

АНАЛИЗА МОРТАЛИТЕТА ОД РАКА ДЕБЕЛОГ ЦРЕВА У КОХОРТАМА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ ОД 1971. ДО 1996. ГОДИНЕ

Олга ГАЈИЋ-ВЕЉАНОСКИ¹, Мирјана ЈАРЕБИНСКИ², Ана ЈОВИЋЕВИЋ-БЕКИЋ¹,
Татјана ПЕКМЕЗОВИЋ²

1. Институт за онкологију и радиологију Србије, Београд; 2. Институт за епидемиологију Медицинског факултета Универзитета, Београд

КРАТАК САДРЖАЈ: Почетком седамдесетих година прошлога века, смртност од рака дебелог црева у структури морталитета од свих малигнух тумора у Републици Србији налазила се на петом месту за женску, а на четвртном месту за мушку популацију. Од 1982. године, у женској, односно 1992. године, у мушкој популацији, рак дебелог црева преузео је друго место иза рака дојке, односно рака плућа. Циљ ове дескриптивно-епидемиолошке анализе јесте процена кретања смртности од рака дебелог црева у популацији Републике Србије, с посебним освртом на ефекат варијација у кохортама у оквиру истих група узраста од 1971. до 1996. године. Стопе морталитета од карцинома колоректума израчунате су на основу доступних података за посматрани период. У процени ефекта старости на ризик умирања, израчунате су стопе морталитета од рака дебелог црева специфичне за узраст формираног кохорта особа рођених почев од 1892–96. до 1972–76. године, и умрлих у одређеном периоду времена. За израчунавање стандардизованих стопа морталитета коришћен је метод директне стандардизације, према популацији света. Сигнификантност линеарног регресионог коефицијента у анализи трендова морталитета у времену проверена је Фишеровим тестом. Просечна стандардизована стопа морталитета за рак дебелог црева, у посматраном периоду, износила је 11,2 на 100 000 мушкараца (95 посто IP : 10,1-12,3), и 8,3 на 100 000 жена (95 посто IP : 7,7-8,9). Кретање смртности, представљено секуларним линеарним трендом, показује високо статистички сигнификантан пораст како код особа мушког ($y = 11,2 + 0,2x$; $p = 0,000$), тако и код особа женског пола ($y = 8,3 + 0,1x$; $p = 0,000$). Анализом специфичних стопа у кохортама, у оквиру истих група узраста, утврђен је изражитији пораст умирања од рака дебелог црева за особе старије од четрдесет година, код оба пола. Специфичне стопе смртности мушке популације између 45 и 59 година, односно старије, биле су 2 до 2,5 пута веће код најмлађих кохорта него код најстарије генерације. У женској популацији, промене морталитетних стопа постају израженије код особа старијих од 50 година. У оквиру појединих група узраста, код жена најмлађих кохорта ризик умирања био је око два пута већи него код најстарије генерације. Кохорте појединих група узраста, посматране у сукцесивним петогодишњим интервалима, показују највећи морталитет од рака колоректума у најстаријој групи (преко 75 година) мушкараца ($y = 109,8 + 9,9x$; $p = 0,012$) и жена ($y = 81,5 + 4,5x$; $p = 0,003$).

Кључне речи: рак дебелог црева, морталитет, анализа кохорта. (СРП АРХ ЦЕЛОК ЛЕК).

УВОД

Рак дебелог црева један је од најчешћих малигнух тумора у популацијама оба пола развијених земаља. Према подацима Светске здравствене организације, рак дебелог црева се у групи малигнух тумора налазио на четвртном месту с процењених 875 000 новооболелих особа, и око пола милиона умрлих болесника, посматрајући свет у целини у 1996. години. Учешће рака дебелог црева износило је 8,5 посто у групи свих инцидентних оболевања од карцинома. Удео рака колоректума у укупној смртности од малигнух тумора износи око 7,0 посто [1].

У централној и источној Европи, морталитет од карцинома колоректума је највећи у Чешкој Републици (26,3/100 000) и у Мађарској (25,5/100 000) [2]. У земаљама Европске Заједнице, најниже стопе умирања се бележе у јужноевропским земаљама — Грчкој (7,5/100 000), Италији (13,8/100 000) и Шпанији (14,2/100 000) [3]. Почетком седамдесетих година прошлога века, морталитет од карцинома колоректума у Републици Србији (Србија) био је на петом месту за женску, и на четвртном месту за мушку популацију у структури смртности од свих малигнома [4]. У Србији, током осамдесетих година прошлога века

код женске, и деведесетих година, код мушке популације, рак дебелог црева преузима друго место у структури морталитета од свих малигнух неоплазми. Карцином колона се јавља с готово истом учесталошћу код оба пола, док је рак ректума чешћи код мушкараца у већини земаља света [5]. Обе локализације тумора се најчешће јављају изнад 50 година живота [6].

Циљ овог рада је процена ризика умирања од рака дебелог црева у популацији Србије, с посебним освртом на утицај варијација у кохортама у оквиру истих група узраста за период 1971–1996. године.

МЕТОД РАДА

С обзиром да број новооболелих особа и инциденција од рака колоректума још увек нису потпуно познати за Србију у целини, у раду су анализовани подаци о морталитету из непубликованог материјала Републичког завода за статистику. Коришћени подаци се односе на особе умрле од рака колона и ректума (шифре 153 и 154 у VIII и IX ревизији Међународне класификације болести, повреда и узрока смрти), свих малигнома (шифре 140–208, VIII ревизија и 140–209, IX ревизија), свих узрока смрти (шифре 000–999, VIII ревизија и 001–999, IX ревизија), симптома и недефинисаних стања (шифре 780–797, VIII ревизија, и 780–799,

IX ревизија). Као деноминатор за израчунавање сирових стопа коришћени су подаци о становништву из година пописа (1971, 1981, 1991) и процене о броју становника за остале године [7–9]. Специфичне стопе морталитета од рака дебелог црева, према узрасту и полу, израчунате су за формиране кохорте особа рођених почев од 1892–96. до 1972–76. године, и умрлих у одређеном периоду времена. За израчунавање стандардизованих стопа морталитета коришћен је метод директне стандардизације, према популацији света [10]. Интервал поверења (IP) за израчунате стопе морталитета, одређен је на нивоу вероватноће од 95 посто. Као тест сигнификантности линеарног регресионог коефицијента у анализи трендова времена морталитета коришћен је Фишеров тест [11].

РЕЗУЛТАТИ

У Србији, за период од 1971. до 1996. године, приметно је опала смртност од свих малигних неоплазми дигестивног система у односу на укупан морталитет од рака, од 42,0 посто на 32,3 посто. Међутим, ризик умирања од рака дебелог црева, као и његово учешће у структури малигних тумора, повећао се. Илустрације ради, удео смртности од рака дебелог црева у укупном морталитету од малигних неоплазми код мушкараца се повећао од 7,5 посто у 1971. на 10,5 посто у 1996. години, а у односу на структуру морталитета од малигнома дигестивног система, од 20,7 посто на 32,8 посто. Код жена, учешће овог тумора у структури смртности од свих малигнома повећало се од 8,5 посто на 11,6 посто, а у односу на групу малигних тумора дигестивних органа од 23,0 посто на 35,6 посто. Од 1982. године у женској популацији, рак дебелог црева преузео је друго место иза рака дојке, односно рака плућа (Графикони 1 и 2). У рангирању смртности од малигних тумора код жена, следе рак плућа, грлића материце и желуца. Код мушкараца, мање постотно учешће од рака дебелог црева било је за рак желуца, простате и јетре.

Просечна стандардизована стопа морталитета за рак колоректума, у посматраном периоду, износила је 11,2 на 100 000 мушкараца (95 посто IP: 10,1-12,3), и 8,3 на 100 000 жена (95 посто IP: 7,7-8,9). Кретање смртности, представљено секуларним линеарним трендом, показује статистички високо сигнификантан пораст, како код особа мушког ($y = 11,2 + 0,2x; p = 0,000$) тако и код особа женског пола ($y = 8,3 + 0,1x; p = 0,000$).

ТАБЕЛА 1.Тренд морталитета од рака дебелог црева према узрасту. Србија 1971–1996.

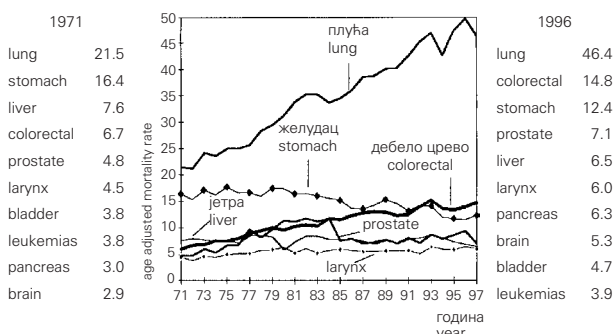
TABLE 1. Colorectal cancer mortality trends according to age. Serbia, 1971-1996.

Група узраста Age group	Линеарни тренд, мушки пол Linear trend, males	Линеарни тренд, женски пол Linear trend, females
40-44	$y = 5.3 + 0.3x; p = 0.153$	$y = 4.3 + 0.5x; p = 0.066$
45-49	$y = 9.7 + 0.6x; p = 0.015$	$y = 7.5 + 0.1x; p = 0.672$
50-54	$y = 16.4 + 1.0x; p = 0.049$	$y = 11.8 + 0.7x; p = 0.121$
55-59	$y = 27.2 + 1.9x; p = 0.005$	$y = 20.0 + 0.8x; p = 0.032$
60-64	$y = 41.9 + 3.0x; p = 0.005$	$y = 32.3 + 1.9x; p = 0.021$
65-69	$y = 67.4 + 5.4x; p = 0.003$	$y = 47.4 + 3.0x; p = 0.026$
70-74	$y = 102.5 + 8.5x; p = 0.000$	$y = 66.9 + 2.5x; p = 0.111$
75+	$y = 109.8 + 9.9x; p = 0.012$	$y = 81.5 + 4.5x; p = 0.022$

Према линеарном тренду морталитета за поједине групе узраста, највећи, статистички значајан, просечни годишњи пораст умирања од рака колоректума за мушку популацију бележи се за особе узраста 65 и више година (у просеку 7,8 посто), а за особе женског пола између 60 и 69 година (у просеку 5,9 посто) (Табела 1).

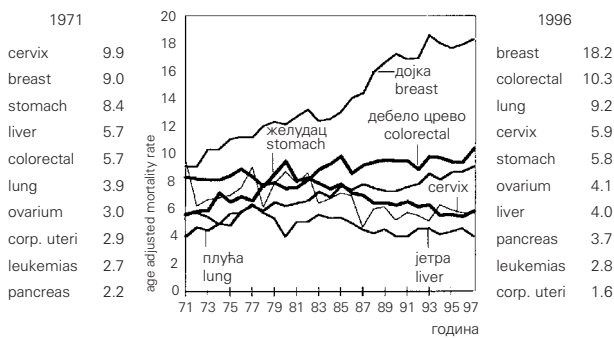
Анализом стопа специфичних за узраст мушке популације и поређењем млађих са старијим кохортама односно генерацијама, запажа се да ризик умирања од рака дебелог црева изразитије расте у млађим кохортама, почев од 40. године, а са статистичком значајношћу од 45. године (Табела 1). Стопе морталитета у узрасту између 45 и 59 година, односно за особе старе 60 и више година, биле су два пута, односно два и по пута веће у најмлађим кохортама у поређењу с најстаријим генерацијама (Табела 2). Илустрације ради, ако се посматрају стопе морталитета за узраст 70–74. године, код мушкараца рођених између 1922. и 1926. године, ризик умирања од рака дебелог црева већи је два и по пута (139,3 на 100 000) него за кохорте рођене 25 година раније (58,77 на 100 000).

Код жена млађих од 50 година, промене стопа морталитета за кохорте појединих група узраста сла-



ГРАФИКОН 1. Смртност* од рака дебелог црева у односу на најчешће локализације код мушкараца. Србија 1971-1996. * стандардизоване стопе према популацији света

GRAPH 1. Colorectal cancer mortality* among the most frequent sites in males. Serbia, 1971-1996. * age adjusted rates per 100,000 world standard population



ГРАФИКОН 2. Смртност* од рака дебелог црева у односу на најчешће локализације код жена. Србија 1971-1996. * стандардизоване стопе према популацији света

GRAPH 2. Colorectal cancer mortality* among the most frequent sites in females. Serbia, 1971-1996. * age adjusted rates per 100,000 world standard population

бије су изражене (Табела 3). У групама узраста преко педесет година, код жена најмлађих генерација, ризик умирања је већи око два пута него за најстарије кохорте. Поређења ради, ако се посматрају стопе морталитета између 65 и 69 година, за кохорте рођене између 1927. и 1931. године, ризик умирања од рака дебелог црева био је двоструко већи (61,0/100 000) него за кохорте рођене 25 година раније (30,5/100 000).

Стопе морталитета од рака колоректума специфичне за узраст, посматране у појединим пресецима времена популација које припадају различитим кохортама, показују да се највеће величине за оба пола бележе у најстаријем узрасту (75 и више година).

Ради потпунијег увида у квалитет података о морталитету који су у овом раду послужили као основа за анализу умирања од карцинома колоректума, посматран је и удео недефинисаних узрока смрти у структури умирања у Србији. У периоду 1971–1996. године може се констатовати смањење удела процента недефинисаних узрока смрти у укупном морталитету, од 33,1 посто у 1971, на 6,8 посто у 1996. години. Боља дијагностика узрока смрти у Србији вероватно је делом утицала и на бољи квалитет података морталитета о карциному колоректума.

ТАБЕЛА 2. Узрасно-специфичне стопе морталитета од рака дебелог црева на 100 000 мушкараца. Србија 1971-1996.

TABLE 2. Colorectal cancer age-specific death rates per 100,000 in males. Serbia, 1971-1996.

Кохорте према години рођења Birth Cohorts	Група узраста Age group											
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+
1892-96.												
1897-01.												
1902-06.												
1907-11.												
1912-16.												
1917-21.												
1922-26.												
1927-31.												
1932-36.												
1937-41.												
1942-46.												
1947-51.												
1952-56.												
1957-61.												
1962-66.												
1967-71.												
1972-76.												

ТАБЕЛА 3. Узрасно-специфичне стопе морталитета од рака дебелог црева на 100,000 жена. Србија, 1971-1996.

TABLE 2. Colorectal cancer age-specific death rates per 100,000 in females. Serbia, 1971-1996.

Кохорте према години рођења Birth Cohorts	Група узраста Age group											
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+
1892-96.												
1897-01.												
1902-06.												
1907-11.												
1912-16.												
1917-21.												
1922-26.												
1927-31.												
1932-36.												
1937-41.												
1942-46.												
1947-51.												
1952-56.												
1957-61.												
1962-66.												
1967-71.												
1972-76.												

ДИСКУСИЈА

У Србији, рак дебелог црева је један од водећих узрока смрти код особа оба пола. У рангирању десет најчешћих локализација, налази се већ дуже времена на другом месту у структури морталитета од малигнух тумора за особе оба пола. Посматрањем дистрибуције морталитета од појединих малигнух тумора у земљама југоисточне Европе и Средњег истока, примећују се велике разлике у односу на најучесталије локализације. Тако, код мушкараца у Бугарској и Хрватској, у 1994. години, рак колоректума налазио се на трећем месту иза рака плућа и желуца, а у Грчкој, на четвртном месту, иза рака плућа и простате, лимфома и леукемија. У женској популацији ових земаља заузима друго место, иза рака дојке. У Албанији, као и у земљама Средњег истока, рак дебелог црева се није налазио међу шест најчешћих локализација малигнух тумора код оба пола [12].

У америчкој популацији, карцином колоректума на трећем је месту као узрок смрти, с учешћем у структури малигнух тумора од 10,8 посто за оба пола [13]. Примећује се опадање стопе морталитета у САД за период од двадесет година (1971–73. vs. 1991–93. године), и то за 12 посто код мушкараца и 25 посто код жена. Опадање смртности је последица

пада инциденције и повећаног времена преживљавања болесника. Истраживања сугеришу да разлог за овакав пад може бити и учесталија примена сигмоидоскопског скрининга и уклањање полипа, чиме се предупредује прогресија у инвазивни карцином [14].

Кретање смртности од рака дебелог црева у Србији, за период 1971–1996. године, показује статистички високо сигнификантан пораст за оба пола. У односу на ризик умирања, Србији би у прегледу Светске здравствене организације за 1996. годину припадало 33. место међу 46 земаља света [15]. У овом прегледу, распон просечних стандардизованих стопа (1992–1995. године) изузетно је велик: код мушкараца се креће од 2,3/100 000 у Албанији до 34,4/100 000 у Чешкој, а код жена од 2,1/100 000 у Албанији до 19,0/100 000 у Мађарској [2,13]. Просечна стандардизована стопа морталитета у САД, за период 1991–1993. године, износила је 15,1/100 000 жена, односно 22,3/100 000 мушкараца [14].

У овом раду, анализом стопа специфичних за узраст утврђен је пораст ризика умирања од рака дебелог црева за оба пола, посебно у генерацијама старијим од четрдесет година. У периоду 1960–1994. године, код мушкараца, узраста између 25 и 64 године, изразито је опадање смртности од рака дебелог црева у Шведској и Великој

COHORT ANALYSIS OF COLORECTAL CANCER MORTALITY IN THE REPUBLIC OF SERBIA OVER THE PERIOD 1971-1996

O. GAJITSH-VELJANOSKI¹, M. JAREBINSKI², A. JOVITSHEVITSH-BEKITSH¹, T. PEKMEZOVITSH²

1. Institute of Oncology and Radiology of Serbia, Belgrade; 2. Institute of Epidemiology, School of Medicine, Belgrade

Colorectal cancer is one of the most frequent malignant neoplasms in both sexes within developed countries. In the Republic of Serbia (Serbia), colorectal cancer mortality in 1971 ranged 5 in females, and 4 in males; it became the second leading malignancy in 1982 in females (after breast cancer), and in 1992 in males (after lung cancer).

The objective of this descriptive-epidemiological study was to examine colorectal cancer mortality in Serbian population, particularly the effect of cohort variations on death rates in defined age groups over the period 1971-1996.

Mortality rates were calculated from unpublished national vital statistics data of the Institute of Statistics of the Republic of Serbia. To estimate the age effect on colorectal cancer mortality, specific death rates were computed for cohorts born between 1892-96 and 1972-76, and died at subsequent time periods. The mortality rates were adjusted by direct method, using the world standard population. Confidence intervals (CI) for death rates were assessed with 95% level of probability. In time trend analysis of mortality, Fisher's test was used as a significance test for linear regression coefficient.

In the study period (1971-1996), a share of all digestive tumours in cancer mortality has decreased from 42.0% to 32.3%. However, the mortality risk of colorectal cancer and its share in cancer mortality have increased. For example, in men, the share of colorectal cancer in digestive cancer mortality increased from 20.7% (1971) to 32.8% (1996) and in overall cancer mortality from 7.5% to 10.5%. In women, the share of colorectal cancer in digestive cancer mortality increased from 23.0% (1971) to 35.6% (1996), and in overall cancer mortality from 8.5% to 11.6%.

The average colorectal cancer age-adjusted death rates (1971-1996) were 11.2 per 100,000 men (95% CI: 10.1-12.3), and 8.3 per 100,000 women (95% CI: 7.7-8.9). The secular linear mortality trends showed significant increase

both in males ($y = 11.2 + 0.2x$; $p = 0.000$), and females ($y = 8.3 + 0.1x$; $p = 0.000$).

The highest rise in age-specific death rates, according to linear mortality trends, was observed in males over 65 years (7.8% annually), and females between 60 and 69 years (5.9% annually).

In cohort analysis of age-specific rates in males, younger birth cohorts were compared with older ones. The increasing colorectal cancer mortality risk has been observed for ages over 40, with statistical significance in age groups over 45. In ages between 45 and 59, and over 60, the youngest birth cohorts were at 2 and 2.5-fold higher cancer mortality risk than birth cohorts of the oldest generations. For example, the age specific colorectal cancer death rates in a 70-74 year group were 2.5-fold higher in men born between 1922 and 1926 (139.3/100,000) than in cohorts born 25 years earlier (58.7/100,000).

In cohort analysis of age-specific rates in females, changes in the age under 50 were not so expressive. In all age groups over 50, women of younger generations were at 2-fold higher cancer mortality risk than the oldest ones. The age specific colorectal cancer death rates in a 65-69 year group were doubled in women born between 1927 and 1931 (61.0/100 000), than in cohorts born 25 years earlier (30.5/100 000).

According to the present mortality trends, the further increase in colorectal cancer death rates, especially in the ages over 40, should be expected in future generations. Consistent increase in mortality risk in all younger birth cohorts of older ages, as well as in successive five-year age groups of the observed generations, could reflect the continuous increase in colorectal cancer incidence attributed to predominantly environmental exposures.

Key words: Colorectal cancer, mortality, cohort analysis. (SRP ARH CELOK LEK).

Британији, и нешто успореније у Француској и Италији. Међутим, у Бугарској, републикама бивше Југославије и у Румунији, од седамдесетих година прошлога века уочава се стабилан пораст тренда смртности. Почев од осамдесетих година примећује се пораст ризика и у Грчкој и Шпанији [16]. Код жена, у истом периоду посматрања и за исту групу узраста, истиче се знатно опадање смртности од карцинома колоректума у Великој Британији (од 19,5 на 10,4/100 000), за разлику од веома знатног пораста у Бугарској (од 6,7 на 14,3/100 000). На основу анализе смртности у кохортама од рака дебелог црева у Мађарској, у току 31-годишњег периода испитивања (1955–1985), слично резултатима ове студије, уочава се пораст ризика умирања млађих кохорта оба пола

[17]. Анализа стопа морталитета у кохортама од рака дебелог црева у Србији, за посматрани 26-годишњи период, указује на прилично уједначене, ниске стопе за особе оба пола млађе од 40 година, што би се могло објаснити перзистентно дугим латентним периодом болести. Конзистентан пораст ризика умирања у свим кохортама у старијим групама узраста, као и у сукцесивним групама узраста посматраних генерација, поткрепује све израженији утицај фактора средине који доприносе порасту инциденције, и следствено морталитета. Квалитетнији подаци статистике морталитета, као последица смањеног удела недефинисаних узрока смрти, мада не без могућег утицаја [18], не би могли да објасне овако изражени растући тренд умирања од рака дебелог црева у Србији.

ЛИТЕРАТУРА

1. WCRF/ AICR. Colon, rectum. In: WCRF/ AICR (Eds). Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington: World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research, 1997; Chapter 4.10:216-51.
2. Eckhardt S. Reflections on oncology in Central and Eastern Europe. *Ann Oncology* 1999;10(Suppl 6):3-7.
3. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. *Globocan 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*. IACR/tess, Lyon 2001.
4. Mitrović N, Jovičević-Bekić A, Gajić O. Descriptive epidemiology of cancer in Serbia. In: Pavlidis N, Kardamakis D, Costa A (Eds). *Cancer Control in the European Mediterranean Balkans and Middle East Countries*. ESO, Athens, Greece 1998:119-28.
5. Wingo PA, Tong T, Bolden S. *Cancer Statistics 1995*. CA-A 1995;45:8-11.
6. Ries L, Hankey B, Miller B, Hartman A, Edwards B (Eds). *Cancer Statistics Review 1973-1988*. National Cancer Institute, Bethesda 1991.
7. Procene stanovništva SR Jugoslavije prema polu i starosti u periodu 1948-1992. Stanovništvo 43. Savezni zavod za statistiku 1995.
8. Procene stanovništva i prirodno kretanje stanovništva u 1993. godini, Stanovništvo 50. Savezni zavod za statistiku 1996.
9. Procene stanovništva SR Jugoslavije prema polu, starosti i tipu naselja u 1994. godini. Stanovništvo 51. Savezni zavod za statistiku 1996.
10. Isabel dos Santos Silva. *Cancer Epidemiology: Principles and Methods*. IARC, Lyon 1999.
11. Fleiss JI. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. John Wiley, New York 1981.
12. Kogevinas M. Cancer in the mediterranean countries: an overview. In: Pavlidis N, Kardamakis D, Costa A (Eds). *Cancer Control in the European Mediterranean Balkans and Middle East Countries*. ESO, Athens 1998:12-21.
13. American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures-1998*. American Cancer Society, Atlanta 1998.
14. American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures-1997*. American Cancer Society, Atlanta 1997.
15. Lynn A, Gloeckler R. Cancer death rates among 50 countries. In: Harras A, Edwards BK, Blot WJ et al (Eds). *Cancer Rates and Risks*. National Cancer Institute. NIH Pub No 96-901, Bethesda 1996.
16. Benos A. Cancer mortality trends in selected European countries (1960-1994) with an emphasis to the European mediterranean countries. In: Pavlidis N, Kardamakis D, Costa A (Eds). *Cancer Control in the European Mediterranean Balkans and Middle East Countries*. ESO, Athens 1998:72-86.
17. Peter Z. The descriptive epidemiological situation of cancer in Hungary. In: Zatonski W, Boyle P, Tyczynski J (Eds). *Cancer Prevention: Vital Statistics to Intervention*. PA Interpress, Warsaw 1990.
18. Jarebinski M, Vlajinac H, Adanja B i sar. Neke karakteristike smrtnosti od raka kolona i rektuma u SR Srbiji van pokrajina. *Vojnosanitet Pregled* 1984;6:492-5.

OLGA GAJIĆ-VELJANOSKI
 Odeljenje epidemiologije i prevencije
 Institut za onkologiju i radiologiju Srbije
 11 000 Beograd, Pasterova 14
 Tel.: 011/3610-949

Рукопис је достављен Уредништву 19. III 2001. године

ПРИКАЗИ КЊИГА

(Наставак са 172. стране)

Конечно, контроверзност није мана, напротив, она је највећа вредност Вуковићевог књиге. Иако мање по обиму и броју страница од *Споменице СЛД 1872-1972.*, по скромном мишљењу потписника овог текста Вуковићево *Српско лекарско друштво 1872-2002.* представља много садржајније дело.

Ништа мање значајна није ни фасцинантност материјала који Вуковић ставља читаоцима на увид. Схватимо да много тога нисмо знали, о много чему имали смо предрасуде. Свакако, не можемо остати равнодушни пред чињеницом да је „Србија током Првог светског рата изгубила 23 посто свог становништва“, да су то били „губици који су зачудили свет“, а „у земљи после завршетка рата није било детета млађег од три године“. Како оправдати и разумети размишљање једног лекара на кључном месту у српском војном санитету, који би по природи ствари требало да буде хуманиста и филантроп, а који тврди „да ми сви осећамо да наша будућност лежи у топу и пушци. У овим приликама ми морамо војску што боље да наоружамо...“? Да ли је потребан икакав коментар после одговора министра унутрашњих дела др Михајлу Марковићу, који је тражио да се усавршава из хирургије у Бечу, да је тамо потпуно непотребно одлазити, јер „ми и међу нашим селацима имамо довољно хирурга који умеју да наместе угануте зглобове, да лече преломе костију и ране... Да видите само нашег жандара каква чуда он чини. Ниједан му бечки професор није раван“? Има можда и важнијих података који би се могли цитирати, али не и оних који више значе и који су илустративнији.

Пишући о плејади знаменитих српских лекара, Вуковић одбацује устаљене формуле. Опет прибегава оригиналном концепту, сматрајући да су биографски подаци ових најугледнијих чланова СЛД свима добро познати и да је доста тога већ писано о њиховом животу и раду. Стога аутор открива читаоцима ону страну њихове личности која је готово непозната јавности и која представља кључ за суштинско разумевање рада и делања великана српске медицине.

Ова хроника, писана јасно и занимљиво, која непрекидно задржава читаочеву пажњу од прве до последње странице, с великим бројем судеоника и догађаја, покреће низ занимљивих тема и порука. Једна од порука је да многи данашњи проблеми у заштити здравља нису нови — трају већ деценијама, па и више од једног столећа. Истини за вољу, изгледа да је здравље народа последња брига свакој власти, сваком режиму.

И на крају, не умањујући значај и допринос Владимира Станојевића, наша историја медицине добила је једног од својих најзначајнијих, најоригиналнијих и најпорнијих истраживача модерног поимања ове гране медицинске науке, др Жарка Вуковића. Одавно присутан у нашој јавности, објавивши више стотина радова, чланака и фељтона из историје медицине, успео је поред овог подухвата да, с посебним истраживачким жаром и љубављу, исто тако осветли сву важност рада добровољачке мисије болница жена Шкотске на нашем тлу.

Вукашин Антић