Baština Akademije nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

Simpozijum – etiologija hroničnog bronhitisa i plućnog srca u BiH (Simposium l'etiologie de la bronchite chronique et du coeur pulmonaire en B&H)

Grujica Žarković

1970

Akademija nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

https://bastina.anubih.ba/items/7c8e291e-0154-475b-9af7-8294e0fb5e38

Preuzeto s Baštine Akademije nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

https://bastina.anubih.ba/

AKADEMIJA NAUKA I UMJETNOSTI BOSNE I HERCEGOVINE

POSEBNA IZDANJA

KNJIGA XIV

ODJELJENJE MEDICINSKIH NAUKA

Knjiga 2.

SIMPOZIJUM

ETIOLOGIJA HRONIČNOG BRONHITISA I PLUĆNOG SRCA U BOSNI I HERCEGOVINI

25. i 26. februara 1970. godine

Urednik

GRUJICA ŽARKOVIĆ,

dopisni član Akademije nauka i umjetnosti

Bosne i Hercegovine

ANU BiH АНУ БиХ

SARAJEVO

1970

DISKUSIJA

Prof. J. Gaon: Ovaj problem se ističe u svim akcijama dobro organizovane zdravstvene službe. Sve više u svijetu dolazi do polucije vazduha, industrijalizacija je sve obimnija, ljudi mnogo puše, i sve više se otkrivaju hemijski, fizički i biološki agensi, kao što su: bakterije, virusi i rikecije, koji izazivaju hronični bronhit.

Svakako je pohvalno da su prof. Žarković i prof. Brkić sa svojim saradnicima poduzeli jednu ovakvu opsežnu i vrlo kompleksnu studiju, koja je vrlo važna za područje Bosne i Hercegovine, Republike koja sve više ulazi u fazu industrijalizacije i kojoj sve više ljudi dolazi iz sela u grad.

Ja odmah hoću da kažem: kada sam studirao protokol za ovu pilotsku studiju, odmah sam uočio da je ovo lijep primjer teoretskog pristupa, tj. lijep primjer kako treba povezati saznanja zdravstvene službe sa traženjem hipoteze za naučno ispitivanje ovoga problema. Naime, ja se vrlo dobro sjećam, dok sam radio u Bosni kao ljekar 1945. godine, kada je bila sastavljena prva terenska ekipa ljekara za ispitivanje raširenosti i vrsta oboljenja u Bosni i Hercegovini. Svi ljekari su onda govorili: »Joj, hroničnog bronhita, joj emfizema pluća, onoliko u Goraždu! Blago onima koji žive u Hercegovini. Tamo na kršu nema toga«. To zapažanje, koje je uočeno 1945. godine, prof. Brkić je kasnije ispitivao i uočio da između 2 i 4% bolesnika koji leže na Internom odjeljenju pripada kvoti plućnog srca, i da su to, uglavnom, bolesnici koji dolaze iz istočne Bosne. Dr Hrabač iznosi jednu čudnovatu činjenicu: da u krajevima gdje je čist vazduh, dakle u brdovitim predjelima, ima više hroničnog bronhita, i to skoro 3 puta više nego u vazduhom zagađenoj Zenici. Jasno, povezujući sve te činjenice, autori ove studije dolaze do sasvim jasnog zaključka da putem te hipoteze provjere da li u šumovitim krajevima stvarno ima više hroničnog bronhita i emfizema pluća i plućnog srca nego u drugim nizinskim krajevima, da vide kakva je razlika između grada i sela, tražeći, jasno, u ovoj pilotskoj studiji i one elemente koji su potrebni za nastavak ove studije u toku idućih godina. I evo, vidite, ovo služi kao jedan fini model kako se može, oslanjajući se na rezultate, ispravnim putem da dođe do lijepih hipoteza koje treba onda na terenu provjeravati. S druge strane, hoću da kažem da je ova opsežna studija prvi put u Bosni bazirana na principima kontroliranog eksperimenta. Vidjeli smo da su metodom slučajnog izbora, znači bez ikakve pristrasnosti, izabrana naselja u opštinama sa raznim nadmorskim visinama, znači i visinska i nizinska naselja, zatim grad Sarajevo, pa su također izabrana naselja metodom slučajnog izbora, pa domaćinstva poslije popisa, isto metodom slučajnog izbora. Rad se sveo na dva plana. Prvo su ispitivali ljekari koji nisu specijalisti, a zatim specijalisti. Učinjeno je i ono što je jako važno, a što se kod nas često zaboravlja. Naime, da bi se standardizovale metode, da bi se uveo jedinstven kriterij za dijagnostiku i za razne tehničke i laboratorijske metode, održan je prethodno za sve istraživače seminar. Rendgen-kliničari nisu bili na seminaru i odmah se vidjelo kako se to negativno odrazilo na pravilnu dijagnostiku. Kada se govori o hroničnom bronhitu, znamo da se govori često o tzv. sinusno-bronhijalnom sindromu, što znači da je hronični bronhit vezan za oboljenja gornjih respiratornih puteva. Rečeno je u referatu

ANU BiH АНУ БиХ

da su vršeni neki rinološki pregledi i da tu nešto nije u redu, što bi tražilo svoje objašnjenje. Može se slobodno reći da ovakav pristup planiranom terenskom eksperimentu služi kao primjer kako treba obavljati slične poduhvate i u budućnosti. Možda se odgovori našega čovjeka ne mogu uvijek reproducirati u onakvom smislu, pozitivnom ili negativnom, kao što su u anketama dati. Možda bi trebalo vidjeti (naročito u pogledu odgovora na količine inhalacije, količine upotrijebljenih cigareta, te ekspozicije raznim spoljnim agensima) da li su ti odgovori zaista tačni i da li će, ako neko drugo lice ponovo intervjuiše ista lica, taj čovjek jednako odgovoriti. To je jako važno u ovakvim ispitivanjima. Nisu samo važni tehnika i metodi ispitivanja nego rezultati, zavisno kako od onoga koji intervjuiše, tako i od onoga koji se intervjuiše. Vidim da je prof. G. Žarković u tome jako predostrožan i mnogo pazi da ne bi donio neki zaključak koji može biti pogrešan zbog toga što odgovori koje daje onaj koji se intervjuiše nisu uvijek sasvim tačni.

I treće pitanje na koje bih ja tražio neki odgovor odnosi se na odgovore da li su rezultati koji su dobiveni zaista očekivani. Šta je zapravo očekivano, a šta nije? Da vidimo kakva je situacija u pogledu prevalencije ovih oboljenja i u pogledu spoljnih ekoloških faktora, koji mogu da izazovu hronični bronhit, emfizem i plućno srce. Sa starošću prevalencija plućnog srca se povećava. To je očekivano. Nije očekivano da je ona u planinskim područjima veća. (U Trnovu 28 na 1000 pregledanih, u Šipovu 16, a u Trebinju 6 na 1000 pregledanih.) Ne bih očekivao da je u Sarajevu učestalost plućnog srca, tj. prevalencija odmah iza Šipova. Međutim, u Sarajevu je u strukturi plućnih oboljenja prevalencija hroničnog bronhita, na prvom mjestu, najveća kod muškaraca i starijih lica. Interesantno je da asocijacija između plućnog srca i hroničnog bronhita zauzima prvi rang. Čovjek se zbog toga pita da li u patogenezi hroničnog bronhita i plućnog srca ne moraju uvijek igrati glavnu ulogu isti faktori. Znam da u Engleskoj ima mnogo hron. bronhita, da je u Londonu vazduh zagađen, i da tamo hron. bronhit nije praćen pojavom plućnog srca. Toliko što se tiče prevalencije.

Što se tiče etiologije, tj. nespecifičnih uzroka koji mogu da dovedu do hroničnog bronhita, emfizema i plućnog srca, očekivalo se da između pušača i nepušača ima signifikantnih razlika. Pušača je više. Bolesnike koji su se odrekli pušenja ja bih u ovoj studiji zanemario, jer su se oni većinom odrekli pušenja zato što su bili bolesni. Ali, nemoguće je zanemariti inhalaciju, jer nema korelacije između količine inhaliranog dima i količine popušenih cigareta. Da li metod intervjuisanja naših seljaka daje sigurne odgovore, trebalo bi još vidjeti, jer to odudara od onoga što je dosada poznato. Mene je jako impresioniralo to što je negdje utvrđena pozitivna ili negativna korelacija.

U odnosu na nadmorsku visinu i na šumovitost terena nađena je pozitivna korelacija, a u vezi sa prosječnom temperaturom negativna korelacija. Što je prosječna temperatura viša, to je bronhita manje. Ulogu igra i smještaj sela (klanac, kotlina, selo okrenuto sjevernoj strani). Što je vlažnije, što je hladnije, a tu su možda i ruže vjetrova različite, ima više bronhita. To su za budući rad vrlo interesantne hipoteze koje treba provjeriti. Npr. Šipovo. Da li bi možda bilo moguće angažovati meteorologa i inženjere šumarstva da u ovim naseljima mjere vlažnost i temperaturu i tačno odrede vrstu šume, ali im ne reći rezultate. Tada bismo sigurno vidjeli da li bi njihovi rezultati korelirali sa rezultatima dobivenim u pogledu prevalencije hron. bronhita, emfizema i plućnog srca. Šta čovjek u odnosu na dobivene rezultate zapravo još ne bi očekivao? Ukoliko kod kuće ima više ljudi, treba očekivati veću koncentraciju infektivnih agensa koji izazivaju akutni bronhit. Ukoliko je broj ljudi koji žive u kući veći, trebalo bi očekivati povećanje bronhita. Međutim, to nije nađeno. Ta ispitivanja bi svakako trebalo produbiti. Ispitivanjem raznih potencijalnih alergena jasno je zapažen uticaj peluda trave. Tu postoji jasna asocijacija između ljudi koji su izloženi peludu trava i oboljelih. I to je jedna hipoteza koja bi zasluživala daljnji istraživački rad, i da se dalje provjerava uticaj prašine i perja u izazivanju ovih oboljenja.

Na kraju, da zaključim ono što sam sebi zapisao:

— Hipoteza za ova pilotska istraživanja temelje se na poznavanju iskustava zdravstvene službe, i to pokazuje put kojim treba, pored ostalog, da se medicinska nauka koristi.

— Ova pilotska studija koncipirana je na bazi strogo kontrolisanog eksperimenta u terenskim uslovima, tako da počiva na postulatima moderne statistike. Ovaj rad pokazuje da kriterijumi za standardizaciju dijagnoze i tehničkih postupaka moraju obuhvatiti sve članove ekipe.

— Metod intervjuisanja mnogo zavisi od specifičnosti odgovora. Treba naknadno provjeriti da li postoji podudarnost odgovora pod uslovima kada neka druga lica vrše intervjue i kada se intervjui vrše u drugo vrijeme.

— Pitanje inhalisanog duvana i pitanje količine popušenih cigareta treba dalje provjeravati.

— Pozitivna, odnosno negativna korelacija u pogledu nadmorske visine, što je sigurno u BiH značajno, zatim prosječnost temperature, šumovitost područja, lokacija naselja (klanac, kotlina) traže saradnju meteorologa i inženjera šumarstva za tzv. »slijepa ispitivanja« da bi se o tom pitanju mogao dati neki definitivan zaključak.

— Treba i dalje postaviti pitanje da li su upotrijebljeni alergični davali specifične reakcije, da li se njihova pozitivnost ili negativnost može objasniti prisustvom ili odsustvom neke bolesti.

Prof. dr Milorad Mimica, Zagreb: Zahvaljujem Organizacionom odboru i prof. Žarkoviću što su me pozvali na ovaj Simpozij na kojem izlažu prve rezultate svog istraživanja. To mene interesuje, tim prije što smo ja i moji suradnici započeli jedan sličan projekat o raširenosti i etiološkim faktorima kroničnog bronhitisa u Hrvatskoj.

Čestitam prof. Žarkoviću što je tako brzo dobio rezultate ovog istraživanja. Mi smo također već napravili terenska istraživanja, ali rezultati još nisu statistički obrađeni, tako da ih ne mogu komparirati. To kako je zamislio prof. Žarković je vrlo zanimljivo: izabrano je 5 područja, koja su vjerojatno različita po ekološkim i drugim faktorima. Ne poznam tačno metodiku i tehniku koja je upotrijebljena, ali po svemu sudeći standardna je, tako da će se rezultati moći komparirati, ti njegovi rezultati s našima. Istraživanja potvrđuju već one poznate činjenice o značaju pušenja i starosti za te bolesti, ali ima i nekih drugih opažanja koja su jako interesantna, kao što su, na primjer, ona o asocijaciji bolesti sa područjima gdje ima dosta vegetacije, šume, i učestala pojava bronhitisa na visinskim područjima. Interesantna je veza sa virusima, o kojima je govorio prof. Đorđević. Ispitivanja o tome su malobrojna u svijetu, jer su veoma skupa i vjerojatno teško sprovodiva. Nas je također taj problem zanimao, ali su to suviše opsežna i skupa istraživanja.

Mi smo zamislili, i mislim da je to interesantno, da se u epidemiološkim studijama bolesnici prate tokom izvjesnog niza godina, po mogućnosti — 10 godina, ako ne 10, onda barem 5 godina, koliko traje ova studija. Mene interesuje da li će biti praćeni ovi isti stanovnici, jer u ovim epidemiološkim studijama interesatno je upravo to da li će se kod bolesnika sa minimalnim simptomima pojačati ti simptomi i koji od bolesnika će razviti veću bolest, a koji neće. Nakon 10 godina mogli bismo znati koji su to faktori koji utiču da se bolest kod nekih ljudi razvije ovako, a kod drugih onako. Zato mene interesira da li će biti sprovedeno praćenje ovih bolesnika tokom izvjesnog niza godina.

Ja se nadam da ćemo mi inače surađivati na ovom problemu i u ličnim kontaktima, te zahvaljujem još jedanput na pozivu.

Prof. I. Brkić: Ja bih rekao nekoliko riječi u vezi sa referatom doc. Čerkeza. Ja sam kao mlad ljekar radio u krajevima gdje su ljudi u svakoj kući imali ognjište. Veliki broj njih je ležalo u bolnici sa dekompenzovanim plućnim srcem. Mene je to podstaklo da proučavam tu patologiju. Zato sam postavio teoriju djelovanja ekoloških faktora: ognjište, planine, visine, šuma i stočarstvo. Tu ngdje leži, u tom zbiru faktora, jedan glavni. Koji je to, na nama je dalje da ispitujemo. Ja sam u jednom radu objavio da je prije rata nađen mnogo veći procenat plućnog srca nego u periodu poslije rata. Tu ima

i ekonomskih faktora. Seljak je drugačije živio prije rata. Znamo da je seljak prije rata imao nisku cijenu seoskih proizvoda, zatim seljački dugovi itd. Poslije rata, u novoj našoj istoriji, u novijem poretku, seljak ima sasvim drugo mjesto. Samim tim što su ukinuta ognjišta, njihov uticaj na patogenezu plućnog srca nije mogao biti ispitan.

Što se tiče krvnog pritiska, taj problem ne interesuje samo ljekare, medicinare, stručnjake, istraživače, već i široki slojevi naroda se jako interesuju za to. Kada se ljekar pojavi u selu, odmah ga pitaju da li ima aparat za mjerenje krvnog pritiska. To je jedna opsesija kod ljudi ako imaju viši krvni pritisak da je s njima svršeno. Prof. Gaon je rekao da se ne mogu odrediti normalne vrijednosti krvnog pritiska nego da su one pokretljive i drukčije se gledaju sa raznih strana. B r u g s c h kada je izdao svoju prvu knjigu interne medicine, iznio je i skalu 100 + broj godina. To je bila jedna formula za određivanje krvnog pritiska. Pritisak je sam po sebi jedna pokretljiva vrijednost. U snu je drugačiji, ujutro je drugačiji, dakle jedna krivulja u toku 24 sata, ali se srednja vrijednost može ipak utvrditi. Kao što se može odrediti kod svakog pojedinca, tako se može utvrditi i u masi. Na osnovu pokazatelja ipak postoji jedna srednja vrijednost. U svim varijacijama kod nas ipak vidimo da je on u granicama danas priznatih normalnih vrijednosti. Vrlo je interesantno, a to je i Numić rekao, ono što se odnosi na tenziju, a to je da je krvni pritisak u selu nešto niži, a frekvenca pulsa sporija. Ocjena za pritisak je, po mom mišljenju, važan dijastolični pritisak. Sistolni pritisak može da varira u toku dana, za vrijeme pregleda, ali dijastoni trebalo bi uzeti uvijek kao mjerilo: on ide maksimalno do 100, a nekad ide i do 110. Penje se sa godinama starosti. Te godine starosti su faktor koji se svakako uklapa u faktore koji su promjenljivi. Usljed kvalitetne izmjene u strukturi krvnih sudova, to se tolerira kao normalna pojava starosti. Ima faktora koji kažu: ne samo godine starosti plus 100, nego dnevne varijacije krvnog pritiska mogu biti do 200 sistolni i do 110 dijastolni. Ali varijacije, i ne fiksno. Prema tome, tu postoji izvjesna neusaglašenost u stavovima, ali svakako granice postoje. Da li ćemo mi te granice rastegnuti od 120—200, ili od 120—150, o tome se može diskutovati, ali jedna srednja vrijednost sigurno postoji.

АНУ БиХ