

БРУЦЕЛОЗА - ДИЈАГНОСТИЧКЕ ДИЛЕМЕ - ПРИКАЗ БОЛЕСНИКА

Биљана БОЈИЋ¹, Милица ВУЈОШЕВИЋ¹, Светлана НИКОЛИЋ¹, Олга ДУЛОВИЋ¹,
Јелица ГРЕБЕНАРЕВИЋ¹, Зоран МИЛИНКОВИЋ², Јасна ГВОЗДЕНОВИЋ¹

1. Институт за инфективне и тропске болести Клиничког центра Србије, Београд; 2. Институт за ортопедију и трауматологију “Бањица”, Београд

КРАТАК САДРЖАЈ: Приказан је ток и исход болести студенткиње, старе 20 година, из Београда, која је примљена на лечење у Институт за инфективне и тропске болести у Београду, са симптомима продуженог фебрилног стања, праћеног боловима у мишићима, боловима дуж кичменог стуба, отежаним ходом, уз јаку главобољу и изразиту малаксалост. Током клиничких испитивања констатован је обострани сакроилеитис. Серолошким анализама потврђено је да је реч о бруцелози, а према епидемиолошким подацима, сазнало се да је болесница током јесени 1997. године боравила у Урошевцу (Косово и Метохија), конзумирала млечне производе од домаћих животиња, при чему је, највероватније и стекла инфекцију. Примењена антибиотска терапија (аминогликозидни лекови, доксициклин, рифадин), уз одговарајућу симптомску и физикалну терапију, довела је до повољног тока и исхода, без појаве рецидива болести. Указујемо на значај циљаних микробиолошких испитивања код болесника с фебрилним стањима нејасне етиологије, нарочито уколико постоји и клиничка симптоматологија компатибилна с бруцелозом. То је и био случај код наше болеснице код које је сакроилеитис био компликација болести. С обзиром на нашу епидемиолошку ситуацију, постоји могућност да се ови болесници чешће сретну у свакодневној лекарској пракси.

Кључне речи: фебрилно стање нејасне етиологије, сакроилеитис, бруцелоза. (СРП АРХ ЦЕЛОК ЛЕК).

Бруцелоза је инфективна болест из групе антропозооноза, узрокована бактеријама рода бруцела. Човек се инфицира у контакту са животињама или производима животиња. У акутној фази се манифестује као фебрилно обољење, праћено мијалгијама и артралгијама, а у хроничној као обољење појединих органа. Код животиња је бруцелоза хронична инфекција, праћена абортусима и стерилитетом [1-4].

Ова инфективна болест била је позната од давнина, а најзначајнија открића у вези с њом настала су у другој половини XIX века, када ју је први пут описао енглески војни лекар Мартсон, 1859. године. Тих година била је позната под разним синонимима, као “медитеранска грозница”, “малтска грозница”, “ундулантна грозница”. Давид Брус је 1887. године изоловао бактерије из слезине умрлих болесника, те према имену овог истраживача добијају назив “бруцеле”.

Бруцеле су мали, грам-негативни кокобацили. Од шест врста ових бацила, четири су значајне за патологију човека: *B. melitensis*, *B. abortus*, *B. suis* и *B. canis*, док две, *B. ovis* и *B. neotome*, немају значај за хуману медицину. Резервоар инфекције су домаће животиње (овце, козе, свиње и пси), а оболевају такође и дивље животиње [1-6].

Најчешћи пут инфекције је алиментаран, потом контактни, ретко аерогени; инфекције у лабораторијама такође се повремено дешавају [4-11].

Бруцеле су факултативно интрацелулни микроорганизми, са способношћу преживљавања и размножавања у фагоцитима и другим ћелијама, укључујући и еритроците. Поседују факторе вируленције који им омогућају да избегну механизме имунолошке одбране домаћина.

После уношења у организам, бактерије се размножавају у регионалним лимфним жлездама, потом на-

стаје хематогена дисеминација и размножавање у фагоцитима. Способност бактерије да преживи у фагоцитима потпомогнута је стварањем аденин-монофосфата и гуанозин-монофосфата, који супримишу систем мијелопреоксидазе у неутрофилним леукоцитима, фактор који инхибише фузију фагозома-лизозома у макрофагним ћелијама и стварање супероксид-дизмутазе. Ефикасни имунски одговор је условљен ћелијама, одвија се ангажовањем ћелија *T* да луче цитокине што активирају бактерицидне механизме макрофагних ћелија и привлаче инфламационе ћелије да формирају грануломе [8, 9].

Бруцелоза је распрострањена свуда у свету, али се најчешће среће у земљама Медитерана. Клинички се манифестује као системска инфекција. После инкубације од 2 до 4 недеље или више месеци, почетак болести може бити акутан или постепен и одликује га незнатан физикални налаз, уз бројне субјективне тегобе. Често симптоми могу имитирати друге болести, као туберкулозу, токсоплазмозу, инфективну мононуклеозу, хепатитис, системски лупус еритематодес, трбушни тифус и др. Када доминирају симптоми-знаци једног органа, говори се о локализованим облицима болести. Када болест траје више од 12 месеци, реч је о хроничној бруцелози. Код болесника се могу јавити рецидиви болести или перзистентне фокусне инфекције.

Компликације су честе у бруцелози: у систему гастроинтестинаума код 50-75 посто болесника; остеоартрикуларне код 20-40 посто, а према неким ауторима и до 85 посто, зависно од типа бактерије и области из које потиче болесник; спондилитис код 10-15 посто; сакроилеитис код 10-20 посто [10-18].

Сакроилеитис се чешће среће код младих особа и у случајевима када је инфекција изазвана бацилом *B. melitensis*.

Приказ болесника

Болесница, стара 20 година, студент из Београда, примљена је у Институт за инфективне и тропске болести у Београду 13.1.1998. године. Разболела се децембра месеца 1997. године с повишеном температуром тела до 39°C, боловима дуж кичменог стуба, боловима у слабинским и глутеусним пределима, с отежаним ходом.

У личној анамнези, податак да је од раног детињства боловала од идиопатске тромбоцитопеније и повремено лечена кортикостероидним лековима (метилпреднизолоном), као и онковином. Пре почетка ове болести број тромбоцити се кретао око 60×10^9 .

На дан 8.1.1998. године, примљена је у Институт за неурологију клиничког центра Србије у Београду, где је лечена до 13.1.1998. године, када је преведена у нашу установу. При пријему у Институт за неурологију, констатовано је да је болесница свесна, оријентисана, адинамична, брадисихична, назначене слабости обе ноге (отежан ход), тетивни рефлекси на доњим екстремитетима ослабљени, Лазаревићев знак обострано позитиван, до 60-70 степени, церебеларни знаци негативни. Кичмени стуб болно осетљив у вратном и лумбосакралном делу, уз спазме паравертебралне мускулатуре дуж целог кичменог стуба. Извршена је лумбална пункција, добијена бистра цереброспинална течност (протеини 3 g/L, гликоза 2,7 mmol/L, елементи хелија 137 mL); цитохемијски налаз је протумачен да одговара трансверзалном мијелитису. У једној хемокултури изолован је стафилококус ауреус и болесница је под сумњом да је у питању бактеријска сепса, преведена у нашу установу.

Клиничко-лабораторијске анализе током лечења у Институту за неурологију: седиментација еритроцита = 110; $Le = 11,1 \times 10^9$; $Hgb = 83$; $Er = 3,02 \times 10^{12}$; $urea = 10,8$ mmol/L; креатинин = 88 mmol/L; билирубин (укуп.) = 36,1 mmol/L; билрубин (дир.) = 14,5 mmol/L; протеини = 55 g/L; $Na = 136$; $K = 3,9$; $Cl = 94$; $Ca = 1,95$; LDH и CPK у границама нормалних опсега; $PT = 36$; $PTT = 15,3$. Болесница фебрилна, са скоковима температуре тела до 39,5°C; констатована уринарна инфекција, нативан рендгенограм уротракта: налаз нормалан. Због промена у крвној слици консултован хематолог који је констатово да је реч о секундарној анемији, с реактивном тромбоцитозом и леукоцитозом на рачун неутрофилих леукоцита, као последици акутне инфекције. Тих дана болесница под антибиотском терапијом (цефотаксим $2 \times 2,0$ g, i. v., амикацин 1,0 g, i. v.). Под сумњом да је у питању бактеријска сепса преводи се у нашу установу.



СЛИКА 1. Рендгенограм сакроилијачних зглобова 4.02.1998. год. На начињеним снимцима, обострано, више лево, скоро у потпуности збрисан простор сакроилијачних зглобова, ирегуларних контура, са склеротичном реакцијом околних структура кости. Промене одговарају сакроилеитису.

FIGURE 1. Radiograph of the sacroiliac joints 4 February 1998. Bilateral, more in the left, almost in completely erased joint space with irregular sclerotic reaction of surrounding bone structures. This findings corresponding to sacroileitis.

На инсистирању да се сазнају што тачнији подаци о ретању болеснице, добили смо накнадно податак да је болесница боравила код рођака у Урошевцу (Косово и Метохија) током јесени 1997. године, при чему је била у контакту с домаћим животињама и притом је конзумирала млечне производе.

На дан пријема у одељење, 13.1.1998. године, болесница је упадљиво бледа, адинамична, интоксигирана, дехидрирана, не може да стоји и ходи, с напором се покреће у постељи, фебрилна. Кожа чиста, бледа, доступне лимфне жлезде нису увећане. На плућима физикални налаз нормалан, на срцу благ систолни шум над Ербом, уз ритмичну акцију срца, $TA 110/60$ mmHg, пулс око 100/min. Слезина и јетра се палпирају за око 2 cm под ребарним луком. Екстремитети су без отока и видљивих деформитета. У неуролошком налазу констатује се назанчен Кернигов знак, Лазаревићев знак, обострано позитиван.

Резултати лабораторијских анализа: седиментација еритроцита и даље убрзана, око 100; леукоцитоза као тромбоцитоза (тромбоцити око 700×10^9). Остале анализе: *urea*, гликемија, *K*, *Na*, трансаминазе, све у границама нормалних опсега. Повишени су нивои фибриногена (5,8) и имуноглобулина G. Рендгенограм плућа = налаз нормалан; ултрасонографија срца = налаз нормалан; ултрасонографија трбуха = јетра увећана до 13,7 cm, слезина до 11,6 cm, без фокусних промена. Рендгенограм торакалног и лумбо-сакралног дела кичмог стуба = налаз нормалан. Нуклеарна магнетска резонанција торакалног и лумбо-сакралног дела кичменог стуба = налаз нормалан. Рендгенограм сакроилијачних зглобова = на начињеним снимцима, обострано, више лево, скоро у потпуности збрисан простор сакроилијачних зглобова, ирегуларних контура, са склеротичном реакцијом околних структура кости (4.2.1998. године). Рендгенолог је саветовао сцинтиграфију, као допунско испитивање, што, нажалост, у то време није могло бити обављено из техничких разлога. Електронеуромиографским испитивањима констатована је блага хронична лезија корена L5, лево и хронична лезија корена S1, десно, као и јака хронична лезија S1, лево. Нису нађени знаци полинеуропатије (др Трикић). Хемокултуре стерилне. Налаз консултант ортопеда (9.2.1998. године): Постоје клинички и рендгенски знаци сакроилеитиса лево и десно. Неопходно је да се настави с применом антибиотских лекова, уз имобилизацију мидером за растеређење, типа "ломбакс", или гипсаним лумбостатом. Ограничити оптерећење и ход; мировање у постељи. Контролни преглед за три недеље; у случају одржавања тегоба или егзацербације, размотриће се и операционо лечење. Контролни преглед после три недеље: запажају се клинички и лабораторијски знаци смиривања; неопходна је даља имобилизација лумбостатом, уз антибиотску терапију. Следећи контролни преглед ортопеда обављен је 3.4.1998. године: констатује се даље клиничко смиривање. Потребно је наставити антибиотску терапију, уз одговарајућу физикалну терапију (јачање мускулатуре трбуха, екстензора трупа), вежбе респирационе мускулатуре, јачање мишића квадрицепса, обострано.

Спровели смо серолошко испитивање на бруцелозу (тест аглутинације) и добили позитивне налазе у растућем титру: I 1/20, II 1/40 и III 1/80. Узорци су узимани на 2-3 недеље, почев од 14.2.1998. године.

После добијања позитивних епидемиолошких података и позитивних резултата серолошких тестова на бруцеле, антибиотска терапија је прилагођена (доксикалин плус рифадин, гарамисин плус рифадин, бактрим плус рифадин), потом рифадин 600 mg, као монотерапија. Антибиотска терапија је спроведена укупно шест месеци, односно до клиничког и рендгенолошког смиривања процеса у пределу сакроилијачних зглобова болеснице.

Исход болести је био добар, рецидива није било. Крајем хоспитализације, априла 1998. године, настаје нормализо-

вање свих лабораторијских налаза, сем тромбоцитопеније, с којом је болесница од детињства. На контролном рендгенском снимку сакроилијачних зглобова (октобар 1998. године) дошло је до санације процеса на раније захваћеним зглобовима.

ДИСКУСИЈА

Бруцелоза може имитирати велики број обољења с повишеном температуром тела, мијалгијама, артралгијама, компликацијама у пределу коштаног зглобног система. Лабораторијска испитивања, уколико нису циљана, неће бити од велике помоћи. Седиментација еритроцита је обично убрзана; затим, леукоцитоза или леукопенија, хипохромна анемија, трансминазе могу бити повишених нивоа, повећане су концентрације алкалне фосфатазе, гама-глутамил-трансферазе (*GGT*), фибриногена, док број тромбоцита може бити смањен [1-7].

Од помоћи су детаљне епидемиолошке анкете и циљана микробиолошка испитивања: покушај изолације бактерије из узорак крви, као и другог материјала болесника (пус зглоба). Покушај изолације бруцела је дуг процес и повезан с опасношћу од лабораторијских инфекција ако се не обавља у добро опремљеним лабораторијама. Примена нових бактериолошких техника (*Bactek*) омогућава брзо добијање позитивних налаза, за око 7 дана [4-7].

За брзу дијагностику су од највећег значаја резултати серолошких реакција, класичне реакције аглутинације, као и тест *ELISA* (*IgM*, *IgG*). Резултати серолошких реакција могу бити негативни код болесника с позитивним бактериолошким налазима [19]. Код наше болеснице нивои титрова у тесту аглутинације били су ниски, али су били растући (1/20, 1/40, 1/80).

Компликације у бруцелози су честе и могу се односити на било који орган: тако могу настати остеомијелитис, лимфоцитни менингитис, пнеумонија, апсцес плућа. Уколико настане ендокардитис могућ је смртни исход [1, 4].

Код наше болеснице је била у питању остеоартикуларна болест, као компликација бруцелозе, која је једна од најчешћих компликација у току ове инфекције и може чинити велике диференцијално-дијагностичке тешкоће у односу према другим узрочницима остео-артикуларних обољења. С обзиром на промене у ликвору, које су констатоване почетком болести, лимфоцитни менингитис долази у обзир као могућа компликација бруцелозе.

Сакроилеитис, као једна од најчешћих остеоартикуларних компликација у бруцелози, среће се у процентима од 10 до 85, зависно од типа бруцеле и региона из којег потиче болесник. Остале остеоартикуларне компликације обухватају бурзитис, остеомијелитис, спондилитис. Спондилитис је чешћи код одраслих особа и може бити праћен знатним неуролошким поремећајима [10].

Муса (*Mousa*) и сарадници [11] су међу 452 болесника констатовали сакроилеитис код 20 посто, а Катиб (*Katheeb*) и сарадници [12] код 26 посто. Колмеро (*Colmmero*) и сарадници [13], међу 263 болесника констатују сакроилеитис код 45 посто. Према дру-

гим ауторима сакроилеитис може бити и чешћи, и до код 85 посто болесника, што је одлика код деце и млађих особа [14-18].

Код наше болеснице био је билатерални сакроилеитис, мада се напомиње да је чешћи унилатерални облик. Сакроилеитис се манифестује акутно, уз јаке болове, који се тешко локализују, јављају се у пределу доњег дела леђа, као и у пределима глутеуса, а при томе болесник отежано стоји усправно и отежано ходи. На основу оваквих налаза тачна дијагноза се теже поставља, што је и био случај код наше болеснице.

Најчешћи радиолошки налаз у сакроилеитису су нејасне ивице површина зглобова и проширеност сакроилијачног простора. Рендгенолошки налаз може бити негативан и поред тога што је реч о сакроилеитису. Примена прецизнијих метода, као што су нуклерна магнетска резонанција и сцинтиграфија, омогућава добијање позитивних налаза код 90 посто болесника [14-18].

Избор антибиотских лекова за лечење бруцелозе није једноставан, као ни одређивање трајања лечења. Неопходна је примена антибиотских лекова, који су ниских минималних инхибиционих концентрација према бруцелама и који добро прелазе у ћелије, с обзиром да је речи о узрочницима који су у ћелијама. Примена тетрациклина и аминогликозидних лекова у асоцијацији фаворизују бољи прелазак лекова у ћелије.

Од 1986. године, Светска здравствена организација је препоручила за лечење бруцелозе некомплицованих облика примену доксициклина и рифампицина у трајању од шест недеља. Ефикасна је такође и примена стрептомицина и доксициклина. Ако се користи антибиотски лек као монотерапија, могући су рецидиви болести код 5-40 посто болесника [3, 4, 20, 21].

Рифампицин показује добру антибактеријску активност према бруцелама (*in vitro* је *MIC* 2,5 *mcg/mL* за 90 посто бактерија), добро прелазе у ћелије без модификације његовог ефекта. Може се применити и као монотерапија с добрим успехом, али при томе могу настати рецидиви болести. Примењује се најчешће у асоцијацији с доксициклином. Препоручује се примена у дневној дози 600-900 *mg*, за одрасле особе, уз 200 *mg* доксициклина дневно [20, 21].

Комбинација доксициклин-стрептомицин (200 *mg* доксициклина дневно, у току шест недеља, стрептомицин 1,0 *g* дневно, у току две недеље), примењивана је као лек избора за бруцелозу више година, али су се и током ове терапије дешавали рецидиви болести и до код пет посто болесника. У новије време стрептомицин замењују аминогликозидни лекови других врста (гентамицин, тобрамицин), који такође испољавају добар антибактеријски ефекат према бруцелама и с мање нежељених дејстава, као и могућност примењивања једном дневно. Аминогликозидни лекови се примењују обично у току две недеље и почетком лечења, испољавају добар бактерицидни ефекат [1, 3, 4, 21].

За лечење деце испод 10 година старости, као и трудница, примењује се комбинација триметоприм-

BRUCELLOSIS - DIAGNOSTIC DILLEMA (CASE REPORT)

B. BOJITSH, M. VUJOSHEVITSH, S. NIKOLITSH, O. DULOVITSH, J. GREBENAREVITSH,
Z. MILINKOVITSH, J. GVOZDENOVITSH

1. Institute of Infectious and Tropical Diseases, Belgrade;
2. Banjica Institute of Orthopaedic and Traumatic Surgery, Belgrade

The authors present a case of a 20-year old student from Belgrade, who was admitted to the Institute of Infectious Diseases with fever, muscle and spine pains, strong headache and malice. During the clinical examination bilateral sacroileitis was found. Serological analyses confirmed brucellosis. Epidemiological data showed that she lived in Kosovo and Metohia in 1997, where she consumed dairy products from domestic animals; this might be the reason of the acquired infection. With appropriate antibiotic therapy (aminoglycoside, doxycyclin, rifampicin), symptomatic therapy and rehabilitation the disease had favourable outcome; there was no recidive. The authors point out the importance of specific microbiological examinations of patients with fever of unknown origin, especially if the patient has the

symptoms that are compatible with brucellosis. In our case it was sacroileitis, as a characteristic complication. As brucellosis is endemic in some parts of our country, there is always a possibility of brucellosis in general medical practice.

Key words: Brucellosis, sacroileitis. (SRP ASRH CELOK LEK).

BILJANA BOJIĆ
Institut za infektivne i tropske bolesti
11 000 Beograd

сулфаметоксазол, у дози 10-20 mg/kg, рифампицин, у дози 15-20 mg/kg, у току 3-4 недеље. Уколико се код деце примени и гентамицин током првих дана лечења, трајање лечења се скраћује, а број рецидива болести је знатно мањи.

Примена азитромицина и нових генерација хинолона показала је добар успех *in vitro*. Међутим, за резултате примене *in vivo* нема још дефинитивних мишљења. За лечење трудница се најчешће користи рифампицин, а интерфероном је постигнут добар успех у лечењу хроничних облика бруцелозе [3, 4, 22, 23].

Наша болесница је током првих 10 дана у Институту за неурологију лечена цефотаксимом, 2 × 2 g, *i. v.*, као и амикацином, 1,0 g, *i. v.* Током примене ових лекова стање болеснице је и даље било тешко, температуре тела су биле високе. Прве две недеље хоспитализације у нашој установи лечење је настављено ванкогалом, 2 × 1 g, *i. v.*, због сумње да је реч о стафилококној сепси (до добијања негативних резултата хемокултура). Када се посумњало да је у питању сакроилеитис у току бруцелозе, лечење је настављено гарамацином, у дози 160 mg, једном дневно, *i. v.*, уз доксициклин, 2 × 100 mg, *p. o.*, у току три недеље, а потом доксициклином, у истој дози, уз рифадин, 600 mg, дневно, још 45 дана.

Касније је терапија настављена рифадином, као монотерапијом, уз контролно испитивање функције јетре, све време лечења (6 месеци). Исход болести је био добар: настала је потпуна санација промена на зглобовима, рецидиви болести се нису јавили.

Профилактика бруцелозе спроводи се применом одговарајућих хигијенских мера приликом гајења домаћих животиња, избегавањем директних контаката с оболелим животињама, пастеризовањем млечних продуката пре употребе за исхрану.

Најефикаснија заштита је примена одговарајуће вакцине. Жива, атенуисана вакцина се примењује код животиња, као и људи који су изложени инфекцији, у земљама у којима је бруцелоза честа инфекција.

Код болесника са симптомима-знацима фебрилних стања нејасне етиологије, ваља имати на уму могућу инфекцију бруцелама и спроводити одговарајућа микробиолошка истраживања, да би се на време почела одговарајућа антибиотска терапија.

ЛИТЕРАТУРА

1. Katanic R. Kliničko-epidemiološka studija bruceloze. Doktorska disertacija. Medicinski fakultet, Beograd 1993.
2. Ariza J. Brucellosis. *Current Opin Infect Dis* 1996;9:126-31.
3. Young EJ. An overview of human brucellosis. *Clin Infect Dis* 1995;21:283-90.
4. Grand Rounds-Hammersmith Hospital: A case of laboratory aquired brucellosis. Education and debate. *BMJ* 1996;313:1330-2.
5. Corbel MJ. Brucellosis: an overview. *Emerg Infect Dis* 1997;3:213-21.
6. Black TF. Brucellosis. In: Armstrong, Cohen et al (Eds). *Infectious Diseases*, vol. 2. Mosby 1999;8(20):8-35.
7. Gruner E, Bermasconi E, Galeazi RR, Bui D et al. Brucellosis: An occupational hazard for medical laboratory personel. Report of five cases. *J Infect Dis* 1994;22:33-6.
8. Smith LD, Ficht TA. Pathogenesis of Brucella. *Crit Rev Microb* 1990;17:209-30.
9. Jiang X, Baldwin L. Effect of cytokines on intracellular growth of Brucella abortus. *Infect Imm* 1993;61:124-34.
10. Solera J, Lozano E, Martinez-Alfaro E, Espinoza A et al. Brucellar spondylitis: review of 35 cases and literature survey. *Clin Infect Dis* 1999;29:1440-9.
11. Mousa AR, Muhtaseb SA, Almudallal DS, Khodeir SM, Marafie AA. Osteoarticular complications of brucellosis: a study of 169 cases. *Rev Infect Dis* 1987;9:531-43.
12. Khateeb MI, Araj GF, Majeed SA, Lulu AR. Brucella arthritis: a study of 96 cases in Kuwait. *Ann Rheum Dis* 1990;49:994-8.
13. Colmenero JD, Reguera JM, Fernandez-Nebro A, Cabrera-Franquelo F. (NAZIV ČLANKA!!!). *Ann Rheum Dis* 1991;50:23-6.
14. Colmenero JD, Reguera JM, Martos F, Sanches-De Mora D, Delgado M et al. Complication associated with brucella melitensis infection: A study of 530 cases published erratum appears in *Medicine (Baltimore)*, 1997, March; 76 121:139. *Medicine*, Baltimore 1996;75(141):195-211.

15. Miron D, Garty I, Tal I, Horovitz Y, Kedar A. Sacroileitis as a sole manifestation of brucella melitensis infection in a child. *Clin Nucl Med* 1987;12(6):466-7.
16. Rajapakse CM. Bacterial infections: osteoarticular brucellosis. *Bailliers Clin Rheumat* 1995;9(1):161-77.
17. Ariza J, Pujol M, Velverde J, Nolla JM, Rufi J et al. Brucellar sacroileitis: findings in 63 episodes and current relevance. *Clin Infect Dis* 1993;16:761-5.
18. Ozgul A, Vaziciogly K, Gunduz S, Kalyon TA, Arpacioğlu O. Acute brucella sacroileitis: clinical feature. *Clin Rheum* 1998;17:521-3.
19. Potasman J, Even L, Benaim, Angel D, Jaffe M. Brucellosis: an unusual diagnosis for a seronegative patient abscesses, osteomyelitis and ulcerative colitis. *Rev Infect Dis* 1991;13:1039-42.
20. Solera J, Paulino J, Rodriguez- Zapala M, Medrano F et al. Brucellar sacroileitis. A detailed review with analysis of treatment efficacy. *Rev Clin Esp* 1992;191:13-8.
21. Malik GM. Early clinical response to different therapeutic regimes for human brucellosis. *Aam J Trop Med Hyg* 1998;58:190-1.
22. Agalar C, Usubutin S, Tukyilmaz R. Ciprofloxacin and rifampicin versus doxycycline and rifampicin in the treatment of brucellosis. *Eur J Clin Microb Infect Dis* 1990;18:535-8.
23. Printizis S, Raptopoulou-Gigi M, Orphanou-Koumerkidou H, Large F, Goulis G. Immunotherapy in chronic brucellosis. Effect of levamisole and interferon; mechanism of action and clinical value. *Immunopharmacol Immunotoxicol* 1994;16:679-93.

Рукопис је достављен уредништву 27. XI 2000. године

СА СТРАНИЦА АРХИВА

ГЛАВНИ ГОДИШЊИ СКУПОВИ СРПСКОГ ЛЕКАРСКОГ ДРУШТВА

Од оснивања Српског лекараког друштва одржан је сваке године "Главни годишњи скуп" као најзначајнија манифестација. Тога дана, као што је то одувек било и у лекарским друштвима на годишњим скуповима који се и данас одржавају у Европи, разматрани су резултати рада у протеклој години и одређиване смернице за будући рад.

Сачувани су записници ових скупова, који представљају праву ризницу података о свему што се у протеклих сто тридесет година дешавало, не само када је реч о збивањима у Друштву. Права је прилика да се окренемо овим "изворима" наше прошлости и да их у погодном облику прикажемо и данашњој нашој јавности. Било их је више од стотину, с тим што су касније означавани као "годишња скупштина". "Набројао сам их све до одржавања "стоте скупштине", после чега су биле замењене "свечаним академијама", сваке године 22. априла, на којима су додељивана тек уведена признања и "годишње награде" Српског лекараког друштва.

О суштини и значају ових скупова до сада се није ни писало ни говорило, и о њима се мало зна. Да се о томе више знало не би се догодило да се у публикацијама, као што је то с историјом здравствене службе Ниша (Енциклопедија Ниша, 1993), у којој нема спомена о чувеном "скупу" одржаном 1906. године у Нишу, на десету годишњицу оснивања "још једног удружења лекара у Србији", када је у Нишу основана прва "подружница" Српског лекараког друштва, после Београда, 1895. године. Све је то забележено у часопису СРПСКИ АРХИВ, свеска 7. и 8, за 1895. годину, на страници 179. Да се о томе водило рачуна, не би се превидео опис дифтерије, онако како је то описао нишки лекар Младен Грујић, који излечење болести види "као када се лед на замрзнутој реци топи, па на појединим местима показује отворе, кроз које се види вода; тако се и на мембранама дифтерије појављују поједина језерца крајника, која остају чиста и на којима се више не појављују наслаге..."

У часопису који издају Медицински факултет и подружница Српског лекараког друштва у Нишу, годинама нема написа о прошлости, што не приличи једном таквом часопису. Било би лепо да се сете једног од најистакнутијих лекара Ниша, доктора Николе Борића (1859-1913) и његовог чувеног реферата на Годишњем скупу Српског лекараког друштва 1906. године, првог таквог скупа који је одржан изван Београда. Под насловом "О јевтином лечењу народа на селу и јевтиној лекараској помоћи", изнео је своја схватања која ни данас нису изгубила у актуелности за све оне који се баве организацијом здравствене заштите. У реферату залаже се за оснивање медицинског факултета и каже: "Ону крпарију, да не речем љагу и срамоту нашу, да се наша Велика школа назове Универзитетом без факултета, који то име условљавају, а пре свега, без лекараког факултета, треба одмах уклонити и лекараки факултет основати. Тај факултет ће донети веће користи непосредно народу, него ма који други и Универзитет ће тек тада с поносом носити то име

и на дику нашој отаџбини и свем српском проспетитету: када на њему буде установљен и лекараки факултет."

Ни крагујевачки лекари не спомину више XXXVII главни годишњи скуп, на којем су изнета и таква очекивања да ће са скупа "у Крагујевцу Српског лекараког друштва, полетети светлост која би се изједначила оној моћној лучи, која је 1804. године полетела из овог округа и ослободила Србију".

Нема разлога да не очекујемо да ће се овим догађајима у будуће посветити већа пажња и да би у Нишу и у Крагујевцу, поводом стогодишњице ових догађаја, што и није више тако далеко, лекари у овим градовима на одговарајући начин могли да обележе успомену на ове догађаје, који спадају међу најзначајније у историји Српског лекараког друштва!

ПУШКА И ТОП НИСУ НАША БУДУЊНОСТ

Између стотину и више Годишњих скупова Српског лекараког друштва, издваја се скуп одржан у септембру 1909. године. Била је то расправа о важећем закону о здравственој заштити, донетом 1881. године, који је још увек означаван као "Владанов закон". Критике су стизале са свих страна на рачун закона, који је "писан за прилике које нису ни постојале, да би се затим замишљало да ће настати после 10-15 година, а које нису ни онда настале". Овим се оценама не мора ништа додати и оне су утицале на то да у овој књизи није било више места за овај закон, иако је својевремено сматран за "најнапреднији документ свог времена". Са законима је тако и данас, јер, уверили смо се, закони нису ни данас гаранција за наша очекивања! "Владановом закону" је тада било речено и то да "све што је било предложено, ни у једном случају није могло да се оствари, а то значи да ни најлепше написан закон остаје празно слово на хартији, ако нема могућности да се примени и изврши."

Али зато расправа, која је вођена 8. септембра 1909. године на овом скупу, садржи детаље који имају нешто од судбинског значаја и не могу бити изостављени. А све је почело и било везано за речи доктора Мите Николића, инспектора санитета у Министарству унутрашњих дела: "Господо, ја сам тврдо уверен да ми сви, као лекари и као Срби, који смо уверени да будућност српског народа не лежи у топу и пушци, него у продуктивности нашој и да ми сви лекари и Срби треба да тежимо и тражимо да се створе најповољнији услови за чување народног здравља." Сутрадан, као у неким догађајима наше, не тако давне историје, на наставак седнице долази начелник санитета Српске војске, пуковник доктор Лазар Генчић, с припремљеном "репликом", јер изјава доктора Мите Николића није могла тек тако да прође. За доктора Генчића, супротно свему што је рекао доктор Николић, најважније што српска влада треба да изведе, било је "преуређење наше војне снаге". Том приликом, он дословно казује: "Јуче сам имао прилике да чујем од г. др Мите Николића, инспектора Санитета, да будућност нашег народа не лежи у топу и пушци. Ја сам обрнутог мишљења и уверен сам да ми сви исто осећамо, да наша будућност лежи у топу и пушци. л овом приликом ми морамо нашу војску што боље да наоружамо..."

Наставак на 120. страници