

ЕХИНОКОКОЗОСА СРЦА

Бранислава ИВАНОВИЋ-КРСТИЋ¹, Димитра КАЛИМАНОВСКА-ОШТРИЋ¹,
Босиљка ВУЈИСИЋ-ТЕШИЋ¹, Драгана ЈОВАНОВИЋ², Предраг ПЕТРОВИЋ¹,
Даница ЦВЕТКОВИЋ-МАТИЋ¹

1. Клиника за кардиологију Института за кардиоваскуларне болести Клиничког центра Србије, Београд; 2. Институт за плућне болести и туберкулозу Клиничког центра Србије, Београд

КРАТАК САДРЖАЈ: Хидатидна болест срца је ретка. Цисте ехинококуса обично су локализоване у слободном зиду леве коморе срца, интервентрикулном септуму, зиду десне преткоморе, евентуално у перикарду. Код наше болеснице цисте ехинокока су локализоване у зиду десне коморе и преткоморе, на трикуспидној валвули, у левој преткомори и у перикарду. Болесница, стара 33 године, хоспитализована је због фебрилности, кашља и бола у грудима. Ехокардиографским прегледом нађена је велика циста у зиду десне коморе срца и више мањих циста око ње, као и више њих у зиду десне преткоморе. Листић трикуспидне валвуле био је промењен – од њега је полезила маса која је лепршала, а за коју је претпостављено да је испразњена ехинококна циста. Слична маса виђена је и у левој преткомори. Резултати серолошких тестова били су позитивни. Компјутеризованом томографијом откривена је маса циста у десном хилусу и у плућима. Од кардиохируршке интервенције се одустало због великог броја циста, чија би енуклеација могла да доведе до руптуре неке од циста, али је експлорацијом углавном потврђен ехокардиографски налаз. Медикаментна терапија албендазолом није дала задовољавајући резултат, јер је под терапијом настало ширење хидатидне болести у мозак, јетру, слезину и смртни исход.

Кључне речи: хидатидна болест, срце. (СРП АРХ ЦЕЛОК ЛЕК).

У мање економски развијеним деловима света ехинококоза још увек представља здравствени проблем. Међутим, налаз ехинококних циста у срцу сасвим је редак [1, 2]. У економски развијеним земљама ехинококозе се срећу с учесталошћу од 0,5 посто. У ендемским подручјима фреквенција појављивања износи 2 посто [1].

У већини случајева ехинококне цисте виђају се појединачно, и то локализоване у миокарду слободног зида леве коморе или интервентрикулном септуму, евентуално у зиду десне преткоморе [2, 3]. Ређе се виђају цисте ехинокока у перикарду [4].

Код наше болеснице постојала је ехинококоза миокарда и перикарда. Особеност је представљала локализација ехинококних циста у миокарду десне коморе и преткоморе, на трикуспидној валвули и у перикарду.

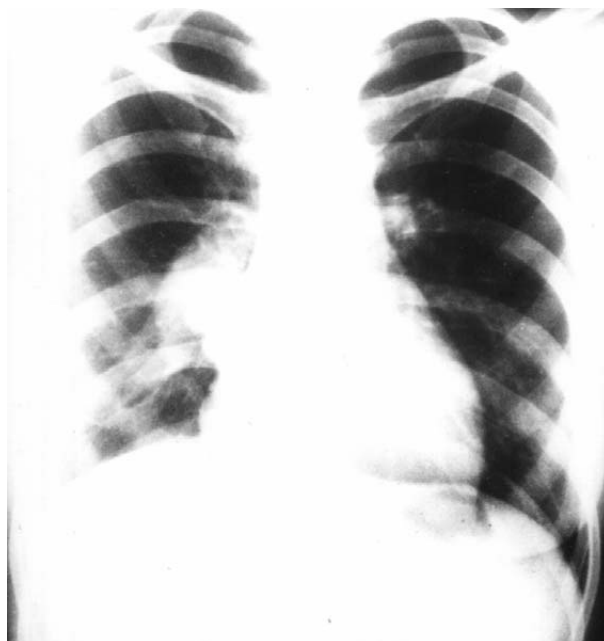
Приказ болеснице

Болесница, стара 33 године, из Чајетине, упућена је из Ужичке болнице у Институт за болести плућа и туберкулозу у Београду због упорног кашља, фебрилности и болова у левој половини грудног коша. Тегобе су се јавиле месец дана пре хоспитализације. У личној анамнези добијен је податак да јој је дванаест година раније урађена нефректомија десног бубрега због велике ехинококне цисте, али без постоперационог медикаментног лечења.

Објективним прегледом при пријему у болницу утврђено је да је болесница еуфебрилна, еупноична, без периферне лимфаденопатије. Вене врата неупадљиве. Над плућима нормалан дисајни шум. На срцу правилан рад срца, фреквенције 72/min, јасних тонова, без шумава. Висина артеријског притиска 115/70 mmHg. Јетра се није палпирала, без перитибијалних едема.

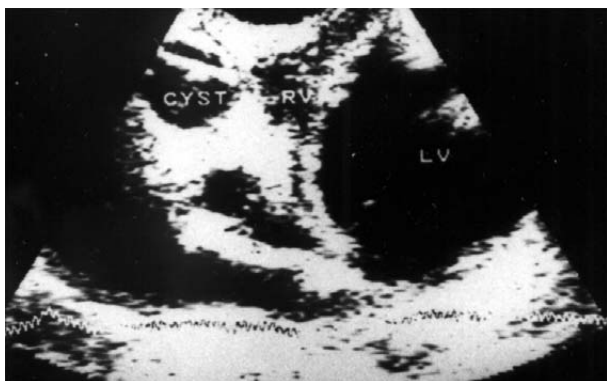
Лабораторијским анализама утврђена је убрзана седиментација крви (53 за први сат). Резултати серолошких те-

стова на ехинококус гранулозус позитивни у високом титру: индиректна имунофлуоресценција (1:160), инхибиција хемаглутинације (титар преко 3 200). У електрокардиограму, при пријему у болницу и током испитивања, синусни ритам, плитко негативни талси Т у одводима D2, D3, aVF. Рендгенографија грудног коша: срчана сенка нормалног облика, величине и положаја, с овалним засенчењем у пределу десног хилуса (Слика 1). Ехокардиографски преглед: велика циста, промера 5,8 × 4 cm у зиду десне коморе срца, као и више мањих циста поред ње (Слика 2). И у зиду десне преткоморе виђено је пет мањих циста. У десном



СЛИКА 1. Рендгенографија грудног коша: засенчење у пределу десног хилуса.

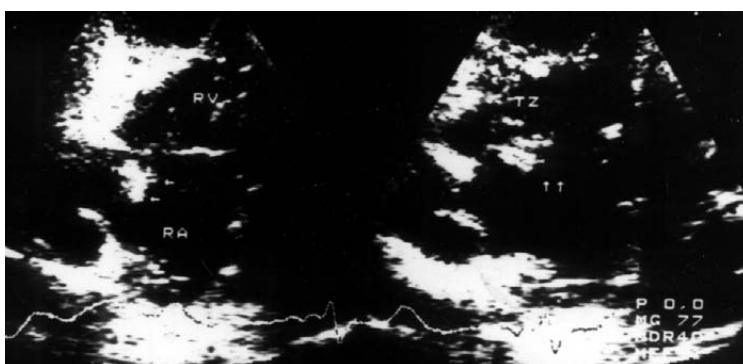
FIGURE 1. Chest X-ray: right hilar mass.



СЛИКА 2. Ехокардиографски налаз цисте у зиду десне коморе срца.

FIGURE 2. Echocardiographic picture of a cyst in the right ventricular wall.

срцу, с поласком од ушћа коронарног синуса, а везана за листић трикуспидне валвуле, страна маса која је лепршала попут перјанице, пратећи покрете трикуспидне валвуле (Слика 3). Маса сличних ехогенних својстава и у левој преткомори. Стекао се утисак да маса полази од крова леве преткоморе. Од трансезофагусне ехокардиографије се одустало због несарадње болеснице. Компјутеризованом томографијом торакса је у пројекцији десног хилуса уочена овална формација тумора, $2 \times 3 \times 4 \text{ cm}$, јасно ограничена од околине, коефицијента апсорпције 38 HU (Слика 4). Непосредно испод описане промене у хилопостериорним деловима десног крила плућа виђено је више мањих овалних промена, истих радиографских својстава као промена у самом хилусу (Слика 5). У осталим деловима плућа нису виђене промене. На основу овог налаза претпостављено је да је реч о ехинококози десног хилуса с дисеминацијом у плућа, десно базално. Преглед абдомена ултразвук: јетра нормалних димензија, хомогене грађе, без фокусних промена; холециста без конкремената, пан-



СЛИКА 3. Ехокардиографски налаз промене на трикуспидној валвули која одговара испражњеној ехинококној цисти.

FIGURE 3. Echocardiographic finding of tricuspid valve changes due to emptied hidatid cyst.

креас хомогене грађе, слезина нормалне величине и леви бубрег нормалних макроморфолошких својстава. На основу ехокардиографског налаза и налаза компјутеризоване томографије закључено је да је реч о ехинококози срца и плућа и болесница је, ради отклањања промена на срцу, преведена у Институт за кардиоваскуларне болести.

Код болеснице је операционим путем, после отварања перикарда, утврђена адхезија перикарда и епикарда. С прилично тешкоћа је учињена перикардиолиза и после ње експлорација срца, којом је потврђена енормна дисеминована ехинококоза срца. У зиду десне коморе срца откривена је циста величине јајета и четири мање цисте око ње, док су у зиду десне преткоморе откривене бројне цисте, од величине зрна грашка до величине зрна трешње. У простору перикарда, уз паријетални зид преткоморе, локализоване три цисте у низу, као и цисте уз горњу и доњу шупљу вену. Откривене су и цисте у перикарду, уз зид леве преткоморе, уз ушће плућних вена. С обзиром на дисеминовану ехинококозу у самом ткиву миокарда, односно перикарду, одлучено је да се операција сведе само на експлорацију, с обзиром на немогућност успостављања кардиопулмоналног бајпаса, као и немогућност енуклеације толиког броја циста (15) различите величине.

Настављено је медикаментно лечење албендазолом почето пре операције, два пута 400 mg дневно, 28 дана, укупно шест циклуса, с паузом од четрнаест дана између два циклуса. Међутим, од породице је добијен податак да се код болеснице после шест месеци јавила левострана хемиплегија, да су утврђене цисте ехинококуса у јетри и слезини. Смртни исход је наступио десет месеци после хоспитализације у Институту.

Дискусија

Хидатидна болест је типична болест ендемских подручја у која се убрајају Аргентина, Уругвај, Нови Зеланд, Грчка, поједина подручја Северне Африке. Домаћин ехинокока гранулозуса је пас, а човек је прелазни домаћин случајним уносом фецеса пса. У тан-

ДИСКУСИЈА

Хидатидна болест је типична болест ендемских подручја у која се убрајају Аргентина, Уругвај, Нови Зеланд, Грчка, поједина подручја Северне Африке. Домаћин ехинокока гранулозуса је пас, а човек је прелазни домаћин случајним уносом фецеса пса. У тан-



СЛИКА 4. Налаз компјутеризованом томографијом цистичне формације у средњем медијастинуму.

FIGURE 4. CT: cystic lesion in midmediastinum.



СЛИКА 5. Налаз компјутеризованом томографијом цистичних промена у десном плућном крилу.

FIGURE 5. CT: cystic lesions in the apical part of the right lung.

ком цреву човека (или домаћих животиња) из јајашца се излегу ембриони, који се крвотоком вене порте разносе до јетре и плућа, у којима је паразит најчешће смештен. Мањи ембриони пролазе плућну баријеру и прелазе у велики крвоток, доспевајући до других органа, нпр. срца и централног нервног система. Из ембриона се развија примарна циста ехинокока, која се увећава, а облик јој одређује грађа органа у којем се развија. Цисту чини опна од два слоја: спољњег, од полупропусне хитинске мембране и унутрашњег, герминативног листа опне, из којег израстају сколекси. Циста је испуњена бистром хидатидном течношћу и најчешће је солитарна, знатно ређе мултилокусна, само у једном или у више органа.

Споменуто је да се цисте ехинокока веома ретко налазе и у срцу. Пошто се наша земља не убраја у ендемска подручја, а ни у економски развијене земље, може се претпоставити да је учесталост оболевања срца од ехинококозе између 0,5 посто (што је појава у развијеним земаљама) и 2 посто (колико се виђа у ендемским подручјима). Наглашено је да су цисте локализоване у срцу најчешће солитарне и смештене у миокарду интервентрикулног септума и слободног зида леве коморе. Описани су ретки појединачни случајеви циста локализованих у зиду десне коморе [5]. Такође, као посебан раритет, описане су цисте локализоване на трикуспидној валвули [6]. Нешто је чешћа локализација циста у перикарду [4].

Код наше болеснице је реч о дифузној ехинококози срца: велика циста и више мањих налазило се у зиду десне коморе и десне преткоморе. Могло се претпоставити да промене на листићу трикуспидне валвуле и крову леве преткоморе одговарају испражњеним цистама. Остале цисте су локализоване у перикардном простору, око десне и леве преткоморе. Цисте локализоване у перикарду, око горње шупље вене и плућних вена нису узроковале хемодинамске поремећаје само захваљујући томе што су биле мале величине.

Појава симптома зависи од локализације, величине и интегритета цисте. По правилу, цисте ехинокока у срцу су асимптомске и представљају случајан налаз. Појава бола је типична за руптуру цисте или њено ширење у простор перикарда [7]. Цисте локализоване у зиду десне преткоморе могу узроковати хемодинамске поремећаје еквивалентне синдрому горње шупље вене или трикуспидној стенози. Цисте локализоване у перикарду, уз излазни тракт десне коморе, могу довести до опструкције излазног тракта ове шупљине [8]. У најтежим случајевима, код болесника с цистама ехинокока у срцу, може се јавити колапс крвотока услед компресије и опструкције у некој од структура срца или судова или услед руптуре цисте [6].

Симптоми код наше болеснице последица су секундарне инфекције неке од циста, која је излечена још у Ужичкој болници антибиотским средствима, а бол у левој половини грудног коша може се објаснити великим бројем циста у перикарду.

Дијагностика хидатидне болести срца лака је када постоји податак о цистама у другим органима (јетри, плућима). У случају наше болеснице постојао је податак о ранијој нефректомији због велике ехинокок-

не цисте десног бубрега. Дијагностички изазов представља изолована хидатидоза срца, која се јавља изузетно ретко [9]. У тим околностима користан је податак о месту пребивалишта и контакту с домаћим животињама – псима, овцама.

Налаз еозинофилије представља нискоспецифичан дијагностички показатељ. Он није постојао код наше болеснице. Нешто већу, али не и пресудну улогу игра резултат Казони–Ботеријевог кожног теста с ехинококним антигеном. Мањи значај резултата овог теста заснива се на високом броју лажно позитивних и лажно негативних резултата. Далеко су поузданији резултати серолошких тестова фиксације комплемента и имунофлуоресценције, који су били позитивни код наше болеснице [10].

Електрокардиографске промене немају већи дијагностички значај. Оне могу одражавати локализацију циста. Цисте локализоване у слободном зиду леве коморе срца могу узроковати промене таласа *T* и смањену волтажу комплекса *QRS*. За разлику од њих, цисте локализоване у интервентрикулном септуму могу узроковати блок десне гране и атриовентрикуларне блокове различитог степена [11]. Електрокардиографске промене регистроване код наше болеснице могле су да представљају последицу циста у миокарду, али и у перикарду.

Рендгенографијом грудног коша може се открити ненормалност у облику и величини сенке срца, а сасвим ретко и лобулна маса уз зид леве коморе срца. У случају наше болеснице, упркос великој цисти у зиду десне коморе, сенка срца је била нормалног облика, величине и положаја.

Методи избора у дијагностици ехинококозе срца јесу трансторакална и трансезофагусна ехокардиографија, компјутеризована томографија и магнетска резонанција [12–14].

Дијагностика циста ултразвуком није тешка. Заснива се на налазу јасно ограничених округлих или овалних структура, с простором без еха. За цисте ехинокока типична је појава мултилокуларности. Међутим, познато је да, понекад, у случају циста локализованих у срцу, ехолуцентност и очекивана мултилокуларност могу изостати. Срце својим кинетичким притиском може деловати да се циста не повећава знатно и да садржај течности у њој буде мали, а сколекси могу дати слику солидне масе. Биринциоглу и сарадници [13] су описали грешку у дијагнози када је ехинококна циста у десној преткомори срца оглашена миксомом. Но, упркос томе, ултразвук је метод коме се даје предност у дијагностици ехинококозе срца, јер је налаз компјутеризованом томографијом ограничен на један анатомски пресек и не обезбеђује морфолошку анализу и детекцију малих лезија. Тиме се објашњавају грешке оглашавања перикардних циста прираслицима. У случају наше болеснице велика циста у зиду десне коморе срца оглашена је цистом локализованом у десном хилусу. Грешка је настала због чињенице да су цисте ехинокока у медијастинуму чешће од циста локализованих интраперикардно, а поготово у миокарду [15]. Остале цисте нису визуализоване због мале величине.

Постоје извесна ограничења у дијагностици ехинококозе срца магнетском резонанцијом. Упркос коришћењу више анатомских пресека, ни овај метод не испуњава услове за дијагностику мултиплих циста које садрже мало течности, јер се оне крећу при свакој контракцији срца и могу остати непрепознате [13].

На основу наведених могућности ехокардиографије, и ограничења компјутеризоване томографије и магнетске резонанције, предност је на страни дијагностике ултразвуком. Томе треба додати да је трансезофагусном ехокардиографијом могуће боље него другим методима визуализовати простор око плућних вена и горње шупље вене, као и интракавитарне масе.

У могуће компликације ехинококозе срца убрајају се дегенерација, калцификација или руптура циста. На срећу, руптуре циста су веома ретке. Када руптуришу цисте локализоване у перикарду, настаје перикардитис, који се може завршити тампонадом или последично констрикционим перикардитисом [1]. Руптура цисте у шупљине срца може узроковати системске или плућне емболије, зависно у које шупљине се циста празни [16, 17]. Руптуру циста локализованих у десним шупљинама срца може пратити појава плућне хипертензије услед емболизације плућног крвотока стотинама сколекса. Ослобађање хидатидне течности у крвотоку може изазвати анафилактичку реакцију на састојке протеина у цисти.

Ризик од потенцијално леталних компликација хидатидозе срца представља апсолутну индикацију за хируршко уклањање циста [18]. Међутим, кардиохируршка интервенција такође носи ризик од руптуре циста и расејавања садржаја у системски крвоток [19]. Посебан ризик представља велики број циста, чија је комплетна енуклеација не само повезана с ризиком од руптуре циста већ и од прекида – цепања зида танке десне и леве преткоморе срца, што би отежало и продужило компликовану интервенцију.

Медикаментно лечење дериватима бензимидазолна (мебендазол и албендазол) пре хируршке операције и после ње, као и у иноперабилним случајевима, не даје апсолутно задовољавајући резултат [20]. Тачније, овај вид лечења не обезбеђује апсолутну превенцију тежих компликација. Нажалост, то се десило и у случају наше болеснице.

Овим приказом указано је на могућу, али ретку локализацију циста ехинококуса у зиду десне коморе срца, преткоморе, трикуспидној валвули и простору перикарда око читавог срца. Истовремено је показано да ехокардиографија игра непроцењиву улогу у дијагностици овог облика хидатидне болести, као и да медикаментно лечење не обезбеђује превенцију фаталних компликација, већ да хируршко отклања-

ње циста представља прави терапијски приступ. Треба имати у виду да је код наше болеснице дуготрајно медикаментно лечење после прве хируршке интервенције могло да доведе до излечења.

ЛИТЕРАТУРА

1. Inglesias LF, Zabala Y, Morales M, Marcos G, Gonzales Eguaras M, Vega J et al. Pericarditis secondary to the rupture of a hydatid cyst. *Rev Esp Cardiol* 1999;52(2):135-8.
2. Erenturk S, Kocazeybek B, Oner A, Sonmez B. Cardiac hydatid cyst in left ventricle. *Acta Chir Belg* 1998;98(4):164-5.
3. Kammoun S, Frikha I, Fourati K, Fendri S, Benyoussef S, Sahnoun Y et al. Hydatid cyst of the heart located in the ventricular septum. *Can J Cardiol* 2000;16(7):921-4.
4. Rein R, Niggemann B, Runge M. Echinococcosis of the heart. *Herz* 1996;21(3):192-7.
5. Laglera S, Garcia-Enguita MA, Martinez-Gutierrez F, Ortega JP, Gutierrez-Rodriguez A, Urieta A. A case of cardiac hydatidosis. *Br J Anaesth* 1997;79(5):671-3.
6. Oliver JM, Sotillo JF, Dominguez FJ. Two dimensional echocardiographic features of echinococcosis of the heart and great blood vessels. Clinical and surgical implications. *Circulation* 1988; 78: 327-31.
7. Urbanyi B, Rieckmann C, Hellberg K, Krakau M, Leibau G, Mayer A et al. Myocardial echinococcosis with perforation into the pericardium. *J Cardiovasc Surg* 1991;32(4):534-8.
8. Ng AF, Olak J. Pericardial cyst causing right ventricular outflow tract obstruction. *Ann Thorac Surg* 1997;63(4):1147-8.
9. Gomez-Aldaravi GR, Otero CE, Chorro GFJ, Munoz GJ, Losada A, Lopez V. Cardiac cysts. A case of isolated cardiac hydatidosis. *Rev Esp Cardiol* 1999;52(5):355-8.
10. Benis A, Chraibi S, Nouredine M, Bannani-Smires C, Soulami S, Chraibi N. Imaging in cardiac hydatid cyst. Apropos of a case. *Ann Cardiol Angeiol* 1996;45(3):132-5.
11. Barnard PM, MacGregor LA, Weich HF. Primary echinococcus cyst of the heart. A case report. *S Afr Med J* 1989;76(6):275-7.
12. Vander Salm TJ. Unusual primary tumors of the heart. *Semin Thorac Cardiovasc Surg* 2000;12(2):89-100;
13. Birincioglu CL, Bardakci H, Kucuker SA, Ulus AT, Arda K, Yamak B et al. A clinical dilemma: cardiac and pericardial echinococcosis. *Ann Thorac Surg* 1999;68(4):1290-4.
14. Pasaoglu I, Dogan R, Pasaoglu E, Tokgozoglu L. Surgical treatment of giant hydatid cyst of the left ventricle and diagnosis value of magnetic resonance imaging. *Cardiovasc Surg* 1994;2(1):114-6.
15. El Abbassi Skalli A, El Amraoui F, Chikhaoui N, Kadiri R. Hydatid cyst of the mediastinum: 2 cases. *J Radiol* 2000;81(2):154-7.
16. Strillou I, Rabaud C, Bischoff N, Preiss MA, May T, Canton P. Complication of cardiac hydatid cyst. 2 cases. *Presse Med* 1997;26(25):192-4.
17. Keil W, Pankratz H, Szabados A, Baur C. Sudden death caused by an arterial hydatid embolism. *Dtsch Med Wochenschr* 1997;122(10):293-6.
18. Basso C, Valente M, Poletti A, Casarotto D, Thiene G. Surgical pathology of primary cardiac and pericardial tumors. *Eur J Cardiothorac Surg* 1997;12(5):730-7.
19. Kardaras F, Kardara D, Tselikos D, Tsoukas A, Exadactylos N, Anagnostopoulou M et al. Fifteen year surveillance of echinococcal heart disease from a referral hospital in Greece. *Eur Heart J* 1996;17(8):1265-70.
20. Turgut M, Benli K, Eryilmaz M. Secondary multiple intra-cranial hydatid cysts caused by intracerebral embolism of cardiac echinococcosis: an exceptional case of hydatidosis. *Case report. J Neurosurg* 1997;86:714-8.

BRANISLAVA IVANOVIĆ-KRSTIĆ
 Institut za kardiovaskularne bolesti
 Klinički centar Srbije
 11 000 Beograd, Koste Todorovića 8
 Tel.: 3617-777, lok. 3260

CARDIAC ECHINOCOCCOSIS

B. IVANOVITSH-KRSTITSH¹, D. KALIMANOVSKA-OSTRITSH¹, B. VUJISITSH-TESHITSH¹,
D. JOVANOVITSH², P. PETROVITSH¹, D. CVETKOVITSH-MATITSH¹

1. Institute of Cardiovascular Diseases Clinical Centre of Serbia, Belgrade; 2. Institute of Pulmonary Diseases and Tuberculosis Clinical Centre of Serbia, Belgrade

Cardiac hydatid disease is rare. We report on an uncommon hydatid cyst localized in the right ventricular wall, right atrial wall tricuspid valve, left atrium and pericard. A 33-year-old woman was treated for cough, fever and chest pain. Cardiac echocardiographic examination revealed a round tumour (5.8 × 4 cm) in the right ventricular free wall and two smaller cysts behind that tumour. There were cysts in right atrial wall and tricuspidal valve as well. Serologic tests for hydatidosis

were positive. Computed tomography finding was consistent with diagnosis of hydatid cyst in lungs and right hilar part. Surgical treatment was rejected due to great risk of cardiac perforation. Medical treatment with albendazole was unsuccessful and the patient died due to systemic hydatid involvement of the lungs, liver and central nervous system.

Key words: Hydatid disease, heart. (SRP ARH CELOK LEK)

ВЕСТИ

САСТАНАК ПЕДИЈАТРИЈСКЕ СЕКЦИЈЕ
СРПСКОГ ЛЕКАРСКОГ ДРУШТВА

Поводом прославе 130 година од оснивања Српског лекарског друштва, Дом здравља „Стари град”, у сарадњи са Секретаријатом за здравство града Београда, организовао је састанак Педијатријске секције Српског лекарског друштва дана 27. априла. 2002. у свечаној сали Секретаријата Скупштине града. Овај састанак је у свом програму обухватио неколико актуелних тема из свакодневне праксе педијатара у раду на заштити здравља предшколске деце и младог нараштаја уопште.

Доктор Светлана Јанковић, специјалист социјалне медицине из Градског завода за заштиту здравља, у свом реферату „Квалитет података са систематских прегледа школске деце”, а на основу примера из сопственог искуства, указала је на потребу критичког тумачења ових података у погледу тачности, комплетности и ажурности, ради утврђивања њихове поузданости и доношења валидних закључака.

Епидемиолог из исте установе, др Томислав Радуловић, у реферату „Достигнућа у имунопрофилактици деце” упознао је присутне с резултатима у освајању вакцина против појединих болести односно појединих серолошких група узročника ових болести, као и с перспективом њихове примене у нашим условима (вакцина против пнеумокока, вакцина против појединих серотипова менингокока, вакцина против *Haemophilus influenzae*, тип В и др.). Напори за добијање вакцине против пнеумокока актуелизовани су у последње време због његове све израженије резистенције на антибиотске лекове. Производња вакцина последњих деценија технологијом тзв. генетског инжењерства пружа неслушене могућности за добијање практично свих вакцина, било да су анатоксичне (токсоидне), инактивисане или живе.

Доктор Гордана Тамбуровска, специјалист социјалне медицине из Градског завода за заштиту здравља, у свом излагању

насловљеном „Повређивање у децем узрасту као здравствени проблем”, говорила је о учесталости, распрострањености, социјалним и медицинским аспектима повређивања деце, као и о могућностима непосредне околине и друштва за предупредивање ризика од настанка ове појаве.

Нарочиту пажњу бројног аудиторјума побудила су излагања „Наркоманија у младих” Ламбета Ђорђевићеског, инспектора Одељења за борбу против наркоманије градског МУП, и „Путеви дроге” др Мирјане Радовановић, педијатра Дома здравља „Стари град”. Кроз нашу земљу пролази једна од најзначајнијих магистрала на путу дроге за Европу, а наркоманија се „запатила”, као што је то био случај с алкохолом и дуваном. Најтрагичније је, при томе, што се консументи разних психоактивних супстанција регрутују првенствено међу припадницима младе генерације. Марихуана, најдоступнија и најраспрострањенија забрањена биљка узгаја се, суши и пуши широм Србије! Присутни педијатри су, не само из професијских разлога већ и као родитељи, били запрепашћени и забринуте бројношћу зависника дрога у Београду: њима је марихуана представљала само почетни корак, увод у коришћење много погубнијих природних или синтетских средстава која делују на нервни систем и доводе до промена у психичкој и соматској сфери — депресори централног нервног система (опијум, хероин, морфин), стимуланси (кокаин, амфетамин) и халуциногене дроге (ЛСД, мескалин и др.).

Овај користан и добро организован скуп завршен је рефератом др Биљане Алексић из Дома здравља „Стари град”: „Породица и адолесценција”. Велики број питања, упућен на крају поднетих излагања, сведочи о интересовању које је побудила тематика састанка Педијатријске секције Српског лекарског друштва.

С. Л.