у лакту са слабијом покретљивошћу лакта и подлактице због укочености указује на *остеоартритис*.

Удружени болови лакта са укоченошћу и отоком, губитак покретљивости, али и симптоми на другим зглобовима, као и систематски симптоми упућују на *инфламаторни артритис,* код кога 20–25% пацијената имају проблеме баш са лактом.

Додатни симптоми

Укоченост подлактице наводи на артритис или трауму. Укоченост која ограничава савијање у зглобу лакта много више онеспособљава него што ограничава продужавања.

Неуролошки симптоми, као што су укоченост и пецкање, морају бити додатно сагледани. Радикулопатија n. ulnaris се често јавља код медијалног епикондилитиса, остеоартритиса (50% пацијената) и инфламаторног артритиса.

Бол у врату или рамену може да узрокује бол у лакту. Процена цервикалног дела кичме је изузетно важна ради отклањања сумњи на реуматоидни артритис.

ПРЕГЛЕД ЛАКТА

Пре прегледа лакта треба прегледати врат и раме да би се искључила радикулопатија и слабост рамена или бол који потиче од њих. Треба урадити Спурлинг тест (притиском на вертекс са савијањем главе на болну страну провоцирају се тегобе) како би се искључила цервикална радикуларна компресија.

Преглед лакта треба извести систематски држећи се уобичајеног приступа: гледај, осети, покрени.

Пацијент мора бити адекватно растерећен од одеће да би се могао урадити комплетан преглед од врата до обе шаке, зато што се увек упоређују обе стране. Испитује се да ли постоји црвенило, оток, атрофија, асиметрија или целокупан деформитет. Посебно треба обратити пажњу на држање тела пацијента како би се проценили знаци у хроничном болу.

Код испитивања зглобова, треба проценити слабу тачку, присуство сумњиве масе и бележити промене у температури. Слабост може настати због тендинитиса бицепса. Слабост палпитације баш испод медијалног епикондила означава медијални епикондилитис. Слабост улнарног нерва (*Тинелов знак*) може настати као последица задњег или медијалног epicondylitisa, указујући на улнарну неуропатију. Тешка слабост предњег и латералног epicondyla указује на дијагнозу – латерални епикондилитис. Слабост локализована у облику дисталне до радијалне главе указује на задњу

интеросерозну нервну компресију, диференцијалну дијагнозу бола бочног лакта (коегзистентног у латералном епикондилитису у 5% случајева). Позадина, патологија у трицепсном мишићу, процесу олекранона и његовој бурси може да доведе до слабости. Такође, треба проверити да ли постоји крепитација у лакту ради искључења фрактуре главе радијуса, артритис или слабост тела.

Испитати активни или пасивни РОМ, прво узимајући у обзир активне покрете. Хиперекстензија је уобичајена код жена и нормална уколико је билатерална, а у одсутности траума. Ограничење пуне екстензије је дијагностична за остеоартритис. Флексија, супинација и пронација треба, такође, да буду тестиране. Покрет ручног зглоба може, такође, бити процењен због подељене мускулатуре између ручног зглоба и лакта.

Завршити процену изводећи неуроваскуларни преглед. Укључити процену других зглобова и потпунити преглед уколико је потребно.

Остала испитивања

Анализе крви (крвна слика, број еритроцита, седиментација, реуматоидни фактор и аутоантитела) треба урадити уколико се сумња на инфламаторни артритис. Нативна радиографија је нормална у тендинопатији и није индикована. Стандардна антеропостериорна и лателарна радиографија може бити урађена уколико је бол удружен са укоченошћу који наводи на артритис или трауму.

Ултазвучни преглед треба да уради искусни професионалац и он има различиту сензитивност и специфичност. Магнетна резонанца се најбоље користи за дијагнозу повреда лигамената. Ултразвук и магнетна резонанца су корисне у секундарном лечењу.

Електромиографија је корисна уколико се сумња на дисфункцију нерва.

ЛЕЧЕЊЕ БОЛА У ЛАКТУ

Лечење треба да буде усмерено на ублажавање бола, враћање нормалног физичког функционисања и одржавање пацијентове способности да ради.

Терапеутски модалитети, као што су одмор, аналгезија и стероидне инјекције, изазивају привремено ослобађање бола, али морају бити коришћени само као део ширег плана у лечењу.

Организовање примарног лечења тендинопатије има за циљ смањење стреса и појачање снаге оштећених тетива. Одмор мора бити релативан и пацијент мора да избегава активности које погоршавају стање. Учвшћивање (завој око тела мишића) умањује стрес, док вежбе рехабилитације и физиотерапија побољшавају снагу мишића. Физиотерапија је показала 91% ефективности у 52 недеље. Инјекције кортикостероида могу да обезбеде краткотрајно олакшање симптома, али могу бити повезане са горим резултатима. Коришћење botulinum toxin смеса обогаћених плателетом за лечење тендинопатије у последње време се појачало, али не постоји клинични доказ њихове суперионости у односу на плацебо. Упућивање у установу секундарне здравствене заштите је указано после перзистентних симптома упркос 6–12 месеци конзервативног третмана. Па ипак, резултати после хируршког захвата указују на то да 25% пацијената још годину дана има болове.

Артритис може бити третиран неоперативним путем разним модификацијама, NSAID агенсима у инфламаторним артритисима, стероидима (орално или интрамускуларно), стављањем удлаге или коришћењем леда и топлоте. Индикације за упућивање на секундарну негу су последица неуспеха лечењем неоперативним путем, сметње при свакодневном животу и бол у лакту.

Примарна нега болног лакта може изискивати много месеци конзервативног управљања, истрајност са вежбама за рехабилитацију и физиотерапију. Проблеми који настају резултирају доготрајнији боловима без хируршког захвата. У том случају се саветује пацијенту да оде на краткотрајно боловање да би се опоравио. Лечење треба да буде прилагођено сваком пацијенту и преглед после 2 до 4 недеље зависи од јачине бола, и то је разумна могућност.

ЗАКЉУЧАК

Бол у лакту је чест разлог за јављање лекару. За лекара у примарној здравственој заштити важно је да благовремено постави дијагнозу бола у лакту и да ургентне случајеве упути у установе секундарне зравствене заштите уколико захтевају специјалистичко лечење. Овај симптом је изазов за лекара у примарној здравственој заштити и како би се проблем проблем бола у лакту потпуно решио, неопходно је приступити сврсисходном и циљаном лечењу, користи се алгоритмом и степенастим приступом проблему. Процена бола приликом прегледа пацијента је кључ за постављање дијагнозе. Пре прегледа лакта треба прегледати врат и раме. Лечење треба да буде усмерено на ублажавање бола, враћање нормалног физичког функционисања и одржавање пацијентове способности да ради.

ЛИТЕРАТУРА

1. Trumble T, Cornawall R, Budoff J. Core knowledge in orthopedics: hand, elbow and shoulder. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier, 2005.
2. Boyer M, ed. American Academy of Orthopaedics Surgeons (AAOS) comprehensive orthopaedic: a review, 2nd edn. Rosemont, IL: AAOS, 2014.
3. Ahmad ZA, Siddiqui N, Malik SS, et al. Lateral epicondylitis: a review of pathalogy and menagment. Bone Joint J 2013.
4. Murtaugh B, Ihm JM. Eccentric training for the treatment of tendinopathies. Curr Sports Med Rep 2013.
5. Coombes BK, Bisset L, Vicenzino B. Efficacy and safety of corticosteroid injections and toher injections for menagment of tendinopathy: a systematic review of randomized controlled trials. Lancet 2010.
6. Papatheodorou LK,Baratz ME, Sotereanos DG. Elbow arthritis: current concepts. J Hand Surg Am 2013.
7. Arthritis Research UK, Chartered Society of Physiotherapy. Exercise advice: tennis elnow. http://www.csp.org.uk/your-health/exercise-advice/tennis-elbow (accesed, 21 Sep 2015).

Контакт: Астрит Бериша, Дом здравља Прешево, e-mail: dr.astrit78@gmail.com.

UDK BROJEVI: 340.134:331.45/.46(497.11)

ПРАВНА РЕГУЛАТИВА У ОБЛАСТИ ПРОЦЕНЕ РИЗИКА НА РАДНОМ МЕСТУ И У РАДНОЈ ОКОЛИНИ

Миливоје Гаљак[1], Љиљана Кулић[2], Срђан Станковић[3], Страхиња Кулић[4], Јована Кулић[5]

LEGISLATION IN THE FIELD OF RISK ASSESSMENT IN THE WORKPLACE AND A WORKING ENVIRONMENT

Milivoje Galjak, Ljiljana Kulić, Srđan Stanković, Strahinja Kulić, Jovana Kulić

Сажетак

Увод: Права, обавезе и одговорности у вези са безбедношћу и здрављем на раду утврђене су Законом о безбедности и здрављу на раду (Сл. гласник РС 101/2005), а ближе се уређују колективним уговором или општим актом послодавца, односно уговором о раду. Према Закону о безбедности и здрављу на раду, процена ризика на радном месту и у радној околини је систематско евидентирање и процењивање свих фактора у процесу рада који могу узроковати настанак повреда на раду, обољења или оштећења здравља и утврђивање могућности и начина превенције. Област безбедности и заштите здравља на раду је регулисана националном и међународном прописима, у циљу отклањања или смањења ризика на радном месту и у радној околини.

Циљ рада је да укаже на правну регулативу у области безбедности и заштите на раду, односно области процене ризика на радном месту и у радној околини.

Метод рада: Анализирани су подаци и литература у области медицине рада, безбедности на раду, заштите на раду и актуелна правна регулатива у области безбедности и заштите на раду, односно области процене ризика на радном месту и у радној околини у нашој земљи, као и регулатива Европске уније и Међународне организације рада (МОР или ILO), која је прихваћена код нас.

Summary

Introduction: The rights, obligations and responsibilities in relation to safety and health at work are laid down by the Law on Safety and Health at Work (Official Gazette of RS no. 101/2005), and are more closely regulated by a collective agreement or general act of the employer, i.e. work contract. According to the Law on Safety and Health at Work, risk assessment in the workplace and in the working environment is a systematic recording and evaluation of all factors in the work process which can give rise to occupational injuries, illnesses or health defects and identifying opportunities and ways of prevention. Field of safety and health at work is governed by national and international regulations, in order to eliminate or reduce risks in the workplace and in the working environment.

The aim of the paper is to point out the legal framework in the field of security and safety at work, or fields of risk assessment in the workplace and in the working environment.

Methods: We analyzed the data and literature in the field of occupational medicine, occupational safety, safety at work and the current legal regulations in the field of safety and health at work, fields of risk assessment in the workplace and working environment in our country, as well as the regulation of the European Union and the International Labour Organization (ILO), which has been accepted by us.

[1] Др спец. Миливоје Гаљак, Дом здравља Звечан, на докторским студијама, Медицински факултет, Косовска Митровица.
[2] Доц. др Љиљана Кулић, Универзитет у Приштини, Медицински факултет, Косовска Митровица.
[3] Мр Срђан Станковић, дипл. правник, Електромрежа Србије, Београд.
[4] Мр Страхиња Кулић, дипл. ек., на докторским студијама, ПИО фонд, Београд,
[5] Мр Јована Кулић, дипл. инж. менаџмент и организација, на докторским студијама, Београд.

Резултати рада и дискусија: Уставом Републике Србије (члан 38, став 2, и члан 72, став 1, тачка 4) утврђено је право запослених на безбедност и здравље на раду. У складу са Уставом донет је Закон о безбедности и здрављу на раду, који је у складу са прописима Европске уније и другим релевантним међународним прописима. Регулисање безбедности и очувања здравља на раду, као и процена ризика на радном месту и у радној околини врши се у складу са следећим правним прописима: Међународна организација рада: Опште конвенције и посебне конвенције, Опште и посебне препоруке; Прописи Европске уније: Општа и посебне директиве; Национални прописи: закони и правилници и други међународни и национални стандарди у области безбедности и здравља на раду. Великим бројем закона и подзаконских аката покривене су готово све области рада и делатности човека. Задатак послодаваца и запослених је да се управљају по општим законским прописима у области безбедности и заштите здравља људи, који су обавезујући за све и по законским прописима, који се односе конкретно на њихову делатност и уско су специфични. Улога одговарајућих државних органа је да контролише спровођење законских прописа и да санкционише њихово непоштовање.

Закључак: Област безбедности и заштите здравља на раду је регулисана бројним националним и међународним прописима у циљу отклањања или смањења ризика на радном месту и у радној околини. Превентивне мере у смислу поштовања важеће правне регулативе и одговарајућа и континуирана инспекцијска контрола могу обезбедити безбедност на раду и највећу могућу заштиту од ризика.

Кључне речи: *правна регулатива, ризик, радно место.*

Results and discussions: Constitution of the Republic of Serbia (Article 38, paragraph 2 and article 72, paragraph 1, item 4), stipulates the right of employees to safety and health at work. In accordance with the Constitution, Republic of Serbia adopted the Law on Safety and Health at Work, which is in line with the European Union and other relevant international regulations. Regulation of safety and protection of health at work, as well as the assessment of risks in the workplace and in the working environment shall be performed in accordance with the following legal provisions: International Labour Organization: General convention and special conventions, General and specific recommendations; Regulations of the European Union: General and specific directives; National regulations: laws and regulations and other international and national standards in the field of safety and health at work. Large number of laws and regulations covers almost all areas of work and personal activities. The task of employers and employees is to be governed by general legislation in the field of security and protection of public health, which are binding for all and specific regulations that relate specifically to their activities closely. The role of the relevant state authorities is to control the implementation of legislation and to sanction their non-compliance.

Conclusion: Field of safety and health at work is regulated by a number of national and international regulations, in order to eliminate or reduce risks in the workplace and in the working environment. Preventive measures in order to respect the valid legal regulations and appropriate and continuous inspections can provide occupational safety and maximum protection from risk.

Key words: *legal regulation, risk, workplace.*

УВОД

Права, обавезе и одоворности у вези са безбедношћу и здрављем на раду утврђене су Законом о безбедности и здрављу на раду (Сл. гласник РС 101/2005), а ближе се уређују колективним уговором или општим актом послодавца, односно уговором о раду. Према Закону о безбедности и здрављу на раду, процена ризика на радном месту и у радној околини је систематско евидентирање и процењивање свих фактора у процесу рада који могу узроковати настанак повреда на раду, обољења или оштећења здравља и утврђивање могућности, односно начина спречавања.[1]

Процена ризика од повреда на раду или оштећења здравља, односно обољења запосленог заснива се на утврђивању штетности и опасности на радном месту и у радној околини које могу да узрокују повреду на раду и/или професионално обољење и вероватноћи њиховог догађања. Обавеза послодавца је да, у односу на природу делатности коју обавља у предузећу или установи, процени ризике са аспекта безбедности и здравља запослених, узимајући у обзир, између осталог, избор средстава за правном регулативом.

Према Закону о безбедности и здрављу на раду (Службени гласник РС 101/05) и Правилнику о начину и поступку процене ризика на радном месту и у радној околини (Службени гласник РС 72/06) доношење Акта о процени ризика на радном месту и у радној околини је обавеза сваког послодавца, без обзира на делатност и број запослених. У складу са важећим прописима неопходна документација сваког послодавца мора да садржи поред Акта о процени ризика на радном месту и у радној околини и Евиденције из области безбедности и здравља на раду, Оспособљавање запослених за безбедан и здрав рад, Правилник о безбедности и здрављу на раду и остала неопходна документа.[2, 3] Област безбедности и заштите здравља на раду је регулисана бројним националним и међународним прописима у циљу отклањања или смањења ризика на радном месту и у радној околини.

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је да укаже на правну регулативу у области безбедности и заштите на раду, односно области процене ризика на радном месту и у радној околини.

МЕТОД РАДА

Анализирани су подаци и литература у области медицине рада, безбедности на раду, заштите на раду, као и актуелна правна регулатива у области безбедности и заштите на раду, односно области процене ризика на радном месту и у радној околини у нашој земљи, као и регулатива Европске уније и Међународне организације рада (МОР или ILO), која је прихваћена код нас.

РЕЗУЛТАТИ РАДА И ДИСКУСИЈА

Уставом Републике Србије (члан 38, став 2 и члан 72, став 1, тачка 4) утврђено је право запослених на безбедност и здравље на раду. У складу са Уставом донет је Закон о безбедности и здрављу на раду који је у складу са прописима Европске уније и другим релевантним међународним прописима.

Регулисање безбедности и очувања здравља на раду, као и процена ризика на радном месту и у радној околини врши се у складу са следећим правним прописима:

1. МЕЂУНАРОДНА ОРГАНИЗАЦИЈА РАДА: Опште конвенције и посебне конвенције, Опште и посебне препоруке;
2. ПРОПИСИ ЕВРОПСКЕ УНИЈЕ: Опште и посебне директиве;
3. НАЦИОНАЛНИ ПРОПИСИ: закони и правилници;
4. МЕЂУНАРОДНИ И НАЦИОНАЛНИ СТАНДАРДИ у области безбедности и здравља на раду.

Међународна организација рада

Опште конвенције:

• Конвенција бр. 135 о радничким представницима;

• Конвенција бр. 155 о заштити на раду, здравственој заштити и радној средини;

• Конвенција бр. 161 о службама медицине рада;

• Конвенција бр. 171 о ноћном раду.

Посебне конвенције:

• Конвенција бр. 115 о заштити радника од јонизујућег зрачења;

• Конвенција бр. 119 о заштити машина;

• Конвенција бр. 127 о максималној тежини терета;

• Конвенција бр. 139 о професионалном ризику;

• Конвенција бр. 148 о заштити од професионалних ризика у радној средини проузрокованих загађењем ваздуха, буком и вибрацијама;

• Конвенција бр. 170 о безбедном коришћењу хемијских средстава у процесу рада.

Опште препоруке:

• Препорука бр. 143 о радничким представницима;

• Препорука бр. 164 о заштити на раду у радној средини;

• Препорука бр. 171 о службама медицине рада;

• Препорука бр. 178 о ноћном раду.

Посебне препоруке:

• Препорука бр. 97 о заштити здравља радника на радном месту;

• Препорука бр. 114 о заштити радника од јонизујућег зрачења;

• Препорука бр. 118 о заштити машина;

• Препорука бр. 128 о максималној тежини терета;

• Препорука бр. 156 о заштити радника од професионалних ризика у радној средини проузрокованих загађењем ваздуха, буком и вибрацијама;

• Препорука бр. 177 о безбедном коришћењу хемијских средстава у процесу рада.

Прописи Европске уније

Општа директива:

• 89/391/ЕЕЗ о увођењу мера за подстицање побољшања безбедности и здравља на раду.

Посебне директиве:

• Директива 89/654/ЕЕЗ о минималним захтевима безбедности и заштите здравља на радном месту;

• Директива 89/655/ЕЕЗ о минималним захтевима безбедности и заштите здравља при коришћењу средстава рада на радном месту;

• Директива 89/656/ЕЕЗ о минималним захтевима за коришћење опреме личне заштите;

• Директива 90/269/ЕЕЗ о минималним захтевима безбедности и заштите здравља при ручном подизању терета;

• Директива 90/270/ЕЕЗ о минимуму захтева за безбедност и заштиту здравља при раду са видео-терминалима;

• Директива 2000/54/ЕЕЗ о заштити радника од ризика изложености биолошким агенсима на радном месту;

• Директива 92/58/ЕЕЗ о минимуму захтева за обезбеђивање ознака за безбедност и/или здравље радника на раду;

• Директива 92/85/ЕЕЗ о увођењу мера за подстицање побољшања безбедности и здравља на раду трудница, породиља и дојиља;

• Директива 98/94/ЕЕЗ о заштити радника на раду од ризика хемијских агенаса на радном месту;

• Директива 99/92/ЕЗ о минимуму услова за побољшање здравља радника изложених ризику од експлозивних атмосфера;

• Директива 2002/44/ЕЕЗ о минимуму захтева за заштиту здравља и безбедности радника од ризика излагања физичким агенсима (вибрацијама);

• Директива 2003/10/ЕЗ о минимуму захтева за заштиту здравља и безбедности радника од ризика излагања физичким агенсима (бука);

• Директива 2004/37/ЕЗ о заштити радника од ризика повезаних са излагањем канцерогенима или мутагенима на раду;

• Директива 2004/40/ЕЗ о минимуму захтева за заштиту здравља и безбедности радника од ризика излагања физичким агенсима (електромагнетна поља).

Национални прописи

Закони:

• Закон о безбедности и здрављу на раду (Службени гласник РС 101/05);

• Закон о раду (Службени гласник РС 24/05 и 61/05);

• Закон о здравственом осигурању (Службени гласник РС 107/05);

• Закон о здравственој заштити (Службени гласник РС 107/05);

• Закон о пензијском и инвалидском осигурању (Службени гласник РС 34/03);

• Закон о превозу опасних материја (Службени лист СРЈ 24/94 и 28/96);

• Закон о заштити од пожара (Службени гласник РС 37/88, Службени гласник РС 53/93, 67/93, 48/94);

• Закон о заштити од јонизујућих зрачења (Службени лист СРЈ 46/96);

• Закон о заштити животне средине (Службени гласник РС 135/04);

• Закон о процени утицаја на животну средину (Сл. гласник РС 135/04);

• Закон о стратешкој процени утицаја на животну средину (Службени гласник РС 135/04).

Правилници:

• Правилник о начину и поступку процене ризика на радном месту и у радној околини (Службени гласник РС 72/2006);

• Правилник о поступку прегледа и испитивања опреме за рад и испитивања услова радне околине (Службени гласник РС број 101/05);

• Правилник о условима за вршење прегледа техничке документације, прегледа и испитивања оруђа за рад, опасних материја, инсталација и радне средине, средстава и опреме личне заштите и оспособљавање радника за безбедан рад (Службени гласник РС 13/00);

• Правилник о евиденцијама у области безбедности и здравља на раду (Службени гласник РС 101/05);

• Правилник о претходним и периодичним лекарским прегледима запослених на радним местима са повећаним ризиком (Службени гласник РС 120/2007);

• Правилник о садржини и начину издавања и обрада извештаја о повреди на раду професионалном обољењу и обољењу у вези са радом (Службени гласник РС 72/06);

• Општи правилник о хигијенским и техничким заштитним мерама при раду (Службени лист ФНРЈ 16/47, 18/47 и 36/50);

• Правилник о средствима личне заштите на раду и личној заштитној опреми (Службени лист СФРЈ 35/69);

• Правилник о мерама и нормативима заштите на раду на оруђима за рад (Службени лист СФРЈ 18/91);

• Правилник о мерама и нормативима заштите на раду од буке у радним просторијама (Службени лист СФРЈ 21/92);

• Правилник о заштити на раду при одржавању моторних возила и превозу моторним возилима (Службени лист СФРЈ 55/65);

• Правилник о заштити на раду при одржавању моторних возила и превозу мо-

торним возилима (Службени лист СФРЈ 55/65);

• Правилник о заштити на раду при утовару терета у теретна моторна возила и истовару терета из таквих возила (Службени лист СФРЈ 17/66);

• Правилник о обезбеђивању смештаја и исхране радника, односно њиховог превоза од места становања до места рада и натраг (Службени лист СФРЈ 41/68);

• Правилник о опреми и поступку за пружање прве помоћи и организовању службе спасавања у случају незгоде на раду (Службени лист СФРЈ 21/71);

• Правилник о општим мерама заштите на раду од опасног дејства електричне струје у објектима намењеним за рад, радним просторијама и на радилиштима (Службени гласник СРС 21/89);

• Правилник о поступку утврђивања испуњености прописаних услова из заштите на раду (Службени гласник РС 7/99);

• Правилник о висини трошкова поступка утврђивања испуњености прописаних услова из заштите на раду (Службени гласник РС 40/2000 и 53/2001).

Од међународних стандарда у области безбедности и здравља на раду користе се OHSAS 18001 и ISO 14001, а од националних стандарда користи се JUS ISO 14001.[4, 5]

На основу важећих прописа послодавац је дужан да донесе Акт о процени ризика у писменој форми за свако радно место у предузећу, којим ће се утврдити начин и поступак отклањања ризика или начин и средства заштите запослених од ризика који постоје на њиховим радним местима. У случају да постоје ризици од којих послодавац не може да заштити запослене, запослени морају знати који су то ризици и каквог утицаја имају на њихово здравље. Запослени морају знати које бенефиције им припадају за радна места са ризицима који се не могу отклонити.[6]

Великим бројем закона и подзаконских аката покривене су готово све области рада и делатности човека. Задатак послодаваца и запослених је да се управљају по општим законским прописима у области безбедности и заштите здравља људи, који су обавезујући за све и по законским прописима који се односе конкретно на њихову делатност и уско су специфични. Улога одговарајућих државних органа је да контролише спровођење законских прописа и да санкционише њихово непоштовање.

ЗАКЉУЧАК

Безбедност и заштита здравља на раду једно је од основних права сваког човека јер једино безбедан рад и здрава и безбедна радна средина омогућавају продуктиван рад и живот. Безбедност и здравље на раду подразумевају обезбеђивање таквих услова на раду којима се, у највећој могућој мери, смањују повреде на раду, професионална обољења и обољења у вези са радом, и који претежно стварају претпоставку за пуно физичко, психичко и социјално благостање запослених. Уставом Републике Србије утврђено је право запослених на безбедност и здравље на раду и у складу са Уставом донет је Закон о заштити на раду. На основу важећих прописа послодавац је дужан да донесе Акт о процени ризика за свако радно место у предузећу. Област безбедности и заштите здравља на раду је регулисана бројним националном и међународном прописима, у циљу отклањања или смањења ризика на радном месту и у радној околини. Превентивне мере у смислу поштовања важеће правне регулативе и одговарајућа и континуирана инспекцијска контрола могу обезбедити безбедност на раду и највећу могућу заштиту од ризика.

ЛИТЕРАТУРА

1. Старчевић Ј., Илић М., Пауновић-Пфаф Ј.: Приручник за процену ризика, Globe design, Београд, 2010; 9–11.

2. Закон о безбедности и здрављу на раду. Сл. гласник РС. 101/2005.

3. Правилник о начину и поступку процене ризика на радном месту и у радној околини. Службени гласник РС 72/06.

4. Закон о раду. Сл. гласник РС 24/2005, 61/2005, 54/2009, 32/2013 и 75/2014.

5. ILO / ICN / WHO / PSI. Workplace Violence in the Health Sector. Country Case Studies. Question Guidelines for Focus Group Discussion. Geneva, 2003.

6. Савић С., Станковић М. Теорија система и ризика. Факултет заштите на раду у Нишу, Универзитет у Нишу, 2010.

Контакт: Доц. др Љиљана Кулић, Универзитет у Приштини, Медицински факултет, Косовска Митровица.

UDK BROJEVI: 616-084(497.11)"1922/2013"
579.61(497.11)"1922/2013"

МЕДИЦИНСКЕ СТРУКЕ ПРЕВЕНТИВНЕ МЕДИЦИНЕ НА ПОДРУЧЈУ ТИМОЧКЕ КРАЈИНЕ – МЕДИЦИНСКА БАКТЕРИОЛОГИЈА У ПЕРИОДУ ОД 1922. ДО 2013. ГОДИНЕ

Рајачка школа здравља

Петар Пауновић[1], Слађана Ђорђевић[2]

MEDICAL PROFESSION IN THE AREA OF PREVENTIVE MEDICINE IN TIMOK REGION – MEDICAL BACTERIOLOGY IN THE PERIOD FROM 1922 TO 2013 Rajac School of Health

Petar Paunovic, Sladjana Djordjevic

Сажетак

Аутор у овоме раду пише о настајању, развоју и раду медицинске бактериологије, касније назване микробиологија и паразитологија, током претходне 94 године.

Аутор описује рад Сталне бактериолошке станице основане 1922. године у Зајечару, којом је руководио др Коста Тодоровић и у којој је радио чувени кијевски бактериолог проф. др Всеволд Љубински, а која је имала велики значај како за развој медицинске бактериологије на подручју Тимочке крајине тако и за развој других превентивних грана медицине, посебно епидемиологије и хигијене.

Највећи допринос медицинске бактериологије, која је између два светска рата функционисала у Дому народног здравља у Зајечару, касније, после II светског рата, у Хигијенском, а данас у Заводу за јавно здравље „Тимок" у Зајечару, био је у откривању заразних и паразитарних болести, посебно луеса и маларије, а затим и цревних заразних болести.

У овом раду аутор описује услове рада, опремљеност, садржај и методе бактериолошке, односно микробиолошке дијагностике и набраја лекаре који су у томе учествовали. Поред доприноса бактериолошкој, тј. микробиолошко-серолошкој и паразитолошкој дијагностици, значајан је допринос развоју и серолошке и вирусолошке дијагностике код појединих болести и коришћењу антибиограма за лечење заразних болести.

Summary

In his work author writes about thebeginning, development and work of medical bacteriology, later called microbiological and parasitology, over the past 94 years.

The author describes the work of the Standing bacteriological station established in 1922 in Zajecar, led by dr Kosta Todorović, and serves the famous bacteriologist, professor of Kiev. dr Vsevolod Ljubinski, which had great significance both for the development of medical bacteriology in the area of the Timok region and for the development of other branches of preventive medicine, particulary epidemiology and hygiene.

The largest contribution to medical bacteriology, between the two world wars in the House Public Health in Zajecar, and later, after World War II, in Hygiene, now at the Institute for Public Health "Timok"in Zajecar, was the discovery of infectious and parasitic diseases, particularly syphilis and malaria, and intestinal infectious diseases.

In his article, the author describes the working conditions, equipment, contents and methods of bacteriological, or micorobiological diagnostics and lists the doctors who took part in it. In addition to the contribution of bacteriological, ie microbiologically, serological and parasitologicaldiagnostics, is a significant contribution to the development of serological and virological diagnosis in certain diseases and the use of susceptibility testing for the treatment of infectious diseases.

[1] Др Петар Пауновић, учитељ здравља, Зајечар.
[2] Др Слађана Ђорђевић, спец. микробиологије са паразитологијом, Зајечар.

Бактериологија Завода у Зајечару допринела је развоју микробиолошке дијагностике оснивањем микробиолошких служби и отварањем микробиолошких лабораторија у Бору, Неготину, Кладову и Књажевцу, затим едукацијом лекара и лабораторијских техничара и указивањем помоћи у организацији лабораторијског рада и обради узорака различитог материјала узетих и подвргнутих микробиолошко-серолошким анализама.

Рад има историјско-медицински значај и представља скроман допринос историји превентивно-медицинских струка Тимочке крајине.

Кључне речи: *медицинске струке, медицинска бактериологија, Тимочка крајина, Завод за јавно здравље „Тимок“ у Зајечару.*

Bacteriology of the Institute in Zajecar contributed to the development of microbiological diagnostics and establishment of micorbiologocal services and opening of microbiological laboratory at Bor, Negotin, Kladovo and Knjazevac, training of doctors and laboratory technicians, and be helped in the organization of laboratory work and processing of samples of different materials taken and subjected to microbiological-serological analysis.

The work has a historical and medical importance and represents a modest contribution to the history of preventive medical professions in Timok region.

Keywords: *medical profession, medical bacteriology, Timok region, The Institute of Public Health "Timok" in Zajecar.*

УВОД

Истраживања у области развоја превентивне медицине Тимочке крајине током више деценија уназад омогућила су да се напише и историја медицинских струка превентивне медицине имајући у првом реду медицинску бактериологију, епидемиологију, хигијену и социјалну медицину.[1] У првом делу овог рада описан је развој медицинских струка превентивне медицине у Заводу за јавно здравље „Тимок“ у Зајечару, а у другом историјат медицинских струка превентивне медицине на целом подручју Тимочке крајине.

У последњих неколико деценија јављају се мишљења да све оно што се ради у медицини има превентивни карактер, па тако свака од грана медицине може представљати и превентивну медицину. Када је реч о превентивној медицини у ужем смислу речи, треба имати у виду да се у оквиру медицинских активности налазе оне које полазе од односа медицине са народом, које се односе на рад у заједници, посебно са здравим људима, на активности у свакодневном животу, како у мирним тако и и ванредним ситуацијама. Речник, метод и садржај рада превентивно-медицинских активности је другачији од осталих медицинских струка. Треба узети у обзир и друштвене околности и здравствену културу у којима су настале па чак идеологију и филозофију које су утицале на њихов развој.

Историја медицинских струка превентивне медицине Тимочке крајине, односи се на период од 1837. до 2013. године. У овом раду биће описан историјски развој медицинске бактериологије у Заводу за јавно здравље „Тимок“ у Зајечару, а касније и историјски развој осталих медицинских струка: епидемиологије, хигијене, социјалне медицине и здравственог васпитања.

МЕДИЦИНСКА БАКТЕРИОЛОГИЈА

I

Бактериологија је наука о бактеријама и њиховом животу. Она открива етиологију, начин инфекције и патогенизам, поставља лабораторијску дијагнозу и изналази сврсисходан начин лечења заразних болести антибиотицима. Први је почео да се бави истраживањем у области бактериологије Antony von Loevenhoch (1632–1723) који је посматрао под микроскопом протозое. Године 1678. открио је бактерије у наслагама својих зуба, а потом и у људском и животињском измету.

Медицинска бактериологија као медицинска научна грана развија се под вођством Luisa Pastera око седамдесетих година XIX века у Паризу. Захваљујући Пастеру зачета су многа знања о бактеријама, њиховом патогеном дејству, о имунитетном одговору зараженог организма и могућностима цепљења ради заштите од инфекција, затим о стерилизацији и уништавању бактерија...

Пастер је у почетку користио општи назив бактериологија, али је касније назив микробиологије био сврсисходнији јер се у микробе убрајају вируси, рикеције, фунги и паразити. Luis Paster и Robert Koch су пионири модерне микробиологије.[2]

II

На нашем простору интересовања болница за набавку микроскопа ради дијагностиковања заразе луесом и маларијом такође се рађају крајем XIX века. Прва интересовања за дијагностиковање луеса и маларије су почетак развоја бактериологије на подручју Тимочке крајине, а када је реч о маларији – и паразитологије. Без микроскопа то није било могуће. Потребу за микроскопом показале су болнице у Књажевцу и Зајечару. Први микроскоп је имала неготинска болница. У инвентару неготинске болнице 1899. године пописан је и микроскоп у одељку „лекарске ствари“.[1] То само по себи значи да је постојао и неки простор и опрема, макар само и један сто на којем је он стајао, што би могло представљати и прву бактериолошку лабораторију на подручју Тимочке крајине. Школски лекар др Душан Поповић и др Лаза Илић удружују средства и 1900. године купују микроскоп за природњачки кабинет зајечарске гимназије (Извештај зајечарске гимназије).[3]

Не постоје прецизни подаци када су остале болнице набавиле микроскопе, јер у пописима болничких ствари зајечарске, бољевачке и књажевачке болнице почетком XX века нема још увек микроскопа. Велики значај за развој бактериологије у Србији, а посебно на подручју Тимочке крајине, имало је оснивање Пастеровог завода у Нишу 1900. године. Он је био формиран како би се обавило цепљење серумом, а касније и вакцином, особа уједених од бесних животиња, али током времена у њему се развијала и бактериологија.

Почетком I светског рата, приликом одступања наше војске ка Приштини, опрема Пастеровог завода је заробљена у Крушевцу и однесена у Бугарску.[4] За време I светског рата Пастеров завод у Нишу није постојао. То је успорило развој бактериолошке дијагностике на подручју југоисточне Србије.

III

После I светског рата пришло се обнављању санитетских установа у Србији. За 1920/21. годину предвиђена су средства из буџета за сталну епидемијску станицу у Прахову и сталне венеричне амбуланте у Доњем Милановцу, Књажевцу и Неготину, а 1922. године предвиђа се отварање још три бактериолошке станице у Србији. Те године при војној болници у Зајечару отвара се **Стална бактериолошка станица** чији је шеф др Коста Тодоровић. У њој ради и проф. др Всеволд Љубински из Кијева, који остаје у Зајечару до 1929. године. То се може сматрати почетком бактериолошке дијагностике у Тимочкој крајини, а проф. др Всеволд Љубински, први бактериолог Тимочке крајине.[5]

Др Коста Тодоровић

Др Всеволд Љубински

Стална бактериолошка станица у Зајечару, настала 1922. године, претеча је данашњој бактериологији у Заводу за јавно здравље „Тимок“ у Зајечару. Њено оснивање може се сматрати почетком бактериолошке дијагностике у Тимочкој крајини који се одиграо пре 94 године. Она је претеча бактериологији и у другим здравственим установама на подручју Тимочке крајине. Данас су то микробиолошке лабораторије у Књажевцу, Бору, Неготину и Кладову које су настале уз едукацију лекара и лабораната и стручно-методолошку помоћ Завода за јавно здравље „Тимок“ у Зајечару.

После оснивања Дома народног здравља у Зајечару 1930. године, микробиологијом и паразитологијом у Дому бави се др Младен Хаџи-Павловић, који није био микробиолог. У то време у Дому народног здравља постоји „лабораторијска дијагностика, микробиолошко-серолошка и хемијска“. Тада се у области микробиологије рађа и серологија. Један део материјала са подручја Тимочке крајине слат је бактериолошкој лабораторији Епидемиолошког завода у Нишу.

У извештају о раду Дома народног здравља за 1931. и 1932. годину могуће је имати увид и у рад лабораторије, што само по себи говори од какве су важности те активности биле. У следећем прегледу може се видети да се рад лабораторије односи на бактериолошки преглед разних узорака различитог материјала.

Табела 1. *Преглед лабораторијског рада у Дому народног здравља у Зајечару.*

Врста и број прегледа	1931.	1932. година	
Серолошке, бакт. и хем. анализе	7779	7005	мање 9%
Серолошке анализе на сифилис	6226	5012	мање 10%
Бактериолошке анализе	1199	1322	мање 9%
Хемијске анализе	357	742	више 51%

На основу овог прегледа види се да су активности на сузбијању сифилиса заузимале значајан простор, а повећање хемијских анализа се односи на контроле узорака хране, што се може видети из прегледа који следи.

Табела 2. *Структура материјала прегледаних у лабораторији Дома народног здравља.*

Бактериолошки рад:	1931.	1932. година
1. испљувака	141	116
2. секрет грла и носа	584	427
3 секрет гениталних органа	90	101
4. преглед крви	148	369
5. преглед урина	6	20
6. преглед фецеса	86	115
7. преглед ликвора	32	38
8. преглед гноја	68	54
9. преглед ексудата	9	24
10. преглед вода (бактериолошки)	31	48
11. остало	4	10
Хемијски рад:	1931.	1932. година
1. преглед урина	339	589
2. преглед желудачних сокова	6	7
3.преглед ликвора	8	27
4. преглед животних намирница	1	105
5. остало	3	8

Из овог прегледа лабораторијских услуга види се да је број узорака мањи у 1932. години у односу на 1931. за 9%, а број серолошких анализа на сифилис чак за 19%. Смањење ових анализа објашњава се тиме што је амбуланта за кожно-венеричне болести у Бољевцу мање радила „услед одсуствовања и болести особља, а и Дом народног здравља у Зајечару је у 1932. години, остао само на једном лекару“. Због тога није настављено узимање крви на луес код ђака у склопу систематског истраживања луеса започетог 1931. године. Бактериолошке активности су у 1932. години повећане за 9% због честе појаве трбушног тифуса и срдобоље у тој години. Због тога је повећан број прегледа крви и фесеца у 1932. години у односу на 1931. Хемијске активности у лабораторији су повећане за 52%, због повећања броја узорака свих врста материјала, а посебно урина и животних намирница.

Када је реч о лабораторијском раду код појединих важнијих и чешћих обољења, он је видљив из прегледа у даљем тексту:

Табела 3. *Преглед бактериолошког рада код важнијих и чешћих обољења.*

Обољење	позитиван налаз	негативан налаз	број болесника
1. хемокултура групе тифа	108	173	164
2. аглутин. код групе тифа (Видал)	152	130	164
3. копрокултура на бац. дизентер.	22	78	22
4. спутум на бац. туберкулозе	26	94	25
5. секрет из полних органа на Го	30	77	27
6. секрет улк. дур. на бледе спир.	5	7	5
7. секрет из улц. меки шанкр	3	5	3
8. гној из пустуле на антракс	3	2	2
9. крв на паразите маларије	4	14	4
10. секр. из грла на бац. дифтерије	75	352	52

Из поменутог прегледа види се да су од 207 пријављених случајева трбушног тифуса – 164 потврђена у лабораторији, а од 315 пријављених случајева дизентерије само код 22 дијагноза је потврђена и лабораторијски; код дифтерије од 142 случаја лабораторијским налазом је потврђено 50.

Велики обим активности у лабораторији заузимала је серодијагноза сифилиса. 5.012 узорака крви и 29 узорака ликвора узетих од 4.325, односно 29 прегледаних лица били су позитивни на на луес у 1.757 случајева, односно када је реч о ликвору у 27 случајева. Око 40% испитаних узорака било је негативно, а код 3% резултат је био нејасан. Када је реч о луесу, који је био велики јавноздравствени проблем на подручју Дома народног здравља у Зајечару, позитивним су сматрани сви они резултати који су макар само у једној реакцији били позитивни.

IV

Почетком тридесетих година XX века у бактериолошком одељењу Дома народног здравља у Зајечару радила је повремено др Десанка Ивановић (касније Ђермановић), микробиолог. После 1933. она ради исти посао у школској поликлиници. Не умањујући значај рада других микробиолога у Тимочкој крајини, који су били пионири у том послу, др Десанка Ђермановић се може сматрати утемељитељком бактериологије на подручју Тимочке крајине.

Број бактериолошко-серолошких анализа се повећавао из године у годину. У то време рађене су бројне анализе (бактериолошко-серолошки прегледи) у лабораторији Дома. Укупно је у 1935. години извршено 14.208 анализа од којих серолошких било 12.580 а бактериолошких 1.628. Колики је обим тих послова био види се из података да је у лабораторији Хигијенског завода у Нишу исте године урађено 15.788 анализа, од тога 11.248 серолошких и 4.546 бактериолошких прегледа. У лабораторији Дома народног здравља у Зајечару у односу на лабораторију у Нишу урађено је 111,90% серолошких прегледа. Веома је богат и разноврстан низ анализа које су урађене у лабораторији Дома, а то су: прегледи брисева на дифтерију, прегледи копрокултура на групу тифа, хемокултура, Видалових серолошких реакција, прегледа на антракс, ликвора на бактериолошки преглед, тражење у спутуму Коховог бацила, преглед уретралног секрета на гонококе и урина припремљеног за биолошки оглед на Трепонему палидум, тражена је бледа спирохета и Дикреов бацил, прегледи крви на маларију (терцијана је налажена шест пута више, него остало), прављене су аутовакцине, рађене су серолошке реакције по Вајнбергу и већи број анализа на луес.

Др Мићо Мићовић, бактериолог

Позних тридесетих година XX века за в.д. директора Дома здравља у Зајечару долази др Марко Ђермановић. Др Десанка Ђермановић, сада супруга в.д. директора, ради као бактериолог до 11. новембра 1943. године, остајући на том послу за време рата и после ослобођења. У једном периоду током II светског рата она је била једини лекар у Дому народног здравља у Зајечару, обављајући, према потреби, и друге послове из области превентивне медицине. За стручност, приљежност у раду, одговорност, однос према колегама и пацијентима др Десанка Ђермановић је добила Орден рада са сребрном звездом, а 1968. године награду „Ослобођење града Зајечара“.

Др Мићо Мићовић, бактериолог, дошао је у Дом здравља у Зајечару 1943. и започео свој рад на бактериолошкој дијагностици. Пред крај рата он је био мобилисан и отеран на фронт, тако да је бактериолошка дијагностика остала на др Десанки Ђермановић.

V

После II светског рата долази до реорганизације здравствене службе на подручју Тимочке крајине и до припајања Санитарно-епидемиолошке станице у Неготину Санитарно-епидемиолошкој станици у Зајечару. У Санитарно-епидемиолошкој станици у Неготину у то време ради др Светислав Атанацковић, први школовани малариолог у Тимочкој крајини, који је завршио студије у Паризу. У то време др Мићо Мићовић и др Светислав Атанацковић, потоњи директори хигијенских завода у Зајечару и Неготину, удружују рад на унапређивању микробиолошке и паразитолошке дијагностике на подручју Тимочке крајине.

Бактериологија је дала велики допринос истраживањима ендемског сифилиса у Тимочкој крајини. Први систематски прегледи започети су средином тридесетих година XX века, а затим настављени средином рата. После рата веома интензивно се трага за оболелима од ендемског луеса коришћењем серолошких дијагностичких метода. Више десетина хиљада узорака крви је узето и анализирано у микробилошкој лабораторији Завода за здравствену заштиту у Зајечару. Најзад, осамдесетих година XX века ендемски сифилис је савладан. Проглашено је да је искорењен.

На дан 1. јануара 1950. године у Санитарно-епидемиолошкој станици у Зајечару радили су као бактериолози др Мићо Мићовић, бактериолог, др Десанка Ђермановић, бактериолог, и др Светислав Атанацковић, малариолог. У то време у Санитарно-епидемиолошкој станици у Зајечару обављани су: бактериолошки прегледи (хемокултуре, копрокултуре, уринокултуре), серолошке реакције (Widal-ова, Weil-Felix-ова реакција преципитације) и бактериолошки прегледи воде и животних намирница.

Санитарно-епидемиолошка станица располагала је следећом опремом и „потребним уређајима за серолошка и бактериолошка испитивања“: аутоклав електрични, суви стерилизатор електрични, термостат електрични, електрично водено купатило, апарат за Лефлеров серум, мућкалица електрична, електрична и ручна центрифуга, електрична центрифуга за млеко, микроскопи (2 ком.), и један у Неготину, фрижидери (2 ком., од којих је један био неисправан), Кохов лонац (неисправан), поларимeтар за шећер, урометар по Коварском, аглутиноскоп, ваге обичне (2 ком.), хемоцитометри, хемометри, цевчице за седиментацију, пипете (довољан број), епрувете и Петријеве шоље, реагенције и остало за рад.

Тако је писало у једном документу у коме је сачуван списак опреме. Недостајале су посуде за слање заразног материјала, епрувете за слање крви и заморчад за серолошка испитивања.

VI

На постизање бољих резултата у раду негативно су се одражавали услови смештаја. Санитарно-епидемиолошка станица у Зајечару била је у малој приватној згради за становање, без споредних просторија. Постојао је план за зидање нове зграде у 1948. години. Тада је ископан и темељ, али је *Плански сектор Министарства за здравље* три пута мењао план, па се у 1949. години одустало од изградње. У међувремену изграђена је нова, наменска зграда за завод у Сремској улици, број 13.

Године 1953. Санитарно-епидемиолошка станица у Зајечару постала је Хигијенски завод. Када се новембра месеца 1964. године Хигијенски завод преселио у нову зграду у Сремској 13, створени су услови за даљи развој микробиологије, серологије и паразитологије. Једно време, поред др Миће Мићовића и др Десанке Ђермановић,

бактериолошком дијагностиком бавио се и др Михајло Тошић, а 1964. године на специјализацију микробиологије примљена је др Бранислава Крстић. Нешто касније на специјализацију из микробиологије примљена је др Верица Пауновић из Бора. У том периоду у Завод долази и бактериолог др Зоран Каваин. Тада су постојале лабораторијске огледне животиње које су коришћене за микробиолошку дијагностику.[6]

Зграда у улици Љубе Нешића у којој је била микробиолошка лабораторија после II светског рата

Пред крај шездесетих година на специјализацију микробиологије примљена је др Драга Јолић из Неготина. Тада је Завод имао веома јаку микробиолошку дијагностику. Захваљујући сарадњи са микробиолозима са ВМА, микробиолошка дијагностика у Заводу постала је чувена у целој Србији.

Након дезинтеграције здравствених установа на подручју Тимочке крајине 1970. године, из Завода одлазе микробиолози др Зоран Кавајин, др Верица Пауновић из Бора и др Драга Јолић из Неготина, а специјализацију микробилогије започињу др Војислава Смичковић из Зајечара и др Станоје Живуловић из Неготина 1973. године. Нешто касније долази и др Дренка Пауновић. Доласком др Војиславе Смичковић започиње рад из домена санитарне микробиологије.

Иако су формиране микробиолошке лабораторије у Неготину и Бору почеле да раде са доласком специјалиста из Завода, микробиолошка лабораторија у Заводу у Зајечару и даље је била централна микробиолошка лабораторија за цело подручје Тимочке крајине. Какво је стање било у микробиолошкој лабораторији у Зајечару,најбоље се може видети из извештаја Републичке комисије за надзор над стручним радом извршеним у децембру 1987. године.

Микробиолошка дијагностика обављана је у оквиру Одељења за епидемиологију са микробиологијом и ДДД службе и њоме је руководила лекар специјалиста микробиолог прим. др Бранислава Крстић са двадесетак година специјалистичког стажа. У то време имала је одељење са 3 лекара и 16 лабораторијских техничара, од којих је троје имало вишу школу. Како је било неопходно да микробиолошка лабораторија ради преко целог дана, рад је организован у три смене и одвијао се у трајању од 7 до 20 часова. Дешавало се, истина ређе, да се и у току ноћи неко појави ради неке хитне ствари. У том случају су се пацијенти најчешће јављали Душану Михајловићу, лабораторијском техничару, који је становао у непосредној близини Завода, и који је увек и без резерве излазио у сусрет свакоме без разлике. Тако су благодарећи доброј организацији и великом пожртвовању и ентузијазму Душана Михајловића врата лабораторије била увек отворена за сваког коме је она била потребна.

Др Бранислава Крстић, микробиолог

Лабораторијска дијагностика се обавља у партеру и на првом спрату Завода. У партеру је било смештено пријемно одељење. Доста велики простор био је подељен

на пријемну амбуланту и део у којем се узимао вагинални и уретрални секрет. У том простору обављани су и нужни административни послови. У „Извештају о надзору над стручним радом Завода за заштиту здравља 'Тимок' у Зајечару"[4], који су 18. и 27. децембра 1987. године обавиле проф. др сци. Зденка Јефтић, проф. др сци. Љубица Дрезгић и проф. др сци. Вукица Михајловић, записано је следеће: „Оно што импресионира је чињеница да сав посао око пријема материјала обавља само један техничар, а служба одлично функционише (нема дугог чекања пацијената). У току целог радног времена лаборанти из лабораторије долазе по узети материјал који се континуирано у лабораторији даље обрађује."

Др Војислава Смичковић, микробиолог

У непосредној близини пријемне амбуланте налазила се посебно опремљена амбуланта за узимање вагиналних и уретралних секрета. Просторија је била опремљена врло добро како за узимање материјала тако и за његову примарну обраду (прављење директних микроскопских препарата). Завод је имао своје овнове чија крв се користила за рад у лабораторији.

Други део лабораторије био је смештен на првом спрату у једном делу зграде, у четири лабораторијске просторије: лабораторија са санитарном микробиологијом, серолошка дијагностика, урино и копрокултуре и лабораторија за туберкулозу, клицоноштво и комплетну паразитолошку и микробиолошку дијагностику.

Одељење за микробиологију и паразитологију Завода

Флуоресцентни микроскоп је био смештен у једној малој посебно адаптираној просторији. Поред поменутих постојала је и посебна просторија за спремање хранљивих подлога која је била опремљена бактерицидним лампама и полицама за чување подлога и стерилног посуђа. За стерилизацију су коришћење две просторије тако да је стерилизација чистог од стерилизације прљавог посуђа била одвојена. Просторије су биле снабдевене вентилаторима, тако да су се добро проветравале и ослобађале сувишне паре. Постојале су и две просторије за прање лабораторијског посуђа и његову припрему, лекарска соба и простор за лабораторијске техничаре.

Када је реч о обиму рада, у поменутом извештају се каже следеће: „Микробиолошка служба има велики број извршених анализа. Тако на пример у 1985. години тај број износи 108.716, а у 1986. години 106.569. (117)." Било је периода у развоју Завода и година када је број извршених анализа прелазио 200.000. Највише је анализа било у вези са прегледом „клиничког" материјала столица и урина, између 50.000 и 60.000 анализа годишње у 1985. и 1986. години. Дијагностика луеса се вршила методом РВК по Колмеру, Цитохол и ВДРЛ реакцијама (у 1986. години је било 4.184 анализе). У серолошкој лабораторији врше се AST, W.Rose, RF и CRP прегледи (у 1986. години 3.072 анализе). Вршена је и дијагностика Toxoplasmae, Rubellae (Rubenosticom), ехинококозе и серолошка

дијагностика салмонела по Widal-у. У то време планирано је да се уведе и серолошка дијагностика вирусних обољења за шта је било потребно створити неопходне услове.[5]

У извештају постоји и „оцена о раду“: „Све микробиолошке анализе раде се савременим методама. Обрада материјала и методе анализа су на високом нивоу, јер су млади лекари већи део специјалистичког стажа провели у Београду и Нишу, што нормативна регулисаност и могућност школовања лекара специјалиста то допушта. Заинтересованост и лекара и лабораторијских техничара за освајањем нових метода и проширивањем дијагностике је велика.“[7]

У позним осамдесетим годинама микробиолошка лабораторија Завода могла је да изолује широк спектар бактерија: салмонеле, шигеле, најсерије гонореје, најсерије менинигитиса, кампилобактерије, ентеропатогене ешерихије коли, стептококусе пнеумоније, бета-хемолитичне стрептококусе и друге.

У закључку извештаја је поменуто да „микробиолошка служба располаже веома солидним, вредним лабораторијским техничарима и зрелим лекарима специјалистима који показују интерес и амбицију да микробиолошку службу унапреде и приближе врхунским лабораторијама“. То је био *социјални капитал* који је у најтежим годинама сиромаштва и рата помогао да се лабораторија развија и у погледу укључивања у рад нових анализа и опреме и запошљавања младих стручњака за XXI век.

Било је и неких проблема, нпр. да се у једној просторији обавља више анализа, па је требало, рецимо, да се микологија са паразитологијом издвоји, и дат је и предлог да се запосли један дактилограф ради бележења резултата. Крајем осамдесетих година хемијска лабораторија, услед умножавања и проширивања активности везаних за заштиту човекове средине, била је у врло тешкој ситуацији. Лабораторијски простор се састојао од шест просторија и био је тесан за рад. Радни столови су били закрчени без довољно простора за постављање опреме, нити је било простора да се посебни аналитички процеси одвоје. Ни апаратура није била одвојена по делатностима и начину рада. Толико је простор био скучен да је онемогућавао правилан распоред опреме за рад. Тескобан простор је имао за последицу да нису биле одвојене једне од других лабораторије за испитивање воде за пиће од оних за анализу биолошког материјала, као ни лабораторије за површинске воде, отпадне воде и анализу аероседимента. Није постојала ни мерна соба, па су апарати били размештени ту и тамо по разним просторијама. Поред тога, трпели су и прање лабораторијског посуђа, сушење и стерилизација, јер се све то обављало у малој просторији.

VII

Имајући у виду да је микробиолошка дијагностика била од великог значаја за цело подручје Тимочке крајине наставило се са кадровским јачањем и пријемом нових лекара на специјализацију из микробиологије. Полазило се од тога да ако су из специјализанти из Зајечара, дуже ће се задржати на раду. Међутим, више лекара је после завршене специјализације отишло из Завода, јер Завод није могао да им обезбеди основне услове за живот – кров над главом, тј. стан.

Крајем седамдесетих јавља се велика флуктуација кадрова у микробиолошкој лабораторији Завода у Зајечару. Из Зајечара одлазе микробиолози др Катарина Анић и др Дренка Пауновић, а на специјализацију микробиологије долазе др Весна Марушић (1984), др Драгана Јеленковић (1988) и др Гордана Васиљевић Лучић и др Слађана Ђорђевић (1989) – све из Зајечара. Тако је микробиологија у Заводу подмлађена, чиме је створена перспектива да на дуже време Завод има тим који ће да задовољи све потребе становништва за микробиолошко-паразитолошком дијагностиком.

Др Весна Марушић, шефица Одељења за микробилогију

Нови лекари се тражили нове приступе у микробиолошкој дијагностици. Нови приступи нису били могући без савремене опреме, зато је Завод настојао да микробиолошку лабораторију опреми новом опремом. Набављен је апарат за брзу идентификацију бактерија и израду теста осетљивости – ATB expression sistem. У то време једино је Завод за заштиту здравља „Тимок“ у Зајечару имао такав апарат. Неколико година касније Завод набавља још један савремени апарат – Mini Vidas, за детекцију антигена/антитела из крви пацијента, чиме је проширен избор тестова и унапређена имунодијагностика. У време појаве првих случајева оболелих од сиде на подручју Тимочке крајине Завод је имао и ELISA процесоре. Нови приступи и опрема нашли су се у претесном лабораторијском простору.

Сви специјализанти су на крају специјалистичких студија добијали дипломе и титулу специјалисте микробиологије са паразитологијом.

У то време активности у раду микробилошке лабораторије одвијале су се у доменима рутине и оних делатности које су регулисане посебним правилницима и у оквиру норми за здравство. Нове активности у периоду професионализма захтевале су другачији рад и прилагођавање лекара и техничара, кроз едукацију за нове задатке, и куповину нове опреме. Прилике за развој истраживачких активности изван рутине постојале су у истраживањима осетљивости бактеријске флоре на антибиотике, истраживањима хигијенских прилика у болницама и другим установама, истраживањима квалитета воде за пиће у акумулацијама и истраживањима која су била у вези са интересовањем за рапрострањеност антропозооноза на подручју Тимочке крајине. Том приликом је, крајем XX века, направљен и виваријум и тако је Завод после 30 година поново добио лабораторијске животиње за истраживања мишје грознице. То су биле могућности које су само делимично искоришћење, а могле су послужити да из тих истраживачких пројеката лабораторијски стручњаци израсту у магистре и докторе наука.

Лаборанткиње у микробилошкој лабораторији Завода

У кооперацији са Ветеринарским центром у Зајечару стручњаци Завода раде на истраживањима проширености ехинококозе на подручју Тимочке крајине. Др Душан Стојановић, епидемиолог и др Слађана Ђорђевић, микробиолог, на међународном стручном састанку у Лисабону, 1996. године, реферишу о резултатима рада на поменутом пројекту који се бавио раширеношћу ехинококозе на подручју Тимочке крајине.[8]

VIII

До краја XX века развој микробиологије у Заводу стигао је дотле да је на микробиолошкој дијагностици радило пет микробиолога и један микробиолог на специјализацији – др Татјана Јанковић. Да би се изашло новим потребама у сусрет, затворена је тераса на трећем спрату Завода и тако је проширен простор за смештај микробиолошке лабораторије.

Усељење у тај простор започело је 2007. године. Микробиолошка дијагностика се спроводи у оквиру Службе за епидемиологију и микробиологију која као таква постоји до 2006. године. Од 2007. године микробиолошка дијагностика се одвија у Центру за микробиологију, као самосталном центру, у коме се обрађују само хумани узорци. Санитарна микробиологија налази своје место у Центру за хигијену и хуману екологију.

Центар за микробиологију је реновиран и у свом простору садржи лабораторију за дијагностику цревних заразних болести, лабораторију за дијагностику генитоуринарних инфекција, лабораторију за туберкулозу, лабораторију за пиокултуре и лабораторију за серолошку дијагностику. У оквиру Центра за микробиологију је и пријемно одељење за узорковање, а посебан простор је опремљен за узорковање гениталних узорака.

Др Слађана Ђорђевић (у средини), шеф миктобиолошке лабораторије са сарадницима

Деведесетих година, лекари-микробиолози дали су свој допринос пројекту истраживања антропозооноза сарађујући са Медицинским факултетом и Ветеринарским факултетом у Београду.

Иван Марковић, виши лабораторијски техничар Завода

Од 2004. године почиње велики пројекат „Контрола туберкулозе у Србији“ у организацији Министарства здравља и Глобал фонда за борбу против сиде, маларије и туберкулозе. Прва фаза пројекта везана је за период 2004–2010. Микробиолози (др Гордана Василијевић Лучић, др Слађана Ђорђевић) и техничари Завода (Станија Гојић, Иван Марковић, Јелена Стевановић, Оливера Миливојевић, Бојана Давидовић) учествују на свим обукама и радионицама. Након сваке пројектне године на годишњим конференцијама презентују се резултати програма. У оквиру пројекта планиране су и изведене супервизорске посете и контроле квалитета. Запослени у Центру за микробиологију редовно присуствују свим семинарима, конференцијама и регионалним састанцима на којима презентују резултате рада микробиолошке лабораторије. Резултати рада оцењивани су одличним оценама. Из средстава пројекта добијен је микроскоп, ламинарна комора, центрифуга и рачунар са штампачем. Пројекат је настављен, а следећи пројектни период трајаће наредних пет година.

Од 2005. године ЗЗЈЗ „Тимок“ учествује у тридесетомесечном пројекту „Унапређење лабораторијских услуга у Србији“ који спроводи EPTISA у сарадњи са Министарством здравља Србије. Пројекат има за циљ побољшање лабораторијских услуга, стандардизацију метода, осигурање квалитета услуга. У оквиру пројекта одржан је велики број едукативних стручних семинара и радионица. Из средстава пројекта обезбеђена је опрема – инкубатори, микроскопи, Elisa процесор, аутоклав, ламинарна комора и бројни стручни документи. Лекари Центра (др Татјана Јанковић, др Слађана Ђорђевић) су присуствовале свим едукативним скуповима, а др Слађана Ђорђевић је била и чланица радне групе за израду микробиолошког приручника. Након спроведених обука у оквиру пројекта, у Центар за микробиологију успешно је имплементиран CLSI стандард (Clinical and Laboratory Standards Institute). Менаџмент Завода одлучује да обнови започету стандардизацију система квалитета и кренуло се у активности. Уз велику ангажованост запослених систем управљања менаџмента квалитетом ISO 9001 уведен је јула 2005. године. Као члан Секције за микробиологију СЛД, др Слађана Ђорђевић покренула је иницијативу да се састанак Секције одржи у Зајечару. Године 2006. одржан је састанак Секције у Зајечару, на којој је презентиран WHONET програм за праћење резистенције микроорганизама. Предавање је одржао др Синиша Севић из Клиничког центра Нови Сад.

Центар за микробиологију ЗЗЈЗ „Тимок“ учествује у екстерној контроли квалитета у оквиру пројекта „Унапређење лабораторијских услуга у Србији“ у организацији EPTISA-е 2007. године. У првој екстерној контроли квалитета учествују 44 лабораторије из јавног и приватног сектора. Проценат успешности нашег рада је 80%, 90% и 100% по соју. Друга екстерна контрола квалитета у организацији Референтне лабораторије за међулабораторијско испитивање Градског Завода за јавно здравље Београд била је 2013. године. Задатак контроле било је идентификовање пристиглих сојева, избор антибиотика, препорука за терапију. Центар за микробиологију је добио три соја са описима случајева. Овог пута проценат успешности био је 100%. Одличан резултат друге екстерне контроле имају још две лабораторије од укупно 24 колико их је учествовало у контроли. У 2013. години Центар за микробиологију учествује у програму екстерне процене квалитета серолошке дијагностике токсоплазмозе у организацији Националне референтне лабораторије за токсоплазмозу Института за медицинска истраживања Београд. У Центар су достављене батерије од шест узорака серума са дефинисаном концентрацијом специфичних IgG и IgM антитела на токсоплазмозу. Задатак је било тестирање серума и приказ концентрација антитела у серуму. Проценат успешности за IgG класу антитела био је 100%. За IgM класу проценат је био нешто нижи, тако да је препорука НРЛ била да се промени врста теста.

Од 2007. године Центар за микробиологију учествује у пројекту Министарства здравља „Праћење резистенције микроорганизама – MRSA, VRE и Streptococcus pneumoniae – пеницилин резистентан“.

Лекари Центра за микробиологију учествују у раду Комисије за интрахоспиталне инфекције на нивоу ЗЗЈЗ „Тимок“, али и у здравственим установама ЗЦ Зајечар, ДЗ Бољевац, Специјална болница Гамзиградска бања.

Од 2005. године ЗЗЈЗ „Тимок“ учествује у пројекту „Управљање медицинским отпадом“. На стручним састанцима и радионицама активно учествују запослени из Центра за микробиологију (Иван Марковић, Станија Гојић, Милан Трандафиловић, Гордана Јовановић). Из средстава пројекта добијен је аутоклав, обезбеђен је и адаптиран простор за одлагање и уништавање медицинског отпада.

Лекари центра учествују на стручним састанцима и презентирају радове. У Центру за микробиологију се обавља и део

практичне обуке за ученике Медицинске школе, коју спроводе виши лабораторијски техничар Иван Марковић и др Слађана Ђорђевић.

Министарство здравља и Републички фонд здравственог осигурања током 2013. године раде на припреми нове номенклатуре лабораторијских здравствених услуга на примарном, секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите. По новој номенклатури Центар за микробиологију врши анализе које су предвиђене за делатност Завода. Одређене услуге предвиђене су за делатност установа вишег нивоа које спадају у домен специјализованих, референтних лабораторија, а све су обухваћене истим ценовником.

У 2013. години Центар за Микробиологију је обавио следеће активности за потребе јавног здравља. Активности се састоје из микробиолошког прегледа узорака од лица која долазе из ендемских жаришта заразних болести и материјала у циљу испитивања узрочника, резервоара и путева ширења заразних болести. Активности се састоје и из откривања и праћења кретања резистенције из клиничких узорака: метицилин резистентног стафилокока (MRSA), Streptococcus pnaumoniae резистентних на пеницилин и ванкомицин резистентног ентерокока у болничкој средини. Поред тога, обављају се и активности Завода према Референтним лабораторијама.

Надзор над стручним радом Центра за микробиологију је обављен 5. октобра 2012. године. Стручни надзорници су стручњаци Института за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“: др сци. мед. Милена Васић, др сци. мед. Зорица Јовановски, др Јелена Обрадовић и мр сци. мед. Наташа Галић Живанић. Извештај је показао да је опрема у Центру за микробиологију на задовољавајућем нивоу. Добијена је и ламинарна комора за дијагностику туберкулозе, али недостаје још једна за обраду клиничких узорака. Недостају аутоматизовани системи за узорковање крви и идентификацију микроорганизама. Од Европске агенције за реконструкцију и развој, у оквиру пројекта „Унапређење лабораторијских услуга у Србији“ у периоду 2006/2008. године“, набављени су многи апарати и сви су били у функцији. Опрема се редовно контролише баждареним медицинским инструментима, правилно се одржава и сервисира. У центру не постоји информациона мрежа, нити локалан приступ интернет вези, што отежава унос резултата лабораторијских испитивања и коришћење савремене научне литературе.

IX

Надзор над стручним радом *Центра за микробиологију са паразитологијом* је имао за циљ да утврди какви су грађевински и технички услови у лабораторији, стање обезбеђености опремом и стање и степен искоришћености опреме високе технолошке вредности. Оцена је била – задовољавајуће/ћи. У предлогу мера стоји да би требало:

- раздвојити у пријемној канцеларији узорке и пацијенте и увести протокол о узорцима,
- побољшати поступак са неадекватним узорцима,
- обезбедити праћење и континуирану евиденцију о свим дијагностикумима који се користе у лабораторији и
- набавити ламинарну комору за обраду узорка нивоа 2.

На крају, планови Центра усмерени су ка унапређењу система квалитета SRPS ISO/IEC 17025, едукацији кадрова, опремању савременом опремом и сарадњи и стручним надзором над другим микробиолошким лабораторијама на подручју Тимочке крајине.

У Центру за микробиологију 2013. године радило је 17 запослених: три лекара са специјализацијом из микробиологије са паразитологијом, два виша лабораторијска техничара, седам лабораторијских техничара (два на одређено време), један медицински техничар, један санитарни техничар, један административни радник и два помоћна радника.

Списак радника Центра за микробиологију:

- начелник центра др мед.Слађана Ђорђевић,
- др мед. Гордана Василијевић Лучић и
- др мед.Татјана Јанковић,
- виши лаб. техничар Иван Марковић,
- виши лаб. техничар Бојана Давидовић,
- лаб. техничар Станија Гојић,
- лаб. техничар Оливера Миливојевић,
- лаб. техничар Јелена Стевановић,
- лаб. техничар Милан Трандафиловић,
- лаб. техничар Снежана Петровић,
- лаб. техничар Дејан Златковић,
- лаб. техничар Бојана Николић,
- мед. техничар Татјана Јанковић,
- сан. техничар Јован Милојковић,
- адм. радник Небојша Џудовић,
- пом. радник Снежана Милојковић,
- пом. радник Гордана Јовановић.

X

Други део микробиолошке дијагностике пребачен је у домен рада Центра за хигијену и хуману екологију. У домену рада поменутог центра постоји Одељење за санитарну микробиологију. У њему раде два лекара микробиолога: др Весна Марушић и др Драгана Дробњаковић Јеленковић.

У раним седамдесетим годинама XX века микробиолошка лабораторија Завода за здравствену заштиту у Зајечару је била подељена тако да је једна соба била одређена за рад санитарне микробиологије. Највећи број анализа, око 3.000 узорака годишње, односио се на утврђивање микробиолошког квалитета воде за пиће из централних, градских и сеоских водовода и са школских и јавних чесама и из бунара са целог подручја Тимочке крајине. Мањи број анализа односио се на узорке хране и животних намирница. У санитарној микробиологији радила је др Војислава Смичковић која је на тим пословима остала до краја стручне каријере у Заводу. Када је Завод почео да контролише квалитет воде у акумулацијама на подручју Тимочке крајине из којих је коришћена вода за градске водоводе, биолошку контролу је радила Надежда Николић, дипломирани биолог.

Да би се обезбедио квалитетан рад, 1980. године формирани су стручни тимови за здравствену исправност воде за пиће, хране и животних намирница састављени од лекара специјалиста хигијене, санитарног инжењера, специјалисте санитарног хемичара у којима је др Војислава Смичковић радила на микробиолошкој дијагностици воде за пиће, хране и животних намирница.[9]

Проширењем просторија 2002. године и увођењем стандарда SRPS ISO/IEC 17025, Центар за хигијену и хуману екологију је акредитован за област испитивања вода, животних намирница, ваздуха и предмета опште употребе. У Одељењу за санитарну микробиологију овог центра обављају се следеће активности:

1. припрема хранљивих подлога које се користе у Одељењу санитарне микробиологије и у Центру за микробиологију,
2. припрема раствора и реагенаса потребних за микробиолошка и биолошка испитивања,
3. микробиолошко испитивање намирница, вода и предмета опште употребе,
4. микробиолошко и биолошко испитивање површинских и отпадних вода,
5. бактериолошко испитивање стања радних површина, ваздуха, руку радника у оквиру испитивања санитарно-хигијенског стања у здравственим установама и установама које се баве производњом и прометом хране,
6. испитивање стерилности материјала,
7. деконтаминација подлога, прибора, посуђа, као и прање посуђа и прибора који су коришћени током микробиолошког испитивања у Одељењу за санитарну микробиологију,
8. припрема и стерилизација посуђа и прибора који се користе у Центру за микробиологију.

У Одељењу санитарне микробиологије у оквиру Центра за хигијену и хуману екологију у 2013. години радило је осморо запослених: два лекара са специјализацијом из микробиологије са паразитологијом, један виши лабораторијски техничар, пет лабораторијских техничара и један помоћни радник.

Списак радника Одељења за санитарну микробиологију:

- шеф Одељења санитарне микробиологије др мед. Весна Марушић,
- др мед. Драгана Дробњаковић Јеленковић,
- виши лаб. техничар Валентина Ђурђевић,
- лаб. техничар Љиљана Миленовић,
- лаб. техничар Весна Јовановић,
- лаб. техничар Радица Цветковић,
- лаб. техничар Јелена Илић,
- помоћни радник Мила Серијевић.

ЗАКЉУЧАК

Циљ овог рада је највећим делом испуњен. Рад има историјско-медицински значај, а може представљати и поуку за будућност о томе да улога и место превентивне медицине у животу народа је непролазна појава, као што је очување и унапређивање здравља и борба спречавања настанка болести вечна и све значајнија у данашње време у нашој земљи. Имајући у виду да се превентивна медицина бави, пре свега, здрављем у заједници и његовим очувањем и унапређивањем, има се утисак да ће превентивна медицина бити потребна у будућности исто онолико, ако не и више, као што је била потребна у прошлости, али овог пута наоружана новим знањима и могућностима.

Иако је медицинска микробиологија по својој природи дијагностичка дисциплина, она је увек била подршка епидемиологији и хигијени и велика подршка овим медицинским струкама превентивне медицине. Највећи њен допринос је увек био у раном, што раније могућем, откривању проузроковача заразних болести. Медицинска микробиологија у Заводу за јавно здравље „Тимок" у Зајечару тај циљ остварује модерном медицинском опремом којом се може убрзати идентификација проузроковача заразних болести.

Најзад, од свог постојања до данас, микробиолошка дијагностика у Заводу за јавно здравље „Тимок" у Зајечару стално ради на указивању стручно-методолошке помоћи микробиолошким лабораторијама у Бору, Неготину, Кладову и Књажевцу и едукацији лекара и лабораната у њима.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бошко Поповић, Славен Летица, Милан Јакшић. Медицинске струке. II књига, Југословенска медицинска наклада, Загреб, 1981.
2. Исто.
3. Из Летописа Зајечарске гимназије за школску 1900–1901. годину, Зајечар, 1901.
4. Др Петар Пауновић. Цивилне бриге српске владе на Крфу од 1915. до 1918. године.
5. Др Петар Пауновић. Хигијенске установе на подручју Тимочке области између I и II светског рата, Рајац, 2014.
6. Др Петар Пауновић, Књига о Заводу. Монографија, Завод за заштиту здравља „Тимок", Зајечар, 2006.
7. Завод за заштиту здравља Републике Србије „Др Милан Јовановић Батут": Извештај о надзору над стручним радом Завода за заштиту здравља „Тимок" у Зајечару, број 3181 / 19. 12. 1989. године.
8. Др Петар Пауновић: Књига о Заводу. Монографија, Завод за заштиту здравља „Тимок", Зајечар, 2006.

Контакт: Др Петар Пауновић, учитељ здравља, Зајечар.

У часопису „Здравствена заштита“ објављују се оригинални научни радови, претходна саопштења, прегледи и стручни радови, из социјалне медицине, јавног здравља, здравственог осигурања, економике и менаџмента у здравству. Уз рад треба доставити изјаву свих аутора да рад није објављиван. Сви приспели радови упућују се на рецензију. Радови се не хоноришу. Рад слати на имејл: kzus@open.telekom.rs.

Општа правила

Рукопис доставити ћирилицом, у фонту Times New Roman, величине 12. Литературни подаци означавају се арапским бројевима у заградама, редоследом којим се појављују у тексту. На посебној страници рада навести пуна имена и презимена аутора, године рођења, њихове стручне титуле и називе установа и места у којима раде. Имена аутора повезати са називима установа индексираним арапским бројевима. Такође откуцати име и презиме аутора за контакт, његову адресу, број телефона и интернет адресу. Текст писати кратко и јасно на српском језику. Скраћенице користити изузетно и то само за веома дугачке називе хемијских супстанција, али и за називе који су познати као скраћенице (нпр. сида, РИА итд).

Обим рукописа

Обим рукописа (не рачунајући кратак садржај и списак литературе) за прегледни рад може износити највише шеснаест страна, за оригиналан рад десет страна, за стручни рад осам страна, претходно саопштење четири стране, за извештај и приказ књиге две стране.

Кратак садржај

Уз оригинални научни рад, саопштење, прегледни и стручни рад дати и кратак садржај до 200 речи на српском и енглеском језику (Сажетак и Summary). У њему се наводе битне чињенице, односно кратак приказ проблема, циљеви и метод рада, главни резултати и основни закључци рада, и 3–4 кључне речи на српском и енглеском.

Табеле

Табеле, графиконе, слике, цртеже, фотографије и друго дати у тексту и означити их арапским бројевима по редоследу навођења у тексту. Наслови се куцају изнад и они треба да прикажу садржај табеле и другог. Коришћење скраћеница у насловима обавезно објаснити у легенди табеле и другог.

Списак литературе

Списак литературе дати с арапским бројевима према редоследу навођења у тексту. Број референци у списку не треба да прелази 20, осим за прегледни рад. Стил навођења референци је по угледу на „Index Medicus“.

CIP-Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

613/614

ЗДРАВСТВЕНА заштита: часопис за социјалну медицину, јавно здравље, здравствено осигурање, економику И менаџмент у здравству / главни И одговорни уредник Христо Анђелски. - Год. 1. бр. 1 (1972) - . - Београд : Комора здравствених усанова Србије. 1972 (Београд : Stilprint SS). - 26 cm

Месечно.
ISSN 0350-3208 = Здравствена заштита
COBISS.SR-ID 3033858

Bogatija ponuda i novi programi u Merkuru

Svi medicinski paketi SB „Merkur“ u 2015.toj imaće uključenu kompletnu balneologiju (kade, klizme, ispijanje, inhalacije) i subspecijalističke usluge prema izabranom paketu. Uz svakodnevno korišćenje Akva centra „Voterfol” i Fitnes centra „Merkur-Džim” uz medicinu gosti dobijaju i vreme za opuštanje i uživanje u blagodetima mineralne vode.

Misleći na zadovoljstvo i bolje zdravstveno stanje gostiju, koji iz godine u godinu, sve više ukazuju poverenje, Merkur je proširio usluge paketa, koji su sada bogatiji i sadržajniji, a sve u cilju boljeg zdravstvenog stanja i odmora naših korisnika. Bez obzira da li su u pitanju dijabetes, oboljenja koštano zglobnog sistema, gastro entero hepatološka, ili ginekološka oboljenja, brza provera zdravstvenog stanja, ili jednostavno odmor i relaksacija, Merkur predstavlja pravo mesto za kompletnu zdravstvenu uslugu.

Od ove godine, ponuda medicinskih paketa je upotpunjena novim programom – Kardio lajf, koji je namenjen svima onima koji žele da provere srce i krvne sudove. Gostima je omogućeno da u najkraćem mogućem roku dobiju kompletan uvid u svoje zdravstveno stanje i adekvatnu terapiju.

Medicinski pansion se nudi u obliku sledećih medicinskih paketa:

* Opšti medicinski paket namenjen je pacijentima koji u Merkur dolaze radi prevencije, lečenja, rehabilitacije, ili unapređenja svog zdravstvenog stanja.

* Živeti sa dijabetesom je paket namenjen obolelima od šećerne bolesti.

* Gastro paket je namenjen obolelima od gastro-entero-hepatoloških oboljenja.

U ponudi su još i Pokret bez bola, Brza dijagnostika, Vikend dijagnostika, Lejdi lajf (Lady life), Linea lajf (Linea life), Hiperbarični paket i Kardio lajf (Cardio life).

Svi gosti posle zdravstvenih tretmana imaju priliku da se opuste i uživaju u **Wellness centru *„Fons Romanus“*** – bazenu sa termomineralnom vodom i podvodnim masažama koji pružaju potpunu harmoniju tela i duha. Za osvežavanje tela wellness sadržajima, u ponudi su sauna park, relaksacione ručne masaže eteričnim uljima, vulkanskim kamenjem, toplom čokoladom, medom, kao i pedikir, manikir i solarijum.

Gostima je na raspolaganju i uživanje u **Aqua centru *„Waterfall“***, čarobnom vodenom svetu sa brojnim bazenskim atrakcijama.

Fitnes centar *„Merkur Gym“* je mesto relaksacije i zadovoljstva gostiju sa najmodernijim fitnes spravama.

Lekovito svojstvo termomineralne vode i mineralnog blata pruža zadovoljstvo i uživanje upotpunjeno sa relaksirajućim efektima kupki, masaža i kozmetičkih tretmana u **Peloid centru *„Limus Romanus“*.**

Specijalna bolnica “Merkur”, Bulevar srpskih ratnika 11, 36210 Vrnjačka banja, 036 618 860, 036 618 865
marketing@vrnjcispa.rs , www.vrnjcispa.rs