

Ass.Dr. sci. Branislav Petrović
Ass. Dr. sci. Zoran Veličković

ZBIRKA EPIDEMIJA

Medicinski fakultet Niš, 1998.

vi

POVODOM EPIDEMIJE DIFTERIJE U SARAJEVSKOM
MATERINSKOM DOMU

- Epidemiološki institut Sarajevo -
Šef: Prof.dr Miloš Aranicki

Na području Bosne i Hercegovine se difterična oboljenja poslednjih godina osim u Sarajevu javljaju samo u pojedinačnim slučajevima. Tabele br. 1 i br. 2 pokazuju da se u problemu difterije u BiH za sada naročito nameće rešavanje problema difterije u Sarajevu, gde ona vlada endemoepidemično kao i u drugim našim većim gradovima.

Upoređujući morbiditet difterije u Sarajevu od 1945.-1949. godine sa morbiditetom napodru;ju cele Republike BiH vidimo da je prosek morbiditeta za taj period u Sarajevu 8,91 puta veći od republičkog. Za pojedine godine on izgleda ovako: 1945. godine on je 9,5 puta veći, 1946. godine - 7,7 puta, 1947. godine - 11,68, 1948. godine - 8,19 i 1949. godine - 7,5 puta veći u Sarajevu nego prosečno u BiH.

Tabela 1. Kretanje difterije u BiH

Godine	Obolelo	Umrlo	Mb na ‰	Mt na ‰	Letalitet
1945.	200	16	0,88	0,68	7,66
1946.	456	55	1,87	2,25	12,06
1947.	508	36	2,08	1,48	7,09
1948.	818	42	2,02	1,64	8,11
1949.	468	51	1,80	2,02	10,80
1945-1949.	1.159	200	1,75	1,60	9,26

Tabela 2. Kretanje difterije u Sarajevu

Godine	Obolelo	Umrlo	Mb na ‰	Mt na ‰	Letalitet
1945.	86	5	8,96	4,09	5,23
1946.	155	14	14,54	13,13	9,03
1947.	258	13	24,39	12,19	5,03
1948.	173	3	16,13	2,81	1,74
1949.	152	5	14,25	4,69	3,28
1945.-1949.:	823	40	15,47	7,50	4,85

Ako uporedimo letalitet difterije u Sarajevu sa prosečnim letalitetom difterije u čitavoj republici BiH, od 1945. godine do 1949. godine, uključno vidimo da je taj odnos 1:1,7. Znatno viši prosečni republički letalitet od letaliteta za grad Sarajevo sigurno je posledica delom nepotpune registracije oboljenja od difterije na terenu, a delom i verovatno slabije stručne pomoći s obzirom na češće zakašnjavanje sa specifičnom serumskom terapijom. U ovom se pogledu BiH ističe jer ima letalitet difterije znatno viši od prosečnog letaliteta za FNRJ (1,49:1,0) i približno odgovara prilikama u Makedoniji (1,33:1,0) i Crnoj Gori (1,29:1,0). Usled pretežno planinskog karaktera teritorije ovih triju republika i težeg saobraćaja ogroman deo stanovništva ne dolazi u češći dodir sa gradskim stanovništvom.

Zato smo retko dolazili do prokužavanja seoskog stanovništva difteričnim klicama, do latentne imunizacije, pa i to sigurno takodje doprinosi povećanju letaliteta u odnosu na letalitet u gradovima i ostalim našim krajevima.

Poznato je da se slučajevi zaraznog oboljenja manje tačno registruju nego smrtni slučajevi, pa zato za ocenu raširenosti zaraznog oboljenja većinom bolje i tačnije od morbiditeta može da posluži visina mortaliteta. Tako bi se velike razlike u republičkom morbiditetu od ifterije i morbiditetu u gradu Sarajevu (1,75:15,47) mogla pripisati pored ostaloga i većim propustima u registrovanju oboljenja van grada Sarajeva. No znatno viši mortalitet difterije u Sarajevu i pored toga što tu imamo skoro upola manji letalitet (4,85:9,26) nesumnjivo pokazuje da se kada je reč o difteriji u BiH, mora pre svega najozbiljnije prići rešavanju problema difterije u gradu Sarajevu.

Pored toga ovo malo statističkih podataka nam ukazuje na opasnost prodora difterije u nedovoljno prokužena sela i manja mesta, ako se u našim gradovima, a zatim i u selima ne obrati najveća pažnja antidifteričnoj vakcinaciji što većeg kontigenta dece do 8 godina, a naročito one do 3 godine, kada je procenata Schick-pozitivnih, tj. prijemljivih za difteriju najviši, a letalitet najveći.

U kakvom se obliku održava i pojavljuje difterija u gradu pokazuje nam sledeći slučaj jedne epidemije u Materinskom domu u Sarajevu:

Gradski epidemiolog obavestio je 8.3.1949. godine Sanitarnu inspekciju Ministarstva narodnog zdravlja NR BiH da se u Materinskom domu od 14.2.1949. godine javljaju pojedinačna oboljenja difterije, koja i pored preduzetih mera, ne prestaju. Istog dana upućen je epidemiolog sanitarne inspekcije sa zadatkom da utvrdi uzroke postanka i širenja difteričnih oboljenja i preduzme sve potrebne protivepidemijske mere.

Materinski dom predstavlja zatvorenu zaštitnu ustanovu za socijalno ugroženu dojenčad, majke-dojilje i trudnice. U domu žive 43 dojenčeta, 6 majki-dojilja, 16 medicinskih sestara i

11 čistačkog i administrativno-tehničkog osoblja. Prostorije u Materinskom domu rasporedjene su ovako:

1. U podrumu se nalaze kuhinja, magacin i praonica rublja.

2. U prizemlju su smeštene kancelarijske prostorije, trpezarije za osoblje i majke, soba za stanovanje sestara i tehničkog osoblja i prijemna izolaciona soba za dojenčad.

3. Na prvom spratu nalazi se dečije odeljenje sa tri stanice i ambulantom, mlečna kuhinja i dve sobe za izolaciju bolesne dece kao i sumnjive na neko zarazno oboljenje.

4. Na drugom spratu nalaze se stambene sobe za sestre i majke-dojlje, kao i sušiona rublja.

Odeljenje za smeštaj dece na prvom spratu podeljeno je u tri stanice.

U prvoj stanici smeštena su deojenčad stara do 6 meseci. U drugoj od 7-14 meseci, a u trećoj mala deca od 15-24 meseca. Svako dojenče, odnosno dete, pored vlastitog krevetića i potrebne opreme, ima i svoju flašicu, cuclu, tanjiriće, šolju i kašiku, svaki put posle upotrebe pribor za jelo se opere u mlakoj vodi, a posle toga se drži najmanje 10 minuta u ključaloj vodi. Za zdravstveno stanje dece brine se domski lekar. Pre nego što se dojenčad, odnosno dete primi u dom, ono ostaje tri nedelje u prihvatilištu koje se nalazi izvan Doma u gradu. Za to vreme uzimaju se tri puta brisevi iz nosa i guše radi bakteriološkog ispitivanja na prisustvo difteričnih klica, uzima se krv na WR, vrše se rentgenski pregledi pluća, i ako svi ovi pregledi budu negativni, dojenče odnosno dete se upućuje u Materinski dom. Tu se deca opet smeštaju u izolacionu sobu gde ostaju tri nedelje. Ako za to vreme deca ne pokažu nikakve znake zaraznog oboljenja, ona se tek tada smeštaju u dečiju stanicu. Donski lekar vrši svakodnevno pregled dece. Radi otkrivanja eventualnih kliconoša svaka se tri meseca svoj deci, majkama-dojljama, medicinskim sestrama i čistačicama uzimaju brisevi iz guše i nosa na bakteriološko ispitivanje. Svo osoblje Doma je pored toga podvrgnuto rentgenskom pregledu pluća,

bakteriološkom ispitivanju ispljuvka, mokraće i stolice, kao i kožno-veneričnom pregledu.

Rezultati svih pregleda sve do 14.2.1949. godine bili su uvek negativni. Dojenčad i deca Doma bila su besežirana, ali nisu cepljena protiv difterije radi navodno brojnih komplikacija posle besežiranja. Sve posete u dečija odeljenja su strogo zabranjena. Deca se pokazuju roditeljima i rođacima prilikom posete kroz prozor. Osim lekara, medicinskih sestara, majki-dojlja i čistačica, niko od osoblja Doma ne zalazi do dečijih odeljenja.

RASPORED DECE PO STANICAMA

Stanica br. 1.

U ovoj stanici smešteno je 7 dojenčadi stare do 6 meseci. Ove neguju dve sestre, koje rade samo u ovoj stanici. Za negu dojenčadi ovoj su stanici pridodate dve majke-dojlje, od kojih jedna radi u mlečnoj kuhinji, a druga kao čistačica. Brisevi iz guše i nosa uzeti od dojenčadi, majki-dojlja i medicinskih sestara pre i posle 14.2.1949. godine ostali su uvek negativni. U ovoj stanici nije bilo nijednog slučaja difteričnog oboljenja.

Stanica br. 2.

U ovoj stanici bilo je smešteno 15 dojenčadi, stare 6-14 meseci. Decu neguju dve medicinske sestre u dve smene. One rade samo u ovoj stanici, ali spavaju u zajedničkoj sobi sa pridodate dve majke-dojlje. Jedna od ovih radi kao čistačica u drugoj i trećoj stanici, dok druga majka-dojlja čije je dece smešteno u ovoj stanici, koje je prvo u domu obolelo od difterije, pomaže u kuhinji i vrši razne lakše poslove.

Prvi difterični bolesnik otkriven je 14.2.1949. godine u ovoj stanici. Lekar Doma je primetio beličaste naslage na oba krajnika muškog odojčeta, R.M., starog 10 meseci. Istog dana bolesnik je upućen u bolnicu sa dijagnozom difterije. Bakteriološki dijagnoza je potvrđena 16.2. Dojenče je umrlo u

bolnici 26.2. Onog dana, kada je ovo dojenče obolelo, uzeti su brisevi iz guše i nosa sve dojenčadi, majki i čistačica ove stanice i nastavljeno je sa uzimanjem briseva dva puta nedeljno. Iz briseva guše izolovane su difterične klice kod dva lisa i to:

1. L.Z., muško, staro 7 meseci. Bris iz guše uzet 25.2. bio je pozitivan. Dojenče nije pokazivalo nikakve znake bolesti. Izolovano je u bolnici. Posle 6 nedelja vaćeno je u Dom kao bakteriološki zdravo.

2. R.D., žensko, stara 20 godina, majka prvoobolelog R.M. Bris iz guše uzet 8.2. bio je pozitivan posle dva negativna nalaza. Biološki je dokazana virulentnost izolovanih difteričnih klica. Osim navedenih u ovoj stanici nije bilo manifestnih ni sumnjivih difteričnih oboljenja niti utvrđenih kliconoša.

Stanica br. 3.

U ovoj stanici smešteno je 21 dete od 16 do 24 meseca starosti. O deci vode brigu 3 medicinske sestre. Majki-dojilja nema na ovom odeljenju. Ista čistačica iz druge stanice radi i u ovoj stanici. Iz ove stanice hospitalizirana su sledeća lica:

1. M.P., muško, star 16 meseci. Oboleo je 17.2. od zapaljenja oba krajnika bez skrama. Istog dana upućen je u bolnicu. Iz guše su 18.2. izolovane difterične klice. Bolesnik je umro u bolnici 12.3.

2. M.R., žensko, stara 14 meseci, obolela 17.2. i istog dana upućena u bolnicu s dijagnozom rinitis difterika, sutradan laboratorija je javila da su iz nosi i guše ovog bolesnika izolovane difterične klice. Otpuštena je iz bolnice 15.3. kao zdrava.

3. L.D., žensko, stara 17 meseci, obolela 17.2. i istog dana upućena je u bolnicu radi difteričnih naslaga na krajnicima sa dijagnozom difterija. Dijagnoza je bakteriološki utvrđena 21.3. Otpuštena je 15.3. iz bolnice kao zdrava.

4. E.S., žensko, stara 14 meseci, upućena je 19.2. u bolnicu, pošto je laboratorija javila da su iz brisa nosa izolovani difterični bacili. Otputena je kao bakteriološki zdrava, 15.3. sa

primedbom da nikada nije pokazivala subjektivne ni objektivne znake difteričnog oboljenja.

5. M., žensko, stara 23 meseca, upućena je 21.2. u bolnicu radi pojave sluzavo-sukrvičave sekrecije iz nosa. Dva dana kasnije laboratorija je javila da su iz brisa guše i nosa izolovane difterične klice. otpuštena je 20.3. kao zdrava.

6. K.R., muško, star 15 meseci, oboleo je 8.3. od zapaljenja sluzokože desnog oćnog kapka. Upućen je u bolnicu 10.3. pošto je laboratorija javila da su iz brisa sluznice desnog oka izolovane difterične klice. Otpušten je 10.4. kao zdrav.

7. M.G., žensko, stara 18 meseci, obolela je i upućena u bolnicu 8.3. s dijagnozom rinitis sangvinsa. Otpuštena je iz bolnice 10.4. kao zdrava.

8. M.J., žensko, stara 24 meseca, obolela je i upućena u bolnicu 12.3. sa dijagnozom angina difterika. Difterične klice izolovane su 14.3. iz guše. Otpuštena je iz bolnice 15.4.

9. R.F., žensko, stara 15 meseci, bliznakinja M.R. (broj 2), obolela je 14.3. i istog dana upućena u bolnicu radi beličastih naslaga na desnoj tonzili. 16.3. izolovane su difterične klice iz guše. Otpuštena je iz bolnice 16.4.

Skica odeljenja za odojčad i decu

I stanica	II stanica	III stanica
7 dojenčadi do 5 meseci	15 dojenčadi od 6-14 m	21 dojenče od 15-24 m
Nije bilo obolelih ni kliconoša	1 obolelo 2 kliconoše O K K 14 25 8 Februar Mart	8 obolelih 1 kliconoša O O O O K O O O O 17 19 21 8 12 14 Februar Mart

EPIDEMIOLOŠKI PODACI

Kao što je poznato kod difterije je jedini izvor zaraze bolesnik ili kliconoša. Infekcija se širi najčešće kapljičnim putem, ali je mogućna i posredstvom zagađenih predmeta iz blizine bolesnika, naročito preko pribora za jelo i piće, igraćaka, posteljnih stvari, peškira, džepnih maramica i svih predmeta na koje padaju kapljice iz usta i nosa bolesnika ili kliconoša. Mleko i mlečni proizvodi mogu služiti kao putevi prenosa difterije, ako ih zagađi kliconoša, ili redje bolesnik. Za razliku od zapadnih zemalja, kod nas mleko nije nikada optuženo kao put širenja difteričnih klica, pošto naš narod vrlo retko uživa nekuvano mleko. Materinski dom dobiva mleko od državnog poljoprivrednog dobra. Svakog meseca mleko je slato na bakteriološki pregled. Po pojavi epidemije uzeti su brisevi iz guše i nosa šestorice lica, koja su se bavila mužom i transportom mleka. Svi ovi brisevi bili su negativni. Sve do pojave prvog slučaja u domu. Ovi su uvek ostali negativni. Novoprimitljena deca, sestre i majke-dojilje prolazile su kroz dva karantina od po tri nedelje prije nego što bi dospeli u dečiju stanicu. To je do februara onemogućilo unošenje zaraznih oboljenja u dom. Osim jedne dojlje, inače majke proobolelog odojčeta, niko od sestara, majki i čistačica nije napuštao dom na petnaest dana pre pojave prvog slučaja difterije. Međutim, majka dojenčeta R.M., koji je prvi oboleo u domu 14.2., bila je na bolovanju od 9.2. do 15.2. radi glavobolje, temperature i bolova u guši. Lekar socijalnog osiguranja utvrdio je da ima influencu. Za to vreme bilo joj je zabranjeno da radi u stanici, a ležala je u jednoj posebnoj sobi na drugom spratu. U anamnezi navodi da je od zaraznih bolesti preležala samo male boginje. posle obolenja njenog deteta uzet joj je bris iz guše i nosa 19.2., 26.2. i 8.3. Jedino poslednji bris iz guše dao je pozitivan rezultat sa potvrdom o virulentnosti difteričnih klica dokazanom biološkim putem. Upravnica doma nam je izjavila da je 8.2. posle podne našla ovu majku kako sedi na krevetu svoga deteta i drži ga u naručju bez maske na licu. To nam je priznala i sama

majka, navodeći da je to radila kada je god mogla, čak i za vreme svoje bolesti, i ako joj je to bilo strogo zabranjeno. Bez sumnje je ova majka unela difteriju u dom, pošto su svi bakteriološki nalazi birseva uzetih kod osoblja ispadali uvek negativni sve do njenog prvog pozitivnog. Njeno bolovanje, skopčano izmedju ostalog bolovima u guši, smatramo da je bilo difterične prirode, koje nije bilo dijagnosticirano klinički niti bakteriološki sve do 8.3.

Što se difterija nije proširila na ostalu dojenčad druge stanice osim još jednog nastalog kliconoše, ima se zahvaliti činjenici, što je svako dete bilo smešteno u posebni krevet i svakako uzrastu ove dece od 6 do 14 meseci, koja redje oboljevaju od difterije nego starija deca radi donekle još postojećeg pasivnog imuniteta nasledjenog od majke.

Dojenče L.Z., kod kojeg su jedino izolovane iz brisa guše difterične klice, ležalo je u susednom krevetu, udaljenom tri metra od kreveta obolelog R.M.

Posmatrali smo kako je čistačica, dok je spremala oba kreveta, ostavila na isto mesto pokrivače i jastučice oba kreveta i kako je jastučić dojenčeta R.M. stavila u krevetić dojenčeta L.Z. nije isključena mogućnost da se na ovaj način ili usled slične greške inficiralo drugo dojenče u ovoj stanici i postalo kliconoša. Anketiranje, koje smo kombinirali detaljnim posmatranjem života u domu, nije nam sve do trećeg dana moglo objasniti zašto je došlo do masovnog oboljenja u trećoj stanici, u kojoj je obolelo osam dojenčadi sa jednim kliconošom od 21 ležećih dojenčadi (38% obolelih).

Svako dojenče ležalo je u svom krevetiću i osim čistačice nije bilo nikakve druge veze izmedju njih. Zagonetka nam je odmah bila jasna, kada smo trećeg dana našega anketiranja u popodnevne časove došli u treću stanicu i zatekli svu decu zajedno kako se igraju u drvenoj ogradići 5x5 m u koju je čistačica, bez znanja lekara, baš u toku sprovođenja protivepidemijskih mera, svakodnevno mešala decu i puštala ih da se igraju po jedan sat dnevno. Tako se difterija od obolele dece i kliconoša širi na zdravu decu pre nego što su bolesnici ili

kliconoše otkriveni ili izolovani. ulogu prenosioca difteričnih klica sa druge stanice u treću mogla je odigrati jedino čistačica, koja je radila u drugoj i trećoj stanici i bila jedina spona između obe stanice. U drugoj stanici, gde su ležala deca od 6 do 14 meseci starosti, nije bilo drvene ograde niti mešanja dece u zajedničkoj igri. Taj momenat je, po našem mišljenju, mnogo doprineo što je u drugoj stanici obolelo samo jedno odojče, a drugo postalo kliconoša (6,6% obolelih), uzevši u obzir i uzrast, jer je poznato da je difterija uzmimo oboljenje kod dojenčadi do 6 meseci, dosta retko 6 do 12 meseci, često od 1 do 2 godine, a najčešće između 2 do 6 godina života. Od 14.3.1949. godine preduzete su u domu sledeće protivepidemijske mere:

1. Sva deca i odrasli su svakodnevno pregledani od lekara, a sumnjivi i oboleli odmah izolovani u bolnicu.

2. Svakom detetu, majci-dojilji i osoblju su dva puta nedeljno uzimani brisevi iz guše i nosa radi bakteriološkog pregleda. Majka kliconoša udaljena je iz doma.

3. U stanicama je izvršena formalinska dezinfekcija, a potom svakodnevna tekuća dezinfekcija patosa i krevetića sa priborom.

4. Zabranjeno je unošenje i upotreba dečijih igračaka.

5. Pooštren je nadzor nad osobljem u obaveznom nošenju maske na licu.

6. Pred stanice je stavljen lavor sa 3% rastvorom lizola za pranje ruku.

7. Od 1.3. svakodnevno je u grlo i nos sve dece uprsavljano po 60.000 jedinica penicilina, ali je ova mera 8.3. ukinuta.

8. Sirovo mleko je svake nedelje upućivano na bakteriološki pregled.

9. Pooštren je nadzor nad čistoćom u domu i izvršene su neke higijensko-sanitarne mere (novi razmeštaj soba za pomoćno osoblje, poseban hodnik za prolaz dece i odraslih, itd.).

Po dolasku epidemiologa sanitarne inspekcije 8.3. izvršene su još sledeće mere:

1. Deci starijoj od 6 meseci dato je po 1.000 A.J. antidifteričnog seruma.

2. završeno je aktivno cepljenje Dialpanom dece starije od 6 meseci.

3. U svakoj stanici je postavljeno stalno osoblje.

4. zabranjena je upotreba drvene ograde, a sestre upućene da vrše permanentan nadzor nad radom čistačica.

5. Naredjeno je da se i domskom lekaru uzme bris guše i nosa.

6. Pooštren je zdravstveno-prosvetni rad sa osobljem koje je upućeno o načinu postanka i širenja difterije.

Posle ovako sprovedenih mera poslednji slučaj difterije pojavio se je 14.3. Deset dana kasnije izvršena je završna dezinfekcija svih prostorija doma.

Kod opisane epidemije potrebno je naročito ukazati na tri faktora koja su omogućila pojavu i širenje epidemije:

1. Nezaštićenost dečijeg kolektiva od difterije usled neizvršene imunizacije.

2. Pogrešno postavljena dijagnoza oboljenja majke-dojilje Influenca umesto difterija.

3. Nedovoljan rad na zdravstveno-higijenskom prosvetivanju pomoćnog osoblja.

Ad 1) Brobu protiv difterije kao i protiv ostalih dečijih zaraznih bolesti baziramo na dva principa:

a) povećanje otpornosti dečijeg organizma stvaranjem endogene barijere protiv zaraznih klica već prodrlih u organizam,

b) sprečavanje prodora zaraznih klica u dečiji organizam stvarajući na taj način egzogenu barijeru. Ovu polučujemo brzim otkrivanjem bolesnika i kliconoša, njihovom brзом izolacijom, preduzimanjem odgovarajućih dezinfekcionih mera, sprečavanjem kontakta dece sa osobljem koje nije kontrolisano na kliconoštvo, obaveznom nošenjem ispravnih i dobro načinjenih maski za sav medicinski i pomoćni personal, redovnim vetrenjem prostorija i regulisanjem temperature u

njima, omogućavanjem deci da borave na slobodnom vazduhu, ukratko uzornim odžavanjem kako lične tako i higijene svih prostorija.

Endogenu barijeru postižemo pružanjem deci hrane odgovarajućeg kvantiteta i kvaliteta, naročito bogate u vitaminu A i C, od kojih naročito prvi igra važnu ulogu u profilaksi oboljenja organa za disanje. Održavanjem ispravnih higijensko-sanitarnih uslova u dečijim ustanovama pojačavamo kako egzogenu tako i endogenu barijeru. Otpornost organizma protiv kapljičnih infekcija postižemo najefikasnije stvaranjem aktivnog specifičnog imuniteta. Kod difterije sve mere preduzete da spreče put difteričnih klica od izvora zaraze do osjetljivog organizma ne mogu garantovati pun uspeh, jer se radi o kapljičnij infekciji. Zato su te mere od drugog stepena važnosti i one samo upotpunjuju jedino, efikasnu aktivnu imunizaciju Ramonovim anatoksinom. Radi toga je kod nas zakonom uvedena obavezna vakcinacija dece protiv difterije od 1-8 godine života. Dojenčad od 6 meseci do 1 godine života se obavezno vakcinišu samo ako su smeštena u zatvorenim dečijim kolektivima (materinski dom, jasle, obdaništa).

Dokazano je da sva deca vakcinisana jednom injekcijom ne reaguju uvek stvaranjem imuniteta. oko 10% vakcinisane dece samo jednom injekcijom ne stvaraju imunitet. no eksperimentalno je dokazano da i ta deca, posle druge injekcije, date tri nedelje posle prve, reaguju stvaranjem antitoksina u krvi. Količina antitoksina u krvi ostaje na odredjenoj visini od tri meseca posle vakcinacije, a zatim počne postepeno padati (A.I. Dobrohotova cit. po Kovriginoj). Imunizaciona doza za decu do 9 godina starosti iznosi 60 antigenih jedinica anatoksina. Dobar nativni anatoksin treba da ima u 1 kom. najmanje 20 antigenih jedinica anatoksina. kod nas se vrši potpuno cepljenje protiv difterije ili trostrukim potkožnim ubrizgavanjem anatoksina ili dvostrukim potkožnim ubrizgavanjem precipitiranog anatoksina (Diapana).

Ad. 2) Nigde nije toliko važno motriti na oboljenje osoblja kao u dečijim kolektivima. Da je majka-dojilja bila

pregledana i od domskog lekara, ne bi bilo febrilno oboljenje, praćeno izmedju ostalog i bolovima u guši, oglase ga za influencu. U tom slučaju bio bi uzet bris iz guše bolesnice jer je vrlo dobro poznato da difterični bacili izazivaju ponekada zapaljenje krajnika, koji se ne razlikuju od onih izazvanih drugim patogenim mikroorganizmima. Ni lekar socijalnog osiguranja verovatno ne bi tako olako postavio dijagnozu influence, da je pitao za zanimanje majke-dojilje. Iz gornjega dolazimo do poučnog zaključka da sve osoblje, koje radi u dečijim kolektivima, mora biti podvrgnuto zdravstvenom nadzoru lekara dotične ustanove.

Ad. 3) Neophodno je potrebno stalno raditi na stručnom i higijensko-prosvetnom uzdizanju kako stručnog tako i pomoćnog personala dečijih ustanova. Ako se pojavi neko zarazno oboljenje, nužno je rastumačiti pojedine karakteristične znakove po kojima se oboljenje poznaje, kako je i na koji način unešeno, kakve sve mjere treba preduzeti da se spreči dalje širenje i zainteresovati svako lice u čemu se sastoji njegova dužnost u borbi protiv pojave ili u likvidaciji toga i sličnog oboljenja.

Samo stalnim kontrolisanjem higijensko-sanitarnih mera i proveravanjem njihovog izvršenja u svako doba dana i noći, lekari će moći uočiti nedostatke i na vreme ih otklanjati.

ZAKLJUČAK

1. U materinskom domu, gde su prema dobnoj starosti smeštena dojenčad u tri stanice, pojavio se prvi slučaj difterije 14.2.1949. godine u drugoj stanici. Sistematskim bakteriološkim pregledom briseva iz nosa i guše sve dojenčadi i osoblja pronađene su u ovoj stanici dve kliconoše, od kojih je jedno dojenče i jedna majka-dojilja. Preko zajedničke čistačice za drugu i treću stanicu gde je od 17.2. do 14.3. izolovano 4 dece od difterične angine, 3 od difteričnog rinita, 1 od difteričnog konjuktivita, a otkriven je samo 1 kliconoša.

2. Difteriju je unela u dom majka-dojilja, koja je najpre zarazila svoje dete. Nekontrolisana od lekara materinskog doma nego od lekara socijalnog osiguranja, tretirana je pogršno kao influenza, a ne kao difterija, što je dokazano naknadnim izolovanjem difteričnih klica iz guše. usled pogrešne dijagnoze bolesnika nije izolovana u bolnicu.

3. Širenju difterije u domu pogodovao je i u prvom redu nedostatak aktivnog imuniteta dece protiv difterije, usled neizvršene ramonizacije, nedovoljno higijensko-epidemiološkog znanja pomoćnog osoblja o načinu kako nastaje, kako se širi i o važnosti mera, koje treba preduzeti protiv difterije.

4. Otkrivanjem grešaka kod pomoćnog osoblja, koje je omogućilo širenje difterije u trećoj stanici, brzo je likvidirana epidemija difterije.

5. Da bi sprečili širenje difterije u dečijim kolektivima, obavezno je potrebno izvršiti aktivnu imunizaciju dece protiv difterije, u što većem procentu, obaviti kontrolu na kliconoštvu sveg osoblja, raditi na podizanju svih faktora koji pojačavaju endogenu i egzogenu barijeru protiv dečijih zaraza, uporno delovati na higijensko-zdravstveno uzdizanje stručnog i pomoćnog osoblja kao i njihovo zdravstveno kontrolisanje od lekara dečijih ustanova.

6. Opisana epidemija kao i visoki morbiditet, a naročito mortalitet difterije u Sarajevu pokazuju postojanje opasnosti prodora difterije u nedovoljno prokužena mesta i sela, ako se u našim gradovima, a zatim i u selima ne obrati najveća pažnja antidifteričnoj vakcinaciji što većeg kontigenta dece, naročito od 1 do 8 godine života, a u zatvorenim dečijim kolektivima od 6 meseci nadalje.

POJAVA PEGAVOG TIFUSA U VEZI SA BRILL-OVOM BOLEŠĆU I DVA SLUČAJA BRILL-OVE BOLESTI U SREZU ŽIČKOM

Dr Čedomir Veličković i dr Borislav Sretenović

Otkako je Murray uz saradnju sa našim zdravstvenim radnicima, otkrio 1950. godine 26 slučajeva takozvane Brill-ove bolesti u Bosni bilo je jasno da ove bolesti ima i kod nas, samo je treba tražiti i laboratorijski dokazati. Razumljivo je da je posle ovoga silno poraslo interesovanje za ovu bolest i u poslednje vreme se sa svih strana u našoj zemlji javlja o njenom otkrivanju, što nije teško objasniti s obzirom na raniju prokuženost naših krajeva klasičnim pegavcem. Zbog toga i mi želimo da prikazemo dva slučaja Brill-ove bolesti, naročito i zbog toga što smatramo da je u jednom slučaju Brill-ova bolest bila izvor zaraze za dva slučaja klasičnog pegvca.

Brill je 1910. godine u Njujorku zapazio kod 255 bolesnika, mahom doseljenika iz Rusije i Poljske, bolest koja je