

Cesto se vidi u praksi da je zahod izveden sasvim primitivno, iz dasaka, bez pokrova i t. d. To je skroz pogrešno, jer zahod mora biti i ako provizoran, solidno izveden, iz dasaka, koje su dobro učvršćene a reške pokrivene letvicama, kako bi se sprečila promaja te dobrim pokrovom da ne prokišnjava. Ako je ikako moguće dovesti tekuću vodu, te odvodnju spojiti sa postojećom kanalizacijom. Ako to nije moguće, treba učiniti zahodsku jamu, koja odgovara higijenskim zahtjevima.

Potrebno je izgraditi jednu baraku, koja može biti u sklopu skladišta, u kojoj treba osigurati jednu dovoljno prostranu i čistu prostoriću, koja će služiti kao svlačionica (garderoba, te odmaralište). Radnicima treba staviti na raspolaganje praonice sa dovoljnim brojem izljeva (pipa). Na gradilištu treba da bude ormarić sa priborom za pružanje prve pomoći. Taj ormarić treba da je na određenom mjestu, označen crvenim križem i snabdjeven prema »uputa za uređenje ormarića za prvu pomoć«, koju je izdao S. Z. Z. S. O. u Zagrebu.

Da bi se zaista provodale te zaštitne mjere, Središnji zavod za socijalno osiguranje pristupio je osnivanju i organizaciji »Zaštitnih aktivna« po svim poduzećima, pa tako je potrebno, da se takovi aktivni osnuju i kod raznih građevinskih radova, sa zadatkom, da kontrolišu, da li su sve zaštitne mjere, kako u tehničkom, tako u higijenskim pogledu, provedene i da se provadaju.

DR. KAZIMIR MODRIĆ

OCJENJIVANJE RADNE SPOSOBNOSTI IZA NESRETNIH SLUČAJEVA

Poslovnom nezgodom smatramo svaku nezgodu, koja se dogodi za vrijeme vršenja redovnog posla, te je prema tome vremenski i prostorno u vezi s poslom. Ogromna većina nezgoda nastaje naglo, nenadnim vanjskim uticajem, jednokratnim, naglim djelovanjem za vrijeme, dok ozlijeđeni vrši svoj redoviti posao. Kod toga nije važno, da li se posljedice nezgode razvijaju polagano ili nastanu naglo, da li se radi o akutnom ili kroničnom oboljenju, nego da li se je štetno djelovanje događaja odrazilo na zdravstveno stanje osiguranika u razmjerno kratkom roku. Trajanje tog roka nije se dalo lako odrediti, ali se ipak u nekim državama uobičajilo, da se nezgodom imadu smatrati događaji, koji dovedu do oštećenja unutar jedne smjene.

I ako je odluka, da li se u pojedinom slučaju radi o poslovnoj nezgodi često pitanje čisto pravne naravi, ipak je za liječnika neophodno potrebno, da se upozna s ovim pojmom s medicinskog gledišta, jer ne rijetko bude i on stavljen pred zadatak, da o tome dade svoje mišljenje. U pitanjima uzročne veze između bolesti i nezgode, u pitanju, da li se radi o profesionalnom oboljenju, ili obrtnom trovanju samo i jedino liječnik može dati mjerovadavan odgovor.

Kao poslovna nezgoda važi nadalje i oboljenje od kolere, žute groznice i Beri-beri kod mornara, kad su ukrcani, nadalje trovanje olovom, živom i fosforom, manganom, nitroznim plinovima, benzolom i homolozima.

ma, zatim nitro- i aminospojevima aromatskog reda, ako je do tog trovanja došlo uslijed rukovanja tim tvarima u poslu. Isto se tako smatra poslovnom nezgodom oboljenje od Anthraxa (bedrenice) kod rada sa zaraženim životinjama, životinjskim otpacima, te kod utovara, istovara i transporta te robe.

Među poslovne nezgode ubrajaju se i one nezgode, koje zadese osiguranika na redovnom putu na posao i s posla kući. Pod redovnim se putem razumijeva onaj put, koji se ne prekida u interesu osiguranika, jer prekidajući taj put radi svojih privatnih poslova osiguranik prekida vezu s poslom, koji ga obvezuje na osiguranje. Osim toga se ubrajaju i one nezgode, koje zadese osiguranika na bilo kojem radu, koji on vrši po nalogu svog poslodavca.

Uzrok, radi kojeg je došlo do nezgode nije od važnosti za priznavanje potpora i renta, pak se tako priznavaju i u onim slučajevima, gdje je osiguranik skrivio nezgodu vlastitom nepažnjom ili nemarom. Ako je pak osiguranik nezgodu prouzrokovao hotimično u namjeri da dođe do potpore ili rente, gubi pravo na potpore. Ali ako uslijed takove namjerne prouzrokovane nezgode dođe do smrti osiguranika, tada se njegovoj porodici priznaju sve zakonske potpore i rente kao i u ostalim nesretnim slučajevima.

Po zakonu (§ 84.) je cilj osiguranja u nesretnim slučajevima, da se naknadi šteta, koja je nastala zbog tjelesne povrede ili smrti prouzrokovane nesretnim slučajem, ali sam zakon nema definicije štete, nego propisuje kao naknadu te štete određeni iznos novčane oštete kod potpune nesposobnosti za rad, a za vrijeme njezinog trajanja. U slučaju djelomične nesposobnosti za rad pripada osiguraniku onaj dio potpune rente, koji je u srazmjeru s izgubljenom radnom sposobnosti. Prema tome se tjelesna povreda kao takova ne odštećuje, nego se nadoknađuje gubitak sposobnosti za rad.

Naknada se po ZOR-u sastoji iz:

1. besplatne liječničke, odnosno bolničke pomoći, lijekova i pomoćnih sprava za liječenje;
2. hranarine do svršetka liječenja, a najduže do navršetka 70. dana iza nezgode (10 nedjelja);
3. rente, dok traje nesposobnost za rad, ili umanjene radne sposobnosti, počam od 71. dana, odnosno od dana kada je obustavljena hranarina, ako je liječenje prije završeno.

Liječnici socijalnog osiguranja imaju u slučajevima nezgode važnih dužnosti, od kojih je najpreča da ozlijeđenome pruže stručno prvu pomoć i da odrede sve što je potrebno u pogledu daljnjeg liječenja. Kod toga moraju imati stalno pred očima glavni cilj, a to je što bolje anatomske i funkcionalno izliječenje. Potpuna radna sposobnost je glavni i jedini kapital radnika, koji mu ni najveća renta ne može nadoknaditi.

Kod istrage nesretnog slučaja sudjeluje i liječnik u prvom redu savjesnim ispunjavanjem formulara na crvenom papiru »prvi liječnički pregled«. Važnost dobro i savjesno ispunjenog formulara ne može se nikad dovoljno naglasiti, a ipak ga liječnici ili uopće ne sastavljaju, ili ga sastave vrlo manjkavo, u većini se zadovolje samim navodom diagnoze. Vrlo važna rubrika o eventualnim prijašnjim nezgodama ili postojećim

bolestima (tuberkuloza, kila, deformiteti itd.) većinom se uopće ne pojavljuje, a rezultat je takovog nehaja, da u eventualnim kasnijim spor-
nim pitanjima osiguranje nema nikakvog oslonca u rentnom spisu.

Više puta može teška nezgoda proći bez štetnih posljedica, dok na-
protiv može laka ozljeda ostaviti trajnih štetnih posljedica. Zato je po-
trebno, da se prvi nalaz ispuni u svakom slučaju, pa i kod lakih ozljeda.
Za ilustraciju dovoljno je navesti ubod u prst, koji je svakidašnja poja-
va, radi koje se rijetko traži liječnička pomoć. Za vrijeme redovnog po-
sla to znači svakako poslovnu nezgodu, ali će liječnik za tu nezgodu sa-
znati samo, ako se prst zagnjosi. Ovo gnjojenje može ostati ograničeno,
ali se može i proširiti, a to se nikada ne može predvidjeti, kao što se ne
može predvidjeti ni trajanje, ni posljedice tog gnjojenja.

Svaki liječnik, koji je radio u osiguranju znade, da se anamnestič-
ki podaci osiguranika moraju znatno kritičnije prosuđivati, jer nas isku-
stvo uči, da u velikom broju slučajeva osiguranici nastoje da svoju
anamnezu »friziraju« onako, kako to odgovara njihovim materijalnim
prohtjevima. Glavni cilj liječnika mora biti, da što je moguće točnije
istraži i ustanovi tjelesno i duševno stanje unesrećenoga u prvo vrijeme
po nezgodi, jer samo u to prvo vrijeme po nezgodi ovi navodi imaju još
karakter iskrenosti, dok su naprotiv ti navodi kasnije podvrgnuti djelo-
vanju raznih vanjskih sugestivnih uticaja, među kojima želja za rentom
igra ne malu ulogu.

Sve većim razvojem osiguranja u grani nesreće postaje razumljivo,
da se uvijek i nanovo traži od uredskih liječnika, da odmah kod prvog
pregleda ustanove i fiksiraju stanje unesrećenog prije nezgode i da sa-
stave točan opis posljedica nezgode. Sa stanovišta osiguranja ovo je tra-
ženje ispravno, ali u praksi stvari obično stoje tako, da je na prvom
mjestu pružanje liječničke pomoći, dok za pismeno fiksiranje potrebnih
podataka nedostaje vremena, a više puta nije ozlijeđeni u stanju da bu-
de preslušan. I u bolnici, na klinici, kao i u praksi unesrećeni je u prvom
redu »pacijent«, a tek onda »osiguranik«. Na svaki način mora svakom
liječniku biti jasno, da naknadno uzimanje anamneze nije od koristi, jer
osiguranik kao pacijent obično daje objektivniji izkaz, nego što ga ka-
snije daje pacijent kao osiguranik. Osim toga imade još nešto: obično
konačno mišljenje i odluku o renti ne daje liječnik, koji je unesrećenog
prvi pregledao ili liječio. Ako se dakle u formularu liječnik ograničio na
samu diagnozu, biti će često puta teško liječniku, koji pregledava ozlije-
đenika nakon nekoliko mjeseci, dati svoje mišljenje o istinitosti subjek-
tivnih tegoba, pogotovo ako je objektivni nalaz negativan, ili beznačajan.
Ovo naročito vrijedi kod povreda lubanje sa potresom mozga, ako je prvi
nalaz ograničen na samu diagnozu.

Kratka, ali iscrpna anamneza uz točan opis anatomskog i funkcio-
nalog stanja dozvoljava skoro uvijek bez daljnega postavljanje dia-
gnoze. Ako imamo u vidu, da se diagnoza može i pogrešno postaviti i
osim toga da diagnoza sama po sebi ne govori ništa o proširenosti sta-
novitog procesa kao ni o njegovom karakteru, tada je svakome jasno, da
formular ispunjen samom dijagnozom ne vrijedi mnogo kod kasnijeg pro-
suđivanja slučaja. Ako se uz opis anatomskog nalaza liječnik posluži još
i skicom na poleđini formulara unašajući crtež i mjere te obujam mišićja
odgovarajućih ekstremiteta, moći će zaista pružiti prilično vjernu sliku

stanja nakon ozljede. Oznaka mjera i skiciranje pružaju često mnogo jasniju i zorniju predodžbu o povredi nego i sam opis, a ipak se rabe rijetko ili nikako. Kad bi uredski liječnici imali prilike da iz rentnih spisa vide, kakove se sve bolesti priznaju kao posljedice nesretnih slučajeva upravo radi nikakovog ili vrlo manjkavog prvog nalaza, sigurno bi tu svoju dužnost vršili savjesnije. Radi toga se važnost valjanog i pouzdanog prvog nalaza ne može nikada dovoljno naglasiti, a da se i ne spomene njegova naročita vrijednost u slučajevima, gdje dolazi u pitanje uzročna veza između traumc i raznih bolesti (tuberkuloza, osteomyelitis, tumori, zatim razne neuroze, traumatske psycho-neuropatije i t. d.).

Kao što je već rečeno, zakon ne osigurava ozljedu kao takovu, nego nadoknazuje štetu, odnosno posljedice ozljede. Mjera te štete je gubitak na radnoj sposobnosti.

Razne okolnosti imaju utjecaja na radnu nesposobnost: u prvom redu opće tjelesno i duševno stanje može biti u neposrednoj, izravnoj vezi sa samom ozljedom, zatim dolaze razne individualne osobine kao doba, spol, zvanje. Poznato je, da se stariji ljudi teško oporavljaju iza većih trauma i da se daleko teže prilagode na posljedice traume. Kod ženskog je spola gubitak na radnoj nesposobnosti veći nego kod muškaraca radi slabije otpornosti, osobito kod težih ozljeda. U pogledu zanimanja treba istaknuti, da socijalno osiguranje ne pravi razlike između kvalificiranog i nekvalificiranog radnika, jer su pred zakonom svi jednaki. Stručna sprema kvalificiranog radnika dolazi do izražaja u visini rente, koja je kraj jednakog postotka veća radi veće zarade i tim u vezi većeg nadničnog razreda.

Sto se tiče individualnih osobina potrebno je spomenuti ljevoruke. Francuski autori Piédelèvre i dr. došli su na temelju istraživanja kod dojenčadi do zaključka, da je svaki čovjek najprije ambiman. Ona polovica mozga, koja u djetinjstvu dobija najviše impulsa biva kasnije odlučujuća, da li će čovjek biti dešnjak ili ljevoruk. Kako su mnogobrojni uređaji današnjeg kulturnog svijeta udešeni za upotrebu desnom rukom, moraju ljevoruci rabiti svoju desnu ruku u mnogo većoj mjeri, nego što dešnjaci rabe lijevu. Zato ne bi bilo umjesno ocijeniti gubitak lijeve ruke kod ljevorukih jednako kao gubitak desne ruke kod dešnjaka, jer ljevoruk rabi desnu ruku više nego dešnjak lijevu. Obratno bi trebalo gubitak desne ruke kod ljevorukih ocijeniti više nego gubitak lijeve ruke kod dešnjaka.

Gubitak radne sposobnosti može biti potpun, ili djelomičan, privremen ili trajan. Teške povrede sa znatnim posljedicama, koje iziskuju dugotrajno liječenje, uvjetuju potpunu radnu nesposobnost, koja traje tako dugo, dok traje potreba liječenja (t. zv. liječevna renta), odnosno mirovanje i dok god posljedice ozljede isključuju mogućnost rada.

Kroz 2 godine je renta privremena, jer se u većini slučajeva tokom tog vremena stanje popravi, stacionira i donekle nastupa navika. To vrijedi razumljivo za one slučajeve, kod kojih radna sposobnost ostaje umanjena za više od 20%. Nakon tog roka je renta trajna.

Vještačenje se sastoji u tome, da liječnik nakon opisa anatomskog i funkcionalnog nalaza dađe svoje mišljenje, za koliko je radna sposobnost umanjena i da ovo umanjenje izrazi u postocima. Kao osnova za ocijenjivanje uzimlje se individualna radna sposobnost prije nesretnog slučaja. Za vrijeme trajanja privremene rente osobito u početnim stadi-

jima iza nezgode pregledi se vrše u kratkim razmacima od 4—8—12 tjedana, jer u tim stadijima promjene nastupaju mnogo brže, a osim toga je u tim stadijima često potreban liječnički nadzor. Naročito to vrijedi za one slučajeve, gdje je potrebna fizikalna terapija i gdje se ona provodi. Tu će često liječnik moći pratiti postepeno poboljšanje funkcije, odnosno moći će dati potrebne upute. Radi toga su dugi razmaci apsolutno pogrešni i dolaze u obzir jedino u stanovitim slučajevima (amputacije), ali i tada ne u prvo vrijeme iza nezgode.

Vještačenje u socijalnom osiguranju je važna zadaća liječnika, kojoj se žalibože do sada od strane mnogih liječnika nije posvetila ona pažnja, koju taj rad zaslužuje. Mnogi i mnogi nalazi su manjkavi, površni, prečesto ograničeni na konstataciju, da je »stanje nepromijenjeno«. Funkcionalni je nalaz često izostavljen, a malo se tko služi skicom da unese mjere mišićja i razne druge pojedinosti, koje su katkad vrijednije i od samog opisa. Socijalno osiguranje ima puno pravo da od svojih liječnika traži, da rad oko vještačenja vrše sa punom pažnjom i sa više savjesti. Liječnici moraju znati, da se na temelju njihovog nalaza i mišljenja imade donijeti odluka o visini rente po zdravstvenom odjeljenju Središnjeg zavoda i po rentnom odboru, a da se ozlijeđenog ne vidi. Ako je taj nalaz nepotpun i loše sastavljen, tada je teško, a često i nemoguće donijeti konačnu odluku. Nadalje liječnici moraju računati i time, da će stanovit broj njihovih nalaza doći u ruke sudskih vještaka, stručnjaka van osiguranja, te bi u interesu vlastitog prestiža — da i ne spominjemo prestiž same ustanove osiguranja — morali nastojati, da im ne bude prigovora nalazima. Na kraju treba napomenuti, da se u nalazu imadu izbjegavati stručni medicinski izrazi koliko je god to moguće.

U manjim uredima vrši preglede rentnika obično glavni liječnik, dok u većim uredima postoje za tu svrhu posebni, rentni liječnici. U oba slučaja oni vrše preglede privremenih rentnika i stavljaju prijedloge za trajnu rentu, dok trajne rente određuje Središnji Zavod. Ipak preglede rentnika obavljaju često i ostali liječnici socijalnog osiguranja, osobito u krajevima, gdje su saobraćajne prilike slabe i gdje je dolazak rentnika u sjedište ureda skopčan s dugim i napornim putovanjem. Radi toga je potrebno, da se radom oko vještačenja i ocijenjivanja umanjenja radne sposobnosti iza nesretnih slučajeva upoznaju svi liječnici osiguranja. Treba imati na umu, da se kod toga često ne radi isključivo o medicinskom radu, već mogu doći u obzir pravna i socijalna pitanja. Kao u opće u medicini, tako naročito i ovdje treba svaki slučaj prosuđivati individualno izbjegavajući svaku šablonu, a preporučuje se da se prije svakog pregleda prouči čitav spis, koji često sadrži i za liječnika vrijednih podataka, a to može i za sam predstojeći pregled biti dobra priprema i olakšanje. Iz spisa će se uz lične podatke ustanoviti dan i način, kako se je nezgoda dogodila, dobiti će se uvida u prvi liječnički nalaz, naći će se podaci o ranijim nezgodama, a u slučaju, da je ranije pregledan i ocijenjen, poslužiti će taj nalaz kao podloga za usporedbu sadašnjeg sa prijašnjim stanjem.

Svaki nalaz treba početi s anamnezom, u kojoj treba izbjegavati dugo i opširno, a često i bezvrijedno izlaganje pregledanog. Treba se ograničiti na one podatke, koji su najvažniji: datum, vrijeme i tok nesreće, kad je pružena prva pomoć i tko ju je pružio, gdje je i kako je

liječen, je li rad odmah prekinut. Nadalje kakove su bile neposredne posljedice nezgode (gubitak svijesti, povraćanje, krvarenje, uzetost i t. d.) Treba se informirati o toku liječenja i o event. komplikacijama. Treba pitati za prijašnje nezgode u poslu i izvan posla, preboljele ili postojeće bolesti, prirodene ili stečene mane i na kraju, da li je uposlen, gdje i u kom svojstvu. Ne smije se zaboraviti ni obiteljska anamneza.

Posebnu pažnju treba posvetiti subjektivnim tegobama u vezi s nezgodom.

Uzimanje anamneze će nam osim traženih dati još mnogo drugih, dragocjenih podataka: o duševnom stanju, shvaćanju, pamćenju, o načinu govora i o sluhu, o sklonosti kveruliranju i agravaciji i t. d.

Kod svlačenja i oblačenja osobito, kad pregledani misli da ga ne opažamo, obratiti ćemo pažnju kretanjama pojedinih udova, zglobova, glave i tijela te event. izrazima bola, što će nam pružiti mnogo podataka za prosuđivanje subjektivnih tegoba.

Svaki ozbiljniji slučaj zahtijeva pretragu cijelog tijela te je potrebno da se pregledani svuče do gola, jer ćemo tako najbolje dobiti uvida o općem stanju, stanju ishrane, razvijenosti mišićja i kostura, raznim prirođenim ili stečenim manama, pokretima tijela, udova i zglobova. Uspoređujući bolesne dijelove tijela sa zdravim najbolje ćemo moći primjetiti, da li i u kom opsegu postoji atrofija ili zadebljanje odnosno cirkulatorne smetnje. Mjerenjem ćemo to objektivno ustanoviti i ubilježiti u sliku. U nastojanju da steknemo što bolju predodžbu o općem stanju i o konstituciji obratiti ćemo pažnju na boju kože i vidljivih sluznica, gdje ćemo po jače izraženom blijedilu moći zaključiti na postojanje anemije, koja bi mogla biti posljedicom povrede, naročito, ako je bila skopčana većim gubitkom krvi. Nastojati ćemo da lučimo konstitucionalnu mršavost od stečene, koja bi mogla biti posljedicom nezgode. Osim toga kod pretrage kože obraćamo pažnju na prisutnost žuljeva na dlanovima, kod čega pazimo, jesu li razvijeni na obim dlanovima podjednako, jesu li jako ili slabije izraženi te ćemo na temelju toga moći zaključiti, da li i u kojoj mjeri pregledani radi. Postojeće brazgotine opisujemo po lokalizaciji, izgledu, veličini, da li su prirasle na podlozi te nepomične ili slobodne, te da li smetaju gibivosti zglobova ili tetiva. Kod mišićja ispitujemo palpacijom tonus uspoređujući uvijek bolesnu sa zdravom stranom. Razlike u obujmu mišićja do jednog centimetra nisu od naročite važnosti i smatramo ih fiziološkima, pogotovo ako je tonus obostrano jednak, jer je za prosuđivanje funkcije važnija konzistencija mišića od razlike u obujmu. Obujam mišićja mjerimo uvijek u istom položaju ekstremiteta obih strana. Kod nadlaktice mjerimo po sredini, dok ekstremitet visi pruženih prstiju. Mišićje podlaktice mjerimo na najviše izbočenom mjestu. Nadkoljenicu mjerimo obično 20 cm iznad gornjeg ruba ivera (patellae), a podkoljenicu oko najdebljeg mjesta. Motornu snagu mišićja mjerimo obično kod gornjih ekstremiteta i to najjednostavnije tako, da pregledanom dademo da nam stegne ruke. Objektivnije, ali i kompliciranije je to mjerenje pomoću dinamometra.

Kod pretrage skeleta pazimo na deformacije kostiju i zglobova, razne defekte i gubitke pojedinih djelova tijela, zatim na razne iskrivljenosti, zadebljanja kao posljedice kroničnih oboljenja kostiju (tbc, osteomyelitis, lues, reumatizam). Jednako kao i kod pretrage mišićja moramo

uvijek uspoređivati bolesnu sa zdravom stranom. Zadebljanja zglobova ustanovljujemo objektivno mjerenjem. Kod pregledbe zglobova obraćamo najveću pažnju gibivosti koliko aktivnoj, toliko pasivnoj, a označujemo je u stupnjevima kuta, u kojem se pojedini zglob aktivno ili pasivno giblje u usporedbi sa fiziološkom gibivosti zdravog zgloba. Kod zgloba u ramenu mjerimo kut što ga nadlaktica pravi s trupom. Abdukcija je fiziološki moguća do 90° , a preko tog kuta giblje se cio rameni obruč skupa sa lopaticom. Dizanje ruke prema napred, elevacija, može se fiziološki izvesti za 180° . U laktenom zglobu mjeri se kut, koji pravi podlaktica prema nadlaktici. Pronacija i supinacija se mjere tako, da se kod spuštene (aducirane) nadlaktice drži podlaktica u pravom kutu prema nadlaktici. Iz srednjeg položaja, u kom se palac nalazi gore, okreće se ruka za 90° prema vani sa dlanom prema gore i za isto toliko prema unutar sa dlanom prema dole. Ukupna je amplituda 180° . U ručnom zglobu ispituje se fleksija (volarno) i ekstenzija (dorsalno) iz osnovnog položaja, u kom je ruka izravan nastavak podlaktice, te se mjeri kut što ga ruka pravi s podlakticom. Fleksija iznosi 80° , a ekstenzija oko 50° . Gibivost u stranu (radialno-ulnarno) nije od naročite važnosti. Od prstiju ruke je palac najvažniji obzirom na svoju mogućnost opozicije i zbog toga imade funkcionalno istu važnost kao svi ostali prsti skupa. Kod normalne opozicije njegov vrh dosegne temeljni zglob V. prsta. Kod ostalih prstiju označujemo umanjenje njihove gibivosti navlađajući za koliko centimetara ostaje njihov vrh udaljen od dlana. U kuku mjerimo gibivost slično kao i kod ramena s razlikom, da su ekskurzije u kuku znatno manje: abdukcija se može izvesti do 45° , a fleksija je normalno moguća do te mjere, da u ležećem stavu bedro bude prislonjeno uz trup. Kod zgloba u koljenu mjerimo kod fleksije kut između bedra i potkoljenice. U skočnom zglobu mjerimo kut što ga stopalo tvori s potkoljenicom. Dizanje stopala (ekstenzija) izvede se kod spruženog koljena normalno do 80° , a fleksija (spuštanje prema tabanu) do 135° . Pronacija i supinacija stopala te gibivost nožnih prstiju ne može se mjeriti, već se samo označuje, da li je i u kojoj je mjeri ograničena (jače ili slabije).

Smetnje u gibivosti nastaju nakon povrede kože i potkožnog tkiva, mišićja — osobito tetiva, zglobova, kostiju, te centralnog ili perifernog živčanog sistema, a mogu biti i funkcionalne naravi. Te se smetnje očituju u ukočenosti ili u smanjenju fizioloških ekskursija ili pak u mlohavosti ekstremiteta, odnosno njihovih djelova. Mlohavost zglobova nastaje obično nakon razdora ligamenata ili mišićja, a pogotovo nakon povreda centralnog ili perifernog živčanog sistema. Nadalje bi još spomenuli pseudoarthroze nakon preloma kostiju.

Pokreti glavom prema naprijed normalno se mogu izvesti tako, da brada dotiče grudnu kost, prema natrag tako, da lice gleda prema gore, a u stranu tako, da se lice postavi okomito na uzdužnu osovinu tijela.

Kod kralježnice ispituujemo, da li postoje patološke iskrivljenosti (kifoza, kifoskolioza, dextro- i sinistroskolioza, gibbus) i u kojoj su mjeri iste razvijene. Treba paziti i na fiziološke iskrivljenosti (lumbalna lordoza). Kralježnica je najjače pokretna u vratnom i lumbalnom dijelu. Njezinu gibivost prema napred ispituujemo tako, da mjerimo za koliko centimetara ostaju udaljeni od poda vrhovi ispruženih ruku, kad se pregledani savija prema napred, a koljena moraju pri tome ostati pružena.

Ovo je sagibanje moguće u jačoj mjeri samo kod mladih ljudi, zato kod starijih ljudi treba voditi računa o prirodnom ograničenju sagibanja. Nadalje mjerimo sagibanje prema natrag i u stranu. Kod ispitivanja torzije pokretljivosti kralježnice moramo fiksirati zdjelicu ili sami ili po drugoj osobi.

Kod pregledbe zglobova ispitujemo još, da li postoji u njima škripanje, krepitacija. U pozitivnom slučaju moramo ustanoviti, ne radi li se o reumatičnim ili artrozičnim promjenama u zglobu, koje s ozljedom nemaju nikakove veze, a osim toga se u takovom slučaju mora ispitati, nisu li te pojave prisutne i na drugoj, nepovređenoj strani. Za ispitivanje pokretljivosti zglobova donjih ekstremiteta tražimo da ozlijeđeni pravi duboki čučanj. Osim toga ispitujemo mogućnost stajanja na jednoj nozi i na vršcima prstiju.

Kod povreda prsnog koša treba obratiti pažnju na prelome rebara i grudne kosti. U svakom takovom slučaju treba obaviti klinički, a po mogućnosti i rentgenološki pregled pluća. U naročito sumnjivim slučajevima treba izvršiti i snimku pluća.

Kod pregleda trbuha služimo se uobičajenim metodama pretrage. Posebnu pažnju posvetiti ćemo event. postojećim kilama. U pitanju priznavanja traumatske kile, mišljenja su još uvijek podvojena. Bier priznaje traumatsko porijeklo kile, ako je nezgoda izvan svake sumnje dokazana i ako je bila u stanju, da prouzroči znatnije povećanje intraabdominalnog pritiska, zatim ako je rad zbog jakih bolova odmah bio prekinut i odmah zatražena liječnička pomoć. Važnije od bolova je blijedilo, koje naglo nastupi, nesvjestica i ubrzanje bila. Takova kila je obično malena i ne prelazi veličinu kokošjeg jajeta, a često se nalaze tragovi potkožnog krvarenja, a i znakovi peritonealnog nadražaja, ili inkarcercija. Velike, bezbolne i slobodne kile, koje se dađu lako reponirati govore protiv traumatskog porijekla. Magnus kao i Amerikanac Sellennings smatraju kilu bolešću i striktno odbijaju da ju priznaju posljedicom nezgode. Slično mišljenje zastupaju i švicarski autori (Pometta) smatrajući, da bi najveći broj hernija, koje slučajno nastanu kod posla bez razdora ingvinalnog prstena, bez tragova krvarenja i bez naročitih bolova, nastupio i inače kod prve zgodne prilike kao n. pr. kod jačeg kašlja, tiskanja pri defekaciji i sl. To su hernije, koje su već duže vrijeme u nastajanju. Po dosadašnjoj praksi našeg soc. osiguranja rađe ćemo se držati kriterija, koje je Bier ustanovio, ocjenjujući jednostranu kilu sa 10%, a obostranu sa 20% (nakon operacije obično ispod 10%).

Na ekstremitetima ćemo uz ono što je već općenito rečeno o mišićju, kostima i zglobovima, morati obratiti pažnju skraćenjima, naročito iza preloma cjevanica. Mjerenje skraćjenja na gornjim ekstremitetima obično nije potrebno, dok na donjim treba postojeće skraćjenje uvijek objektivno ustanoviti mjerenjem. Dužinu ekstremiteta mjerimo uvijek sa određenih tačaka, i to od spina iliaca ant. sup. do unutrašnjeg maleola, ili za samu podkoljenu od zglobne pukotine koljena do maleola, uspoređujući uvijek bolesnu sa zdravom stranom.

Nadalje treba obratiti pažnju cirkulatornim smetnjama, osobito na donjim ekstremitetima i pri tome paziti, da li su te smetnje u vezi s ozljedom, ili su možda posljedica varikozno proširenih žila, thrombophlebitida, ili oboljenja na srcu.

Na kraju moramo posebnu pažnju obratiti karakteristikama hoda. Skraćena ili iskrivljena kostiju, razna ukočenja u zglobovima u kuku, koljenu ili skočnom zglobu uzrokuju šepanje. U prvim stadijima iza traume, pa i kod vrlo dobro sraštenih kostoloma bez ili sa neznatnim skraćanjem, postoji također šepanje, jer ozlijeđeni obično šteti bolesnu nogu. Naročite poteškoće u hodu izazivlje ukočenje skočnog zgloba pod tupim kutom, zatim pes equino-varus ili pes calcaneus, labavi zglobovi i na kraju razna oboljenja centralnog i perifernog živčanog sistema, od kojih je najpoznatija kljenut peroneusa. Sve nabrojene anomalije hoda upadaju u oči kod samog ulaska bolesnika u ordinaciju, ali se ipak preporučuje da ih se ispita tek, pošto se bolesnik svuče do gola. To je potrebno već i zbog toga, što će razne promjene u stanovitim zglobovima (kuk, koljeno) izazvati i statičnih promjena na drugoj strani.

Pretraga ne će biti potpuna, ako ne ispitamo reflekse i to uz fiziološke također i one, koji se pojavljuju kod patoloških promjena (Babinsky, Romberg, Oppenheim i dr.) Ispitujemo u glavnom reflekse zjenica, sluznica (konjunktivalni, faringealni), reflekse kože t. j. trbušne, kremasterov i vazomotorni refleks (dermografijom) i na kraju duboke reflekse: bicepsa, radiusa i ulne, patelarni i refleks Ahilove tetive. Ovom prilikom treba napomenuti, da kod neuroza, osobito traumatskih (rentnih) patološki refleksi nisu nikada prisutni, a pomanjkanje pupilarnog refleksa — osim kod metaluetičnih oboljenja — može se naći i nakon povreda lubanje.

Pojedine vrste senzibiliteta ispitujemo: za opip mekanim kistom ili dodirom prsta, za bol ubodom igle, a za toplinu pomoću dvije epruvete sa toplom i hladnom vodom.

Liječnik socijalnog osiguranja dolazi često u priliku, da daje mišljenje, je li stanovita bolest posljedica nezgode. Najčešće dolazi u obzir pitanje uzročne veze kod kirurške tuberkuloze, malignih tumora, kod gnojne upale koštane moždine (osteomyelitis) te kod kronično-reumatičnih promjena na kostima i zglobovima (arthritis deformans).

U pogledu kirurške tuberkuloze, danas prevladava mišljenje, da je traumatska etiologija velika rijetkost. Traumom bude aktivirano ili pogoršano staro tuberkulozno žarište, ili pak dođu iz udaljenih žarišta bacili na traumom pogođeno mjesto, gdje nalaze pogodno tlo za daljnji razvitak. Kirurška tuberkuloza, koja nastane iza traume imade svoj tipični razvitak. Od traume do manifestacije bolesti mora da proteče vrijeme, koje nije kraće od 4—5 nedjelja, a nije duže od 5—6 mjeseci. Samo ako je trauma pogodila dio tijela, koji je već zahvaćen bolešću, može pogoršanje smjesta nastupiti. Za priznanje uzročne veze između traume i kirurške tuberkuloze traži se apsolutni dokaz same traume, koja je morala biti jačeg intenziteta tako, da je za stanovito vrijeme postojala nesposobnost za rad. Manje traume (kontuzije, distorzije) nisu nikada uzrokom kirurške tuberkuloze. Nadalje se traži, da je trauma pogodila baš oboljeli dio tijela te da se je bolest tipično razvila sa t. zv. slobodnim intervalom, a pod time smatramo vrijeme između prestanka tegoba izazvanih samom traumom i kasnije pojave bolesti, a u kome nema subjektivnih tegoba. Dok se je prije smatralo da oko jedna četvrtina slučajeva kirurške tuberkuloze imade traumatsku etiologiju, na

temelju najnovijih istraživanja danas se drži, da takovih slučajeva imade najviše do 5%.

Kod malignih tumora je postanak u vezi s traumom izvanredno rijedak. U većini slučajeva, kod kojih ovo pitanje uopće dolazi u obzir, radi se o već postojećim tumorima, za koje dotična osoba nije znala, a došli su do izražaja nakon traume, koju se onda okrivljuje kao uzročnika samog tumora.

Akutni osteomyelitis nastaje u oko 15—20% slučajeva nakon tupih trauma (ako se uzročnik nalazi u organizmu — u tonsillama, kojem furunkulu ili sl.). Trauma mora u ovom slučaju biti toliko jaka, da u koštanoj moždini nastanu krvarenja ili druge promjene. Tada se akutni osteomyelitis razvije u roku od nekoliko dana. Mora dakle biti jaka trauma na kosti i bolest mora neposredno nastupiti. U svim takovim slučajevima tražimo nepobitan dokaz poslovnih nezgoda.

Sto se tiče odnosa traume i arthritisa deformans moramo razlučiti kronične, netraumatske, progresivne slučajeve, koji su redovno lokalizirani na više zglobova i koji predstavljaju konstitucionalno oboljenje, od onih slučajeva gdje je traumatska etiologija izvan sumnje, a koji su na röntgenskoj snimci slični prvima, ali obično nisu progresivni i ostaju ograničeni na oštećeni zglob. Tako n. pr. nalazimo na kralježnici u neposrednoj blizini prelomljenog kralješka koštane izdanke, koji su slični onima kod arthritisa deformans, dok ih na drugim djelovima kralježnice ne nalazimo. Arthritis deformans jednog zgloba smatra se posljedicom nezgode samo, ako je taj zglob bio traumom tako oštećen, da su nastupile anatomske promjene kao izliv krvi, krhotine kosti, povrede zglobne čahure. U tim slučajevima nastupa uz žestoke boli jako akutno ograničenje funkcije dotičnog zgloba, koje zahtijeva nagli prekid posla i nakon takove traume razvija se akutno ili subakutno deformirajući proces u tom zglobu. Radi mogućnosti traumatskog razvitka ili pogoršanja već postojećeg arthritisa deformans, moralo bi se iza svake teže povrede zgloba izvršiti röntgenološko snimanje povrijeđenog i nepovrijeđenog zgloba, a kod traume n. pr. vratnog dijela kralježnice također i snimanje lumbalnog dijela. Kod toga se koji put može viditi, da su artritične promjene jače izražene na nepovrijeđenom zglobu. Na svaki način samo promjene na pogođenom zglobu smatraju se posljedicom nezgode, a ne i one na drugom zglobu, i to samo ako su ispunjeni odgovarajući uvjeti. Arthritis deformans razvija se polagano i neprimjetno te je baš taj spori razvoj dokazom netraumatske etiologije. Iz toga se ujedno vidi, od kolike je važnosti za prosuđivanje raznih kasnijih spornih pitanja točna pretraga i iscrpan nalaz kod prvog liječničkog pregleda.

Kao što je u uvodu rečeno, kao nesretni slučaj smatra se po našem zakonu i trovanje olovom, živom i fosforom. U praksi se slučajevi trovanja spomenutim sredstvima ne prijavljuju ili se to radi vrlo rijetko, odnosno prijavljuju se tek nakon smrti bolesnika, kad je skoro nemoguće utvrditi vezu između trovanja i nesretnog slučaja ili kad je teško ili nemoguće ustanoviti, da li se je radilo o trovanju u poslu. Da bi se spriječila šteta zbog nepodnašanja prijave tih oboljenja koliko za same oboljele članove, toliko i za ostale ugrožene radnike dotičnog poduzeća, dužan je svaki liječnik socijalnog osiguranja smjesta prijaviti

svaki slučaj oboljenja uslijed trovanja olovom, živom ili fosforom čim ga ustanovi ili čim posumnja, da bi se moglo raditi o obrtnom trovanju jednim od tih sredstava. Tu prijavu treba izvršiti bez obzira na to, da li će radna sposobnost ostati umanjena ili će posljedice trovanja nestati. Prijave treba poslati i Središnjem zavodu, da bi se na vrijeme poduzele potrebne mjere za sprečavanje daljnjih oboljenja u dotičnim poduzećima. Danom nezgode ima se smatrati onaj dan, kad liječnik ustanovi nesposobnost za rad uslijed trovanja. Diagnoza obrtnog trovanja vrlo se rijetko postavi kod prvog pregleda i radi rijetkosti oboljenja, a i radi toga, jer se na te bolesti ne misli. Ako liječnik naknadno ustanovi trovanje imade to smjesta prijaviti, a isto tako i dan, kad je bolesnika po prvi put pregledao.

Osim spomenutih trovanja dužni su liječnici prijaviti svaki slučaj oboljenja i trovanja, koja su se po dosadašnjoj praksi smatrala kao nezgoda i kao takova i odštećivala, i to n. pr. malleus (sakagija), zatim kesonska bolest (kod radnika koji rade pod vodom u t. zv. kesonima pod visokim pritiskom zraka te kod prelaza u zrak sa normalnim pritiskom znade katkada doći do akutnih teških oboljenja, a nisu rijetki i smrtni slučajevi), nadalje u akutnom obliku opekline i oštećenja od röntgen- ili radiu- zrakla i t. d. Ove su se bolesti priznavale kao poslovne nezgode u praksi samo, ako je liječnik mogao kvalificirati takovo oboljenje kao poslovnu nezgodu.

CORNJI EKSTREMITETI

Gubitak obih ruku ili šaka		100%
Gubitak nadlaktice	desno 75—80% lijevo 66 ² / ₃ —70%	
Gubitak podlaktice	» 75% » 66 ² / ₃ %	
Gubitak šake	» 60—66 ² / ₃ % » 50—60%	
Potpuna ukočenost ramenog zgloba .	» 40—50% » 30—40%	
Ograničena abdukcija u ramenom zglobu	» 25—30% » 20%	
Elevacija u ramenom zglobu do 30° preko horizontale	» 20% » 15%	
Nereponirano iščašenje ramen. zgloba	» 50% » 40%	
Habituelno iščašenje ramenog zgloba	» 30% » 25%	
Lažni zglob nadlaktice s aparatom .	» 60% » 50%	
Lakteni zglob ukočen pod pravim ili tupim kutom	» 30% » 20%	
Lakteni zglob ukočen pod oštrim kutom ili u ispruženom položaju .	» 40—50% » 30—40%	
Lažni zglob podlaktice s aparatom .	» 50% » 40%	
Nemogućnost iskretanja podlaktice (supinacije i pronacije)	» 30% » 20%	
Ručni zglob ukočen u ispruženom položaju	» 30% » 20%	
Ručni zglob ukočen u savinutom ili ekstendiranom položaju	» 40% » 30%	

Prelom palčane kosti (radius) u jako iskrivljenom položaju s ograničenjem kretanja u ručnom zglobu za $\frac{1}{3}$	desno 20%	lijevo 15%
Potpuno ukočen palac	» 15—20%	» 10—15%
Potpuno ukočen palac sa ukočenim zapeščajnim zglobovom	» 25—30%	» 20—25%
Ukočenost kojeg drugog prsta:		
a) u savijenom položaju	» 10—15%	» 0—10%
b) u ispruženom položaju	» 0—10%	» 0—10%
Gubitak palca sa zapeščajnom kosti	» $33\frac{1}{3}\%$	» 25%
Gubitak palca kod održane zapeščajne kosti	» 25%	» 15—20%
Gubitak kažiprsta	» 0—10%	» 0%
Gubitak srednjaka, prstenjaka ili malog prsta	» 0%	» 0%
Gubitak pojedinih članak prsta	» 0%	» 0%
Gubitak palca i kažiprsta	» 35%	» 30%
» srednjaka i prstenjaka	» 20—25%	» 20%
» prstenjaka i malog prsta	» 20—25%	» 20%
» srednjaka, prstenjaka i malog prsta	» $33\frac{1}{3}\%$	» 30%
» kažiprsta, srednjaka i prstenjaka	» 40%	» 30%
» kažiprsta, srednjaka, prstenjaka i malog prsta	» 45—50%	» 40%
» palca, kažiprsta i srednjaka	» 45—50%	» 40%
» palca, kažiprsta, srednjaka i prstenjaka	» 50—55%	» 45%
Uzetost živca ulnaris	» 40%	» $33\frac{1}{3}\%$
» radialis	» 25—30%	» 20—25%
» medianus	» $33\frac{1}{3}\%$	» 25%
» medianus i ulnaris ili radialis i ulnaris	» 60%	» 50%
» ulnaris, medianus i radialis	» 75%	» $66\frac{2}{3}\%$
Potpuna kljenut plexusa	» 70—80%	» 60—70%

DONJI EKSTREMITETI

Gubitak obih natkoljenica ili potkoljenica	100%
» jedne ruke i jedne noge	100%
» jedne noge (sa gubitkom koljena) prema duljini bataljka	$66\frac{2}{3}$ —80%
» potkoljenice (sa sačuvanim, pokretljivim koljenom)	60%
» stopala	40—50%

Ukočenost kuka u pruženom položaju	30%
» kuka u nezgodnom položaju	50%
» obih kukova	60—80%
Prelom natkoljenice, skraćenje 6 cm, zglobovi uredni	30%
» » skraćenje 4 cm, zglobovi uredni	15—20%
» » skraćenje do 3 cm, zglobovi uredni	0%
Ukočenost u koljenu u ispruženom položaju	33 $\frac{1}{3}$ %
» » » u fleksiji	50—60%
» obih koljena	70—90%
Gibivost u koljenu između 120—170°	25%
Gibivost u koljenu između 90—180°	15%
Prelom ivera (patella), noga se ne može ispružiti	30%
» » , noga se može ispružiti	20%
Arthritis deformans koljena	25%
Labavi zglob koljena (potreban je aparat)	50%
Prelom potkoljenice, koji nije sasvim koštano srastao (potreban je aparat)	50%
Prelom potkoljenice u izrazitom X-položaju, zglobovi slobodni, noga nešto slabija	25%
Prelom potkoljenice u lakom O-položaju, stopalo ukočeno za $\frac{1}{3}$, laka atrofija mišićja	10%
Prelom obih gležanja, laki X-položaj, noga za 1 cm slabija	20%
Potpuno ukočen nožni zglob pod pravim kutom	20%
Potpuno ukočen nožni zglob pod kutom od oko 100°	33 $\frac{1}{3}$ %
Potpuno ukočen nožni zglob pod kutom od 130° (Spitzfuss)	50%
Plosnata noga nakon preloma kosti stopala	25%
Pes varus jačeg stepena (Klumpfuss), skočni zglob ukočen	40%
Nožni palac ukočen u pruženom položaju	0%
Nožni palac ukočen u hiperekstenziji	15%
Ukočenost svih prstiju noge u dobrom položaju	15%
Gubitak palca ili kojeg drugog prsta noge	0%
Gubitak više prstiju na nozi	10%
Gubitak svih prstiju na nozi	15%
Grčne žile (varikoziteti), pogoršane nakon povrede, sklonost čirevima	25%
Uzetost živaca noge (femoralis, gluteus sup. i inf., peroneus i tibialis), prema težini ispada funkcije	20—40%
Potpuna uzetost živca ischiadicus	50%

GLAVA

Lice:

Jače iznakaženje lica	20—50%
Skalpiranje glave (kod ženskih)	33 $\frac{1}{3}$ %

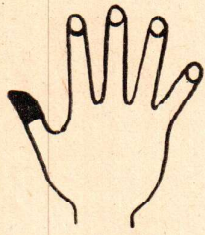
Potpuni gubitak nosa	25 ^o / _o
Gubitak vrška nosa	10 ^o / _o
Jako izobličeni sedlasti nos	15 ^o / _o
Gubitak jedne uške (kod muškarca)	0 ^o / _o
Gubitak jedne uške (kod žena)	10 ^o / _o
Potpuna gluhoća: jednostrana	10—15 ^o / _o
obostrana	33 ¹ / ₂ —40 ^o / _o
Slabo ili srednje smanjenje sluha s jedne strane	0 ^o / _o
Obostrano srednje smanjenje sluha	15 ^o / _o
Obostrano znatnije smanjenje sluha	25 ^o / _o
Umanjenje ostrine vida do 1/2	0—10 ^o / _o
Gubitak očne leće, prema ostrini vida sa staklom	10—20 ^o / _o
Obostrani gubitak očne leće	20—30 ^o / _o
Gubitak jednog oka	25—33 ¹ / ₂ ^o / _o
Gubitak obih očiju (potpuno oslijepljenje)	100 ^o / _o
Hemianopsia	30—40 ^o / _o
Uzetost očnih mišića (prema stepenu dvostrukih slika)	10—25 ^o / _o
Asthenopia (nervozne smetnje vida)	0—15 ^o / _o
Gubitak njuha i okusa	0 ^o / _o
Gubitak jednog zuba	0 ^o / _o
Gubitak više zuba (do dobivanja proteze)	0—20 ^o / _o
Nemogućnost otvaranja usta sa smetnjama ishrane	25 ^o / _o
 L u b a n j a i m o z a k :	
Kontuzija glave sa nervnim smetnjama	10—30 ^o / _o
Cerebralne komocijne neuroze (bez sudjelovanja labirinta)	20—50 ^o / _o
Cerebralne komocijne neuroze sa jačim znakovima od strane labirinta (osobito sa vestibularnom vrtoglavicom)	40—70 ^o / _o
Cerebralne komocijne neuroze sa prelomom lubanje, ili lubanjske baze	40—100 ^o / _o
Post-traumatska epilepsija	40—100 ^o / _o
 K r a l j e ž n i c a i k i č m e n a m o ž d i n a :	
Prelom kralježnice sa bolovima i ukočenošću	30—60 ^o / _o
Prelom kralježnice sa povredom kičmene moždine	50—100 ^o / _o
Povreda kičmene moždine sa uzetošću ekstremiteta	80—100 ^o / _o
Povreda kičmene moždine sa smetnjama mokrenja ili defekacije (ako nosi urinal)	25—50 ^o / _o
 G r u d n i k o š :	
Prelom rebara bez komplikacija od strane pluća	10—20 ^o / _o
Mnogostruki prelom rebara bez komplikacija od strane pluća	20—40 ^o / _o
Dobro srašten prelom grudne kosti	0—10 ^o / _o

Trbuh:

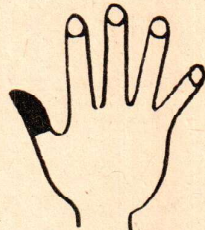
Kila trbušne stijenke (inguinalna, femoralna, kruralna):

jednostrana	10 ^o / _o
obostrana	20 ^o / _o
Gubitak bubrega	15—20 ^o / _o
Gubitak slezene	20 ^o / _o
Gubitak spolnog uda	25—30 ^o / _o
Gubitak jednog muda	0 ^o / _o
Gubitak obih muda, do 40 godine starosti	33 ¹ / ₃ ^o / _o
iza 40. godine	20 ^o / _o
iza 60. godine	10 ^o / _o

DESNA RUKA



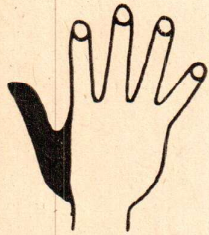
0%



10—15%



20%—25%



25%—33½%



0—10% (kod žena)



0%



0%



0%



35%



25%



20—25%



20—25%

DESNA RUKA



25%



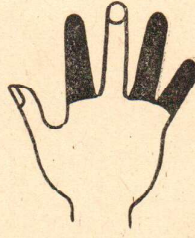
45%—50%



40%



33 1/3%



40%



45%



45%



40%



40%



50—55%

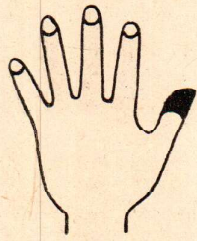


45—50%



50%

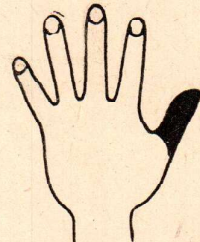
LIJEVA RUKA



0%



10%



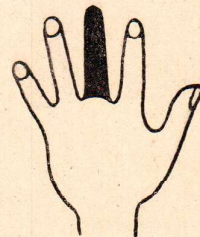
15%—20%



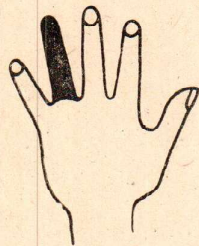
20%—25%



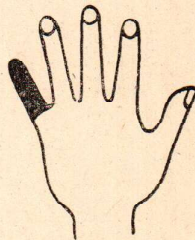
0%



0%



0%



0 %



30%



20%

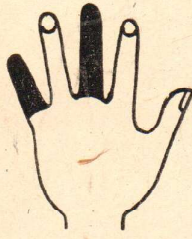


20%



20%

LIJEVA RUKA



20%



33 $\frac{1}{8}$ %



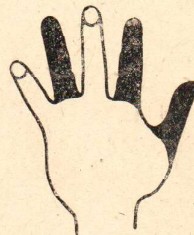
30%



30%



30%



40%



40%



40%



40%



45%



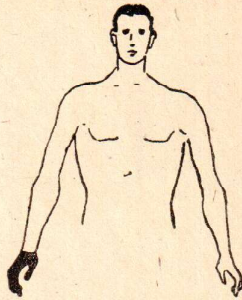
40%



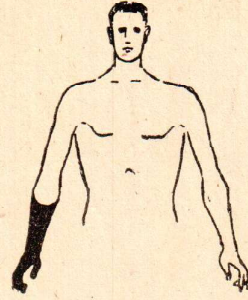
45%



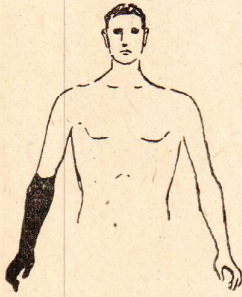
60%



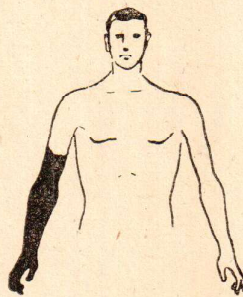
66²/₃%



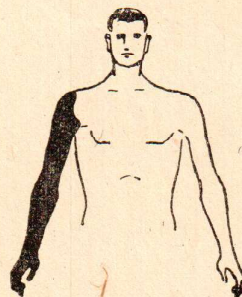
70%



75%



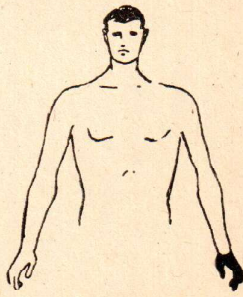
75%



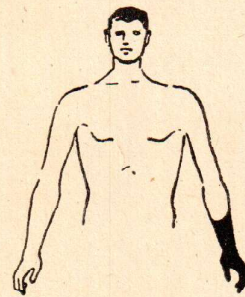
80%



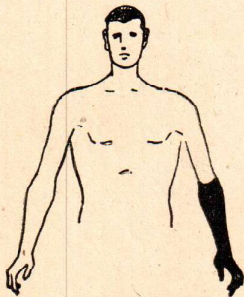
50%



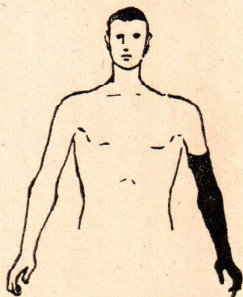
50%



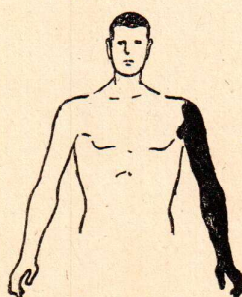
60%



66²/₃%



66²/₃%



70%



0%



10%



10%



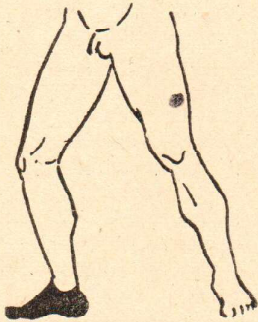
15%



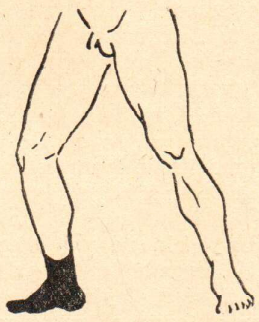
30%



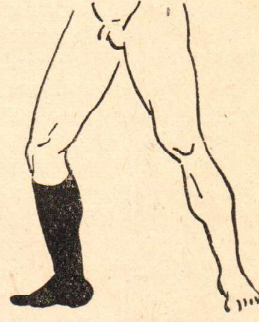
Chopart 35%



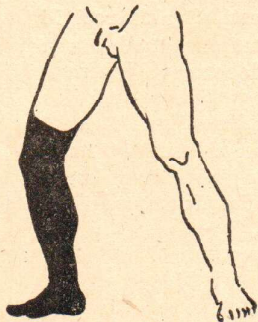
Pirogov 35%—40



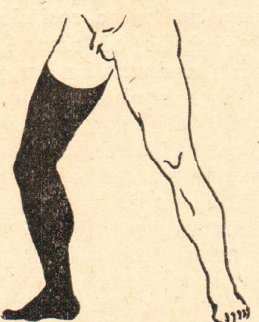
50%



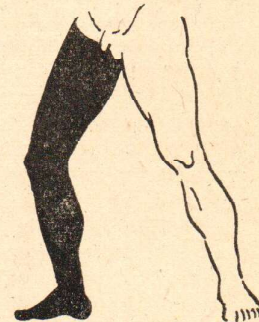
50—60%



66 $\frac{2}{3}$ %



75%



80%