

FIBROZITIS ŠAKE U RADNIKA INDUSTRIJE JADRANSKOG KAMENA

I. JAJIĆ, I. ETEROVIĆ, S. BOTTERI, A. ČATIPOVIĆ,
V. SMOLČIĆ i V. MARINOVIĆ

*Bolnica za reumatske bolesti i rehabilitaciju »Splitske bolnice«,
Zavod za zaštitu zdravlja Split, Dom narodnog zdravlja, Supetar i Dom narodnog
zdravlja, Split*

(Primljeno 9. X 1967)

Ispitivana je pojava i učestalost fibrozitisa u radnika Industrije jadranskog kamena na otoku Braču. Ispitivanu grupu je sačinjavalo 119 radnika, a kontrolnu grupu 70 manualnih radnika građevinske struke.

Naše ispitivanje je pokazalo da je učestalost fibrozitisa upadljivo veća kod ispitanika (81%) nego kod radnika kontrolne grupe (40%), tako da je razlika statistički signifikantna (χ^2 216,19; P 0,00001).

Na osnovi postignutih rezultata možemo reći da je fibrozitis tipično profesionalno oboljenje radnika industrije kamena i mramora.

Fibrozitis spada među najčešća reumatska stanja, kod kojih se reumatski proces odvija u vezivnom tkivu (1, 2, 3, 4, 5).

U toku višegodišnjeg rada sa radnicima Industrije jadranskog kamena opazili smo da se fibrozitis često javlja u radnika ove grane industrije. Pogada relativno mlađu dobnu skupinu i prvenstveno zahvaća lokomotorni sistem, naročito šake. Iz toga proizlaze određeni materijalni gubici za radnu organizaciju i radnika – privremena ili trajna nesposobnost za rad i ranu invalidnost. Stoga smo pristupili proučavanju fibrozitisa šake u radnika Industrije jadranskog kamena i mramora. Time smo htjeli utvrditi na koji način i u kojoj mjeri se fibrozitis javlja na radu, da li na pojavu, učestalost i kvalitetu fibrozitisa utječe vrsta radnog mjesta i mikroklimatski faktori, utvrditi učestalost fibrozitisa u općem morbiditetu s obzirom na lokomotorni sistem, utvrditi morbiditet od reumatskih bolesti u kolektivu, te ispitati pojavu i učestalost fibrozitisa u kontrolnoj grupi građevinskih radnika.

W. Gowers (1904) prvi je upotrijebio izraz fibrozitis za skup simptoma hipotetične inflamatorne prirode u fibroznim elementima lumbalnih mišića (1, 2, 7). Danas se pod tim pojmom razumijeva oboljenje bijeloga vezivnog tkiva mišića, tetiva, fascija, vanjskog sloja zglobne kapsule, supkutanog tkiva, seroznih burza i dr.

Općenito je prihvaćeno mišljenje da je etiopatogeneza fibrozitisa kompleksna (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7). Poznato je da se fibrozitis javlja u toku sistemnih bolesti vezivnog tkiva i u toku nekih zaraznih bolesti (1, 4, 7). Pojedini autori na prvome mjestu spominju lokalne lezije vezivnog tkiva (5) i sumirane mikrotraume koje izazivaju lokalne vazomotorne i cirkulatorne poremećaje (8, 9, 10). Emocionalni stresovi i stanje psihičke napetosti mijenjaju tonus mišićnog i vezivnog tkiva, ponekad sve do patološkog, izazivajući vazokonstrukciju krvnih žila, bol, i mijenjajući njihov prag podražljivosti (1, 4, 5, 10). Tako rad, kao fizička i psihička potreba čovjeka, u nepovoljnim uvjetima može postati patogenetski faktor ne samo fibrozitisa nego i drugih reumatskih bolesti (6, 9, 11, 12, 13). Umor, hladnoća, nagle promjene temperature i vlaga okrivljuju se kao precipitirajući faktori fibrozitisa, naročito kod disponiranih osoba i u toku teškog fizičkog rada (1, 6, 8, 14).

Sindrom fibrozitisa može se utvrditi samo klinički, i to bolovima i ukočenošću mekih tkiva (1, 5, 15), a kasnije, u slučaju razvitka indurativno-fibroznih promjena, i kontrakturama, naročito u prstima šaka (1).

Akutni, subakutni i kronični fibrozitis, bio primarni ili sekundarni, često završava restitucijom *ad integrum* u anatomskom i funkcionalnom pogledu (1, 5, 7, 15).

Zbog dugotrajnog djelovanja podražajnih faktora na tzv. »fibrozni teren«, mogu se razviti slabije ili jače indurativne i fibrozne promjene koje ponekad završavaju nastankom kontraktura. Takve se promjene najčešće nalaze na palmarnoj aponeurozi (Dupuytrenova kontraktura), na vratu (u toku kroničnog tortikolisa) i na ramenom zglobu (kao hiperplazija vezivnog tkiva kapsule u toku periartritisa) (1, 3).

Svakodnevne traume, prisilni položaj šake pri obavljanju rada dovode do oštećenja funkcije vazomotora i slabijeg odvoda venozne krvi iz šake. Zbog porasta tlaka u kapilarama, nastaje povećana permeabilnost njihove stijenke i nakupljanje intersticijalne tekućine u tkivima. S druge strane, dugotrajno izlaganje hladnoći i naglim promjenama temperature izaziva iste promjene – disfunkciju arterio-venularnog sistema, odgovornog za zagrijavanje dijelova tijela izloženih hladnoći. Posljedica oštećenja vazomotorne regulacije topline jest razvijanje hipoksije tkiva, promjena njegova metabolizma, oštećenje kapilara i stvaranje intersticijalnog edema. Tako nagomilani kiseli metaboliti i insuficijentna prehrana imaju izrazito podražajni i patogeni učinak na vezivno i mišićno tkivo (8, 16, 17, 18, 19). Započeti patofiziološki proces uzrokuje nepoželjni *circulus vitiosus*, koji traje dokle god je radnik izložen nepovoljnim vanjskim faktorima.

Kolagena i elastična vlakna u longitudinalnom i transverzalnom sloju palmarne aponeuroze poredana su u slojeve koji čine izvjesne plohe – tzv. »zglobne plohe«, a u fascijama »fascijalne zglobove« između kojih se vrši gibanje (1). Nastali nepovoljni patofiziološki uvjeti u vezivnom tkivu šake (palmarna aponeuroza i ostalo vezivno tkivo) djelovanjem kompleksnih faktora – endogenih i egzogenih, uvjetuju reaktivno buja-

nje vezivnog tkiva i stvaranje adhezija između pojedinih »zglobnih ploha« u palmarnoj aponcurozi i »fascijalnih zglobova« u mišićima. Daljnje trajanje nepovoljnih prilika, koje podržava spomenuti circulus vitiosus, uzrokuje slabije ili jače indurativne i fibrozne promjene ireverzibilne prirode. Mišići šake takvih radnika degeneriraju zbog dugotrajne insuficijentne prehrane i toksičkog djelovanja deponiranih metabolita (1, 4, 20).

Na mjestu promijenjenih mišića javlja se ravnomjerno bujanje nefunkcionalnog vezivnog tkiva. Posljedica tih promjena je smanjenje volumena mišića i njegove grube snage. Daljnji rad u takvim nepovoljnim uvjetima može dovesti do oštećenja zglobne kapsule, zglobne hrskavice i koštanih dijelova zgloba.

Znakovi fibrozitisa šake klinički se očituju nabreknućem pojedinih članaka ili cijelih prstiju (pa i cijele šake), a zatim edemom supkutanog tkiva. Bolesnici se tuže na mravinjanje, bolove i grčeve u prstima. Osjet dodira na prstima je reduciran, a fini pokreti prstiju postaju nespretni. Koža se ne može odignuti od podloge, a pri palpaciji edematoznih mjesta javlja se bol. Progresijom fibroznih i indurativnih promjena na šaci, pokreti prstiju postaju otežani, a naročito ekstenzija prstiju (kontrakture).

VLASTITA ISPITIVANJA

Ispitivanje je izvršeno kod 119 radnika Industrije jadranskog kamena i mramora u pogonima Pučišta i Škrip na otoku Braču. Kontrolnu grupu je sačinjavalo 70 radnika građevinskog poduzeća »Novska« iz Supetra na istom otoku.

Kod svih ispitanika uzeta je detaljna medicinska i radna anamneza, izvršen je ciljani sistematski pregled celokupnog lokomotornog sistema, izvršene su i fizikalne pretrage (radiološka obrada šaka, oscilografija i dinamometrija), izvršen je obilazak, opis i popis radnih mjesta. Zatim je ispitan cjelokupni kolektiv – administrativno i pomoćno osoblje u oba pogona – radi utvrđivanja učestalosti reumatskih bolesti.

Ispitivanje je obavljeno na samom radnome mjestu i to u maju 1967.

Pri popunjavanju anketnog lista naročitu pažnju smo posvetili utjecaju faktora iz tehnologije rada na postanak fibrozitisa, utjecaju faktora iz radne okoline i na kraju, vodili smo računa o načinu i vrsti prehrane, te o načinu odlaska i dolaska na posao svakog radnika. Posebno su nas zanimala subjektivne smetnje u prstima šaka – trnci, Raynaudov fenomen, smetnje osjeta dodira, bolovi u prstima te godišnje doba kada su sve smetnje najintenzivnije.

U ispitivanoj grupi radnika dominirala je srednja dobna skupina, dok je u kontrolnoj grupi bila najbrojnija mlađa dobna skupina (Tablica 1). Prosječna životna dob ispitanika iznosi 35,7 godina, a radnika kontrolne grupe 31 godinu.

Tablica 1

Raspodjela radnika prema dobnim skupinama u obje grupe

Dob u godinama	Ispitivana grupa	%	Kontrolna grupa	%
10 - 19	2	2	10	14
20 - 29	16	14	28	40
30 - 39	79	66	23	33
40 - 49	10	8	6	9
50 - 59	12	10	2	3
60 i više			1	1
Ukupno	119	100	70	100

Tablica 2

Učestalost fibrozitisa šake u ispitivanoj i kontrolnoj grupi radnika

	Broj radnika ispitivane grupe	% radnika s fibrozitisom	Broj radnika kontrolne grupe	% radnika s fibrozitisom
Fibrozitis	96	81	28	40
Bez znakova fibrozitisa	23	19	42	60
Ukupno	119	100	70	100

Fibrozitis šake nađen je kod 81%, a u kontrolnoj grupi kod 40% radnika - χ^2 216.19; P 0,00001 (Tablica 2).

68% radnika u dobnoj skupini između 30 i 39 godina ima fibrozitis šake. Našli smo ga i kod 40% radnika kontrolne grupe u istoj dobnoj skupini (Tablica 3).

Utvrđili smo dulji prosječni radni staž kod ispitanika (13,7 godina) nego kod radnika kontrolne grupe (6,7 godina). Sa višom životnom dobi radni staž je veći u ispitivanoj grupi radnika, jer radnici iz kontrolne grupe nisu bili u stalnom radnom odnosu, a dob pri zapošljavanju bila je različita (Tablica 4).

Tablica 3

Učestalost fibrozitisa prema dobnim skupinama u obje grupe radnika

Dob u godinama	Broj ispitanika	%	Broj radnika kontrolne grupe	%
20 - 29	13	14	10	36
30 - 39	65	68	11	40
40 - 49	10	10	5	18
50 - 59	8	8	1	3
60 i više			1	3
Ukupno	96	100	28	100

Tablica 4

Učestalost fibrozitisa prema duljini radnog staža u obje grupe radnika

Dob u godinama	Broj ispitanika	%	Broj radnika kontrolne grupe	%
2 - 3	6	6	6	22
4 - 5	7	7	5	18
6 - 7	4	4	8	28
8 - 9	7	7	4	14
10 - 11	13	14	3	10
12 - 13	10	10	1	4
14 - 15	14	15		
16 - 17	11	12		
18 - 19	10	10		
20 - 21	3	3	1	4
22 i više	11	12		
Ukupno	96	100	28	100

Najčešće obolijevaju od fibrozitisa klesari (94%), zatim lomioči kamena (82%), oblikovači kamena (81%) te pištoljisti (Tablica 5).

Tablica 5

Učestalost fibrozitisa šake prema zanimanju kod ispitanika i kontrolne grupe radnika

Zanimanje	Broj ispitanika	Fibrozitis	
		Broj	%
Klesari	50	47	94
Lomioci	17	14	82
Oblikovači	11	9	81
Pištoljisti i ostali	41	26	63
Ukupno	119	96	81
Građevinski radnici kontrolne grupe	70	28	40

Prema učestalosti simptoma fibrozitisa šake na prvome mjestu stoje fibrozne promjene (69%), nabreknuće prstiju (64%), te kontrakture prstiju u metakarpo-falangealnim i interfalangealnim zglobovima (39%). Ulnarna devijacija prstiju šake je nađena kod 8,3% ispitanika, i to samo kod klesara (Tablica 6). Raynaudov fenomen je nađen kod 14 radnika (pištoljisti i klesari).

Tablica 6

Prikaz simptoma fibrozitisa šake prema učestalosti kod 119 radnika Industrije jadranskog kamena i 7 radnika kontrolne grupe u 1967.

Simptomi	Ispitivani radnici	%	Kontrolna grupa	%
Fibrozne promjene šake	82	69	14	20
Nabreknuće prstiju šake	76	64	28	40
Kontrakture prstiju u metakarpo-falangealnim i interfalangealnim zglobovima	46	39	10	14
Ulnarna devijacija prstiju šake	10	8		

Pošto je izvršeno ispitivanje cjelokupnog lokomotornog sistema, utvrđena je na temelju anamneze jednokratna ili višekratna križbolja ili ishijalgija kod 70% ispitivanih radnika, a u kontrolnoj grupi kod 28% radnika. Bol u vratnoj kralješnici ustanovljena je kod 29% radnika prve

grupe i kod 11% radnika druge grupe. Kifoza i skolioza grudne ili slabinske kralježnice nađena je kod 38% ispitanika i kod 43% kontrolnih radnika.

Anketa je otkrila da 56% ispitivanih radnika ide na posao pješice, od 2 do 6 km. Radnici kontrolne grupe stanuju u nastambama u blizini gradilišta.

Trajanje noćnog odmora iznosi 7 sati kod 67%, a kod ostalih radnika više ili manje od 7 sati dnevno.

Prema podacima iz ankete 68% ispitanika radi još u slobodno vrijeme od 2 do 4 sata dnevno, bilo poljske radove ili u svojoj struci, a 12% radnika preko 4 sata dnevno.

Prehrana radnika Industrije jadranskog kamena uglavnom zadovoljava kalorijske potrebe, dok je prehrana kontrolnih radnika nešto slabija.

Radiološko ispitivanje pokazalo je degenerativne promjene na zglobovima šaka kod 20% ispitanika i 19% radnika kontrolne grupe.

Nađena su strana tijela u mekim tkivima kod 10% ispitanika i 21% kontrolnih radnika.

Dinamometrijske vrijednosti pri ispitivanju šake bile su općenito niže u ispitanika nego u radnika kontrolne grupe.

Oscilometrijsko ispitivanje cirkulacije na gornjim ekstremitetima (a. radijalis i a. brahijalis) nije pokazalo patološke vrijednosti.

U toku uzimanja ankete i vršenja sistematskih pregleda radnika ispitivana je temperatura zraka, brzina strujanja zraka i temperatura predmeta sa kojima radnici dolaze u dodir (kamen i željezo). Na osnovi dobijenih podataka izračunata je relativna vlaga i efektivna temperatura kao zajednički toplinski indeks.

Nisu nađene znatnije razlike između temperature zraka i kamena. Toplinski uvjeti rada za vrijeme našeg ispitivanja bili su uglavnom optimalni, tako da se efektivna temperatura kretala s granicama zone komfora. Kod rada na suncu zbog toplinske radijacije, efektivna temperatura bila je nešto povišena. Naše ispitivanje je pokazalo: 1. da temperatura zraka od 7 do 13 sati varira za 8–10° C, a temperatura željeza još više; 2. temperatura zraka tokom srpnja kretala se od 34–37° C, temperatura kamena od 41–47° C, a temperatura željeza do 58° C; 3. razlike temperature zraka, kamena i željeza su za vrijeme jutarnjih sati minimalne, dok se kasnije tokom dana ta razlika povećava zbog sunčane radijacije.

Pobol od reumatskih bolesti u pogonima Pučišta i Škrip ustanovljen je kod 16,3% osoba, i to od upalnih 1,4%, a od degenerativnih reumatskih bolesti 14,8%.

Opći morbiditet lokomotornog sistema iznosio je 34%. Na učestalost fibrozitisa u općem morbiditetu lokomotornog sistema otpalo je 72%.

DISKUSIJA

Pored konstitucionalne sklonosti vezivnog tkiva da pojačanim bujanjem reagira na razne podražaje, mnogi autori ukazuju na posebno značenje egzogenih faktora za postanak fibrozitisa (1, 21). Oni su uglavnom mehaničke prirode, kao što je preopterećenje, dugotrajno i često ponavljane mikrotraume, koje su patogenetski odnosno provokativni faktori fibrozitisa.

Prema *Schoenu* i *Miehlkeu* učestalost fibrozitisa među reumatskim bolestima kreće od 5,8 do 70%.

Čop i sur., analizirajući 300 bolesnika s reumatoidnim artritismom, našli su da su kod 70% ispitanika vlaga i hladnoća imale utjecaja na razvitak bolesti (14).

Naše ispitivanje otkrilo je znatno veću prevalenciju fibrozitisa u radnika Industrije jadranskog kamena nego u radnika kontrolne grupe (χ^2 216,19; P 0,00001).

Fibrozitis je bio najučestaliji u srednjoj životnoj dobi (68%), dok je nađen skoro kod svakog radnika iz starijih dobnih skupina. Većina ispitanika (76%) imalo je radni staž dulji od 10 godina, dok je u kontrolnoj grupi kod 82% radnika bio kraći od 10 godina. Uočljivo je da duljina radnog staža i radni uvjeti utječu na pojavu i učestalost fibrozitisa.

Radeći čitav radni staž u nepovoljnom položaju i na otvorenom prostoru (kamenolom, klesarska radionica, pilana itd.) te zbog stalnog kontakta s kamenom i željeznim alatom, izloženi su nepravilnim zračnim strujanjima i naglim promjenama temperature, naročito zimi. To izaziva lokalno ili opće rashlađivanje kože, posebno djelovanjem vlažne hladnoće na oznojenu ili pokislu kožu u toku napornog rada. Stoga je razumljivo da se fibrozitis javlja već u najranijim godinama života i rada. Tako smo našli da radnici s radnim stažom od 2 do 3 godine (njih 6) u obje grupe ispitanika već boluju od fibrozitisa.

S obzirom na vrstu posla, najugroženiji su klesari (94%) i lomioči kamena (82%), jer su oni najviše izloženi štetnom djelovanju faktora mikroklimе i jer je način rada jednoličan i u prisilnom položaju (trup pod kutom od 90°, a obje šake stisnute).

Fibrozne promjene šake (69%) najčešće su nađene u radnika s duljim radnim stažom. Kontrakture prstiju u metakarpo-falangealnim i interfalangealnim zglobovima najčešće su nađene u klesara i radnika s radnim stažom iznad 10 godina (39%).

Pod dugotrajnim opterećenjem šake u toku klesanja, zbog kronične hipoksiје i toksičkog djelovanja nakupljenih produkata metabolizma, popusti tonus vezivnog i mišićnog tkiva, nakon čega daljnji prisilni položaj dovodi prste u položaj ulnarne devijacije.

Radnici dolaze već djelomično umorni na posao od pješaćenja do radnog mjesta (56%). Skraćeni noćni odmor i rad u polju ili profesionalni rad u slobodno vrijeme, uzrok su kroničnom umoru i kontinuiranom djelovanju štetne nokse na postanak fibrozitisa.

Nismo mogli utvrditi uzročnu vezu između prehrane i fibrozitisa.

ZAKLJUČAK

Naše ispitivanje pojave i učestalosti fibrozitisa šake u radnika Industrije jadranskog kamena i razmatranje literature kojom smo raspolagali omogućili su nam da izvedemo slijedeće zaključke:

1. Prevalencija fibrozitisa je znatno veća u ispitanika nego u kontrolnoj skupini radnika. Najčešće obolijevaju od fibrozitisa klesari, jer su oni najviše izloženi ponavljanim mikrotraumama i funkcionalnim preopterećenjima šake te nepovoljnim uvjetima radne okoline.

2. Većina radnika u ispitivanoj grupi ima dulji radni staž nego radnici u kontrolnoj grupi. Ovi potonji općenito pripadaju mladim dobnim skupinama, za razliku od ispitivanih radnika, koji spadaju u srednju dobnu skupinu. S višom životnom dobi našli smo dulji radni staž u ispitanika nego u kontrolnoj grupi radnika iste dobne skupine. To ukazuje na patogenetsku ulogu industrijskih faktora u postanku fibrozitisa. Najčešće se fibrozitis javlja u radnika s radnim stažom iznad 10 godina.

3. Prvi su znakovi fibrozitisa mravinjanje u prstima i nabreknuće prstiju, kasnije fibrozne promjene i kontrakture prstiju.

4. Osim načina obavljanja rada, na pojavu fibrozitisa utječu faktori iz radne okoline, umor izazvan produženim radom u »slobodno« vrijeme, pješačenjem do radnog mjesta, nedovoljnim dnevnim odmorom i nepravilnim korištenjem radnog odmora.

5. Zbog jačih fibroznih promjena, propadanja mišića i nastanka kontraktura, gruba snaga šake je reducirana a radna sposobnost smanjena. U takvih radnika smanjene su dinamometrijske vrijednosti.

6. Na temelju našeg ispitivanja možemo reći da je fibrozitis tipično profesionalno oboljenje radnika Industrije jadranskog kamena koje je uvjetovano s više egzogenih faktora vezanih za rad i radno mjesto.

7. Radi poduzimanja preventivnih mjera potrebno je: a) što ranije otkriti znakove početnog fibrozitisa; b) tačno analizirati radno mjesto radnika s fibrozitisom; c) ocijeniti radnu sposobnost radnika u odnosu na daljnje pogoršanje bolesti i premjestiti radnika na zaštićeno ili drugo radno mjesto; d) poboljšati higijensko-tehničke uvjete rada; e) radni odmor iskoristiti u rekreaciji i sportskim aktivnostima.

Literatura

1. *Traut, E. F.*: Rheumatic Diseases, Mosby, St. Luis, 1952.
2. *Stanojević, B.*: Reumatizam, 1 (1958) 22.
3. *Berović, Z.*: Reumatologija, Med. knjiga, Beograd-Zagreb, 1966.
4. *Graham, W.*: Fibrozitis, u *Cecil-Loeb*: Udžbenik interne medicine, 10 izd., Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1966.
5. *Smythe, H.*: Fibrositis Syndrome, u *Holander, J. L.*: Arthritis and Allied Conditions, 7. izd., Lea and Febiger, Philadelphia, 1966.
6. *Dürriegl, T.*: Reumatske bolesti u industriji, IV Seminar iz medicine rada, Kaštel Stari, 1963.
7. *Dürriegl, T.*: Medicinska enciklopedija, VIII, Jugoslavenski leksikografski zavod, Zagreb, 1963.

8. *Allen, E. U.*: Peripheral Vascular Diseases, 3 izd., W. B. Saunders comp., Philadelphia i London, 1962.
9. *Androić, S.*: Arh. hig. rada, 13 (1962) 195.
10. *Mikulinskij, A. M.*: Gig. sanit., 4 (1966) 105.
11. *Deprato, D.*: Reumatizam, 4 (1959) 150.
12. *Mardešić, D. i Zergollern, J.*: Lij. vjes., 83 (1961) 1019.
13. *Mundić, U.*: Lumbalgije i lumboišijalgije kao profesionalna oboljenja rudara, Sadržaj predavanja na III kongresu reumatologa Jugoslavije, Reumatizam, 6 (1959) 139.
14. *Čop, D. i sur.*: Reumatizam, 1 (1960) 4.
15. *Copeman, U. S. C.*: Textbook of the Rheumatic Diseases, 3. izd., L. S. Livingstone, Edinburgh i London, 1964.
16. *Cuculić, M.*: Reumatizam, 6 (1958) 211.
17. *Šahbazjan, G. H. i Šlejman, F. M.*: Gig. sanit., 3 (1967) 43.
18. *Mandić, U.*: Rad. med. fak. Zagreb, 14 (1966) 34.
19. *Uladimirova, N. A. i Artamanova, U. G.*: Vop. kurortologij, fizioterapii i lečebnoj fizičkoj kulturi, 3 (1965) 215.
20. *Miehlke, K.*: Z. Rheumaforschg., 19 (1960) 310.
21. *Schoen, R. i Miehlke, K.*: Reumatizam – Excerpta, 4 (1962) 163.

Summary

HAND FIBROSITIS IN WORKERS OF THE ADRIATIC STONE DRESSING INDUSTRY

The authors studied the incidence and prevalence of fibrositis in a group of 119 workers of the Adriatic Stone Dressing Industry on the island of Brač. A group of 70 workers engaged in building served as controls.

Etiology, pathophysiology and clinical picture of the disease are discussed.

The prevalence of fibrositis was found to be much higher (81%) in the stone dressers than in the control group (40%) and the difference is statistically significant (χ^2 216,19, P. 0,00001).

From the results obtained it is concluded that fibrositis is a typical occupational disorder of the workers engaged in stone dressing.

»Splitske Toplice« Hospital for Rheumatic Diseases and
Rehabilitation, Institute for Health Protection, Split,
Health Centre, Supetar, and Health Centre, Split

Received for publication
October 9, 1967