

22

BIBLIOTEKA »PETAR KOČIĆ«
BANJA LUKA

Č-11/200-1967

SCRIPTA MEDICA

časopis ljekara Bosanske krajine



Godina II



Banja Luka, 1967.

SCRIPTA MEDICA

Sign

0-7 260-1967



uvv. br.

872

Godina II



Banja Luka, 1967.

SCRIPTA MEDICA

ČASOPIS LJEKARA
BOSANSKE KRAJINE

Glavni urednik:

Andrija Mikeš

Članovi redakcije:

Babić Vera

Ferković Milan

Glavaš Ana

Hallmić Kemal

Janković Natalija

Jović Josip

Jovičević Boško

Klepac Zvonko

Korčmaroš Ladislav

Mikeš Adrija

Mrakovčić Miljenko

Parać Neven

Polak Ivan

Pučaj Benedikt

Stančić Frane

Stevanović Vlasta

Todorović Dragomir

Vasiljević Aleksandar

Sekretar redakcije:

Sefić Mustafa

Lektor:

Džaja Matko

Tehnički redaktor:

Bijelić Bato

Izdavač: Medicinski Centar u Banjoj Luci,
Ul. Zdrave Korde 1, tel. 21-171

Štampa NP »Glas« Banja Luka



SADRŽAJ — CONTENTS

Strana

RADOVI — ORIGINAL ARTICLES

Matilda Marić:
Prikaz snabdijevanja i zdravstvene ispravnosti vode za piće nekih područja bivšeg sreza Banja Luka
Water supply and hygienic drinking water in some parts of Banja Luka district 5

Zdravko Poljaković:
Klasifikacija psihičkih i psiho-somatskih poremećaja kod početnog hroničnog alkoholizma
Classification of psychic and psychosomatic disturbances in the early stage of chronic alcoholism 13

Franjo Čurić and Josip Jović:
Prijedlog za kliničku klasifikaciju cervikalne trudnoće
Proposal of a clinical classification of cervical preganancy 19

Ivan Laboš:
Elektrokardiogram sa telesnim opterećenjem i njegovo značenje u dijagnozi koronarne insuficijencije
Electrocardiogram in physical effort and their value in the diagnostic of coronary insufficiency 25

KAZUISTIKA — CASE REPORTS

Zvonimir Klepac:
Izliječenje teške frontobazalne povrede
A case of healed frontobasal injury 37

Vilim Miholić i Karlo Bernard:
Slučaj tuberkuloze bubrega predškolskog djeteta
Renal tuberculosis in a 5 year old child 43

Miljenko Mrakovčić i Štefica Krilčić:
Lipoproteinosiis cutis et mucosae 47

Stanislava Jovičević:
Povodom dva slučaja neurofibromatoze Recklinghauseni
Neurofibromatosis Recklinghausen in two children 53

OSVRTI — COMMENTARY

Čedo Aleksić:
Prosječna tjelesna razvijenost osamnaestogodišnjih mladića sa urbaniziranog i neurbaniziranog dijela opštine Banja Luka
The awarage physical growth of the 18 years old boys in the town and country of Banja Luka 59

Dušan Pišteljić:
Postavljanje indikacije za terapiju nepravilnosti vilica i zuba
Indications for treatment of jaw and teeth abnormalities 63

TERAPIJSKE INTERVENCIJE — TERAPEUTIC PROCEDURES

Milan Ferković:

<i>Terapija trigeminus neuralgije</i>	
<i>Treatment of trigeminus neuralgia</i>	67

AKTUELNE MEDICINSKE TEME — ACTUAL MEDICAL PROBLEMS

Boško Jovičević:

<i>Neophodnost i značaj hitnog zbrinjavanja povreda organa vida</i>	
<i>Indispensability and value of the prompt assistance in ophthalmic injuries</i>	73

Ivan Polak i Mira Bela:

<i>Savremena rehabilitacija</i>	
<i>Modern views in medical rehabilitation</i>	77

Frane Stančić i Krsto Džepina:

<i>Ulkusna bolest kao kirurški problem</i>	
<i>Gastric and duodenal ulcer as a surgical problem</i>	83

IZ STRANE LITERATURE — ABSTRACTS	93
----------------------------------	----

IZ NAŠIH USTANOVA — FROM MEDICAL SERVICES	101
---	-----

SA STRUČNIH SASTANAKA — MEETINGS AND CONGRESSES	103
---	-----

NOVE KNJIGE — BOOKS	103
---------------------	-----

KONGRESI U 1967. i 1968. godini	105
---------------------------------	-----

IZVJEŠTAJ O KRETANJU ZARAZNIH BOLESTI U 1966. godini — INFECTIOUS AND CONTAGIOUS DISEASES IN 1966	
---	--

UPUTSTVO SARADNICIMA — INSTRUCTIONS TO AUTHORS	
--	--

Radove slati na adresu

Uredništva »Scripta Medica«, Medicinski centar u Banjoj Luci
 Administracija: Medicinski centar, Banja Luka, za »Scripta Medica«



Prikaz snabdijevanja i zdravstvene ispravnosti vode za piće nekih područja bivšeg sreza Banja Luka

Matilda Marić

Snabdjevanje vodom za piće još uvijek predstavlja jedan od najaktuelnijih životnih problema naših građana, kako u pogledu količine tako i u pogledu zdravstvene ispravnosti vode.

Voda je važan faktor koji djeluje na zdravlje ljudi. Ona zadovoljava potrebe lične, stambene i komunalne higijene, a organizam snabdijeva potrebnom količinom tečnosti. Nestašica vode onemogućuje normalne higijenske uslove života stanovnika, što se odražava i na njihovo zdravlje. Otuda proističe niz oboljenja, kao npr. oboljenja kože i potkožnog tkiva, šugavost, ušljivost i veća mogućnost širenja infekcija (tuberkuloza, zarazne bolesti, oboljenja respiratornih organa i dr.). Ako je voda zagađena, unatoč dovoljnim količinama, ona može biti faktor za prenošenje niza bolesti.

Primitivni sanitarno-tehnički nivo bunara, cisterni i drugih objekata za snabdijevanje vodom za piće dozvoljava i dovodi do zagađenosti te vode. Ponajčešće je to zbog zagađenja ljudskim i životinjskim izlučevinama, a posljedica su bezbrojna endemska žarišta crijevnih i zaraznih bolesti.

Snabdjevenost vodom za piće u SFRJ s posebnim osvrtom na SRBIH

Prema podacima iz 1949. godine — poslije ovoga nema podataka koji obuhvataju cijelu SFRJ — stanovnici u SFRJ koristili su vodu za piće:

Snabdjevenost stanovništva u SFRJ vodom za piće u % 1949. godina

Lokve	Vodotoci	Jezera	Cisterne	Bunari		Izvori	Vodovodi
				Kopani	Cijevni		
0,63	1,97	0,07	5,66	39,12	9,78	21,45	21,32

Za seosko stanovništvo postoje nepotpuni podaci iz 1957. godine.

Članovi seoskih domaćinstava koji se snabdijevaju vodom za piće iz:

Teritorija	Članovi domaćinstva u 000	u %					
		Bare Rijeke	Izvori Kladenci	Cisterne	Kopani bunari	Bušeni bunari	Vodovodi
SFRJ	13.215	2,4	31,3	4,3	48,6	7,7	5,7
BiH	2.427	3,7	57,4	1,6	30,6	1,7	5,0

Za urbana naselja s vodovodom, nepotpuni podaci iz 1963. godine, izgledaju ovako:

Teritorija	Broj urbanih naselja	1963.	
		Broj mjesta sa vodovodom	%
SFRJ	253	204	80
BiH	47	41	87

Tokom 1962. godine u SR Sloveniji je registrirano 819 vodovoda, od čega najveći broj otpada na male vodovode. Svega je 29 vodovoda koji snabdijevaju vodom više od 5000 stanovnika.

U SR Makedoniji, od 28 naselja gradskog tipa, 25 imaju vodovode.

U SR Srbiji postoje 83 vodovoda.

U SR Hrvatskoj 25% stanovnika se snabdijeva vodom iz vodovoda.

U SR Crnoj Gori 9 naselja preko 5000 stanovnika ima vodovod.

U SR BiH — od 84 naselja gradskog karaktera 61 naselje ima vodovod. Od toga 11 je izgrađeno prije 70 godina, 27 prije 50, a 10 prije 30 godina. Od 1953—1962. godine izgrađeno je 17 vodovoda.

Kvalitet vode za piće: prema podacima za cijelo područje SFRJ, rezultati kemijske pretrage voda u 1963. godini su pokazale neispravnost u 20 — 26%, a bakteriološki između 26,53 — 34,19% pretraga.

Međutim, treba imati u vidu da su ti uzorci uzimani pretežno sa javnih objekata za snabdijevanje vodom i to prvenstveno iz vodovoda, dok su objekti za individualno snabdijevanje stanovništva vodom za piće još u lošijem higijenskom stanju, pa prema tome i rezultati bi bili još nepovoljniji.

Hidrične epidemije u SRBiH: zbog neispravnosti vodovoda do sada su zabilježene slijedeće veće hidrične epidemije: 1. — Trbušnog tifusa: Sarajevo 1942/43. god. (1233 oboljelih), Drvar 1949. god. (96 slučajeva), Tuzla 1956/57. god. (231 slučaj), Kiseljak 1958/59. god. (61 lice). 2. — Dizenterija: Kreševo 1962. god. (260 oboljelih).

Prikaz rada i rezultati

Zavod je u okviru svojih dužnosti, na području svoga djelovanja, nadležan da vodi evidenciju o broju i higijensko-tehničkom stanju svih objekata za snabdijevanje vodom za piće, da povremeno uzima uzorke vode za piće iz javnih izvorišta i izvorišta koja služe za potrebe individualnih domaćinstava i da pregleda ove uzorke.

Shvaćajući značaj snabdijevanja stanovništva vodom za piće, a poznavajući nezadovoljavajuće higijensko-tehničko stanje vodoobjekata na terenu bivšeg sreza Banja Luka (21 opština sa oko 800.000 stanovnika), uzeli smo u zadatak da tokom 1965. i 1966. godine sistematski snimimo određeni dio toga terena. Kao prvo, predvidjeli smo ustrojavanje kartoteke i vođenje evidencije o broju i higijensko-tehničkom stanju jednog dijela vodoobjekata, a zatim laboratorijsko praćenje zdravstvene ispravnosti vode.

Do sada nisu postojali takvi podaci o stanju vodoobjekata na našem srezu. Prioritet je dat anketiranju i evidentiranju postojećih vodovoda, kao i onih vodoobjekata koji snabdijevaju veći broj stanovnika.

Metode rada su bile slijedeće: terenski uviđaj na licu mješta, (uzimanje podataka o vrsti, stanju, izgledu, kapacitetu) te fotografiranje najkarakterističnijih objekata. Uzimani su uzorci vode za laboratorijsku pretragu — kemijsku i bakteriološku.

Članom 4, 5. i 6. Pravilnika o higijensko-tehničkim mjerama za zaštitu vode za piće propisani su osnovni uslovi za dobru pijaću vodu. Član 4. i 5. propisuju kemijski dio, a član 6. bakteriološki dio pretrage. Član 4. propisuje slijedeća određivanja: mutnoću, miris, okus, boju, pH, slobodni amonijak, nitrite, nitrate, utrošak $KMnO_4$, a član 6. — određivanje koliformnih klica i ukupan broj svih živih bakterija u vodi.

U 1965. godini izvršeno je anketiranje i evidentiranje svih centralnih i lokalnih vodovoda, a obrađeni su i vodoobjekti na slijedećim područjima*):

1. Bosanska Gradiška i okolnih 12 sela — poplavno područje,
2. Prnjavor sa 5 okolnih sela — brežuljkasti teren,
3. Planinsko kraško područje na jugu i jugozapadu Banje Luke — 5 sela sa oko 683 domaćinstva.

Na području bivšeg sreza registrirano je ukupno 55 vodovoda, od čega centralnih 24, a lokalnih i malih 31.

Laboratorijski pregledi voda centralnih vodovoda dali su slijedeće rezultate:

Vrsta pretrage	1965. godina		1966. godina	
	Pregledano uzoraka	Neispravno u %	Pregledano uzoraka	Neispravno u %
Kemijska	358	24,5	334	33,3
Bakteriološka	261	67,7	461	54,2

Lokalni vodovodi:

Vrsta pretrage	1965. godina		1966. godina	
	Pregledano uzoraka	Neispravno u %	Pregledano uzoraka	Neispravno u %
Kemijska	37	19,1	39	12,3
Bakteriološka	37	54,3	47	61,7

U poplavnom području Bosanske Gradiške evidentirano je 19 hidrofora, 74 bunara, 71 pumpa i 1 vodovod. Laboratorijski rezultati ovih voda su bili upravo poražavajući:

Kemijski je bilo neispravno 71% od pregledanih 187 uzoraka.

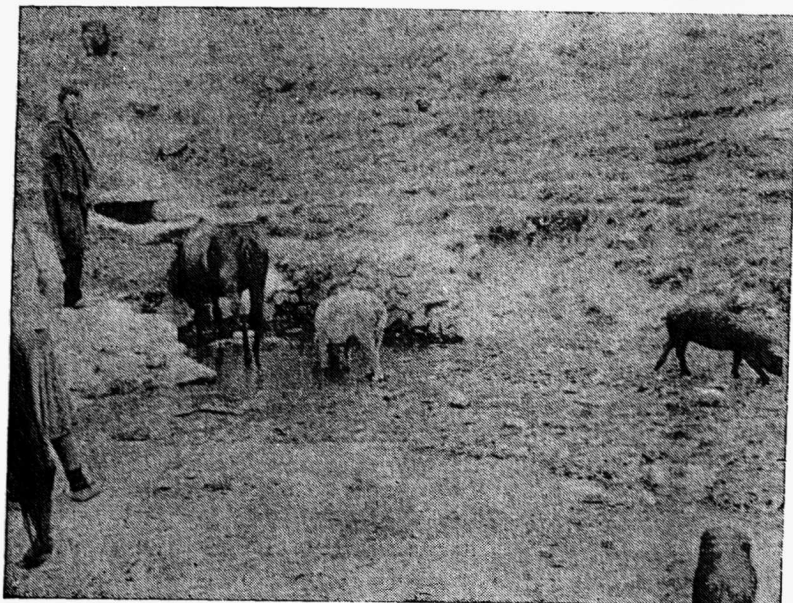
Bakteriološki je bilo neispravno 100% od pregledanih 155 uzoraka.

U brežuljkastom području Prnjavora je evidentirano: 1 hidrofor, 42 bunara, 11 izvora, 9 kaptaza, 1 cisterna i 1 vodovod. Dobijeni su slijedeći rezultati:

Kemijski je bilo neispravno 66,7% od pregledanih 64 uzorka.

Bakteriološki je bilo neispravno 98,44% od pregledanih 64 uzorka.

*) Pregledi vode su rađeni u kemijskom i bakteriološkom laboratoriju, a terenska snimanja je obavila služba komunalne higijene Zavoda.



Slika 1
Nestručno izveden i neodržavan vodoobjekat

U planinskom području na jugu, jugo-zapadu Banje Luke evidentirano je: 14 cisterni, 2 bunara, 29 izvora, 6 kaptaza, 1 vodotok.

Kemijski neispravno — 44% od pregledana 53 uzorka.

Bakteriološki neispravno — 92,3% od pregledanih 59 uzoraka.



Slika 2

Snimak iz planinsko-kraškog područja na jugu, jugozapadu Banje Luke

U 1966. godini našim ispitivanjima smo obuhvatili područje ugroženo od hepatitisa: dio opštine Kotor-Varoš, Jajce, Sanski Most i Donji Vakuf.

Na tom području pregledano je: 1 hidrofor, 32 kaptaže, 66 izvora, 49 bunara, 1 pumpa i 1 vodotok.

Na području opštine Donji Vakuf kemijski je bilo neispravno 12,9% a pregledan je 31 uzorak, a bakteriološki je bilo neispravno 90,3% a pregledan je također 31 uzorak.

Na području opštine Jajce od pregledanih 66 uzoraka kemijski je bilo neispravno 19,6%, a bakteriološki 81,8%.

Na području opštine Kotor-Varoš, kemijski je bilo neispravno 15,4% od ukupno ispitanih 26 uzoraka, a bakteriološki je bilo neispravno 93,3% od ukupno ispitanih 30 uzoraka.

Na području opštine Sanski Most kemijski je bilo neispravno 44,7% od pregledanih 38 uzoraka, a bakteriološki je bilo neispravno 94,2% od pregledanih 35 uzoraka.

Razmatranje

Na osnovu provedenog terenskog izviđanja, dobivenih gornjih rezultata i našeg 13-godišnjeg iskustva na pretragama dostavljenih uzoraka vode, bilo od pojedinih zdravstvenih ustanova, privrednih organizacija i vlasnika individualnih vodoobjekata, uočljivo je da je broj neispravnih uzoraka voda na našem terenu velik. Smatramo, međutim, da je broj neispravnih vodoobjekata, a time i voda mnogo veći, jer još mnogi nisu evidentirani i ispitani.

Razlozi takvog stanja su višestruki: kod vodovoda — starost vodovodne mreže, objekata, instalacija. Osim toga, kod određenog broja vodovoda nije se postupilo po propisima pri projektiranju, izgradnji i puštanju u rad. Naime, nisu rijetki slučajevi da voda izabrana za izgradnju vodovoda nije uopšte laboratorijski ispitana. Redovna kontrola, uz obaveznu laboratorijsku kontrolu, shodno zahtjevima člana 4, 5. i 6. Pravilnika o higijensko-tehničkim mjerama za zaštitu vode za piće, još uvijek se ne vrši, ili se tek povremeno vrši, i to najčešće samo djelomično, tj. samo bakteriološki pregled.

Izvjestan broj vodovoda nema naprave za dezinfekciju vode, ili se dezinfekcija ne vrši propisno. Često napravama rukuju osobe nedovoljno osposobljene za taj rad. Osim toga, ponegdje nisu obezbijedena izvorišta neophodnim sanitarnim zonama zaštite. Ponegdje ima slučajeva da se ne zna pravi vlasnik vodovoda, odnosno da vodovod još nije zvanično predat na upotrebu.

Potrošači se isto tako često nemarno odnose prema vodoobjektima, što je najčešće posljedica niskog nivoa higijensko-zdravstvene kulture ljudi, ali može da bude i posljedica loše metode, oblika i sadržaja zdravstvenog odgoja naroda. Međutim, protiv takvih se uglavnom ne preduzimaju nikakve odgovorne ni kaznene mjere.

Veliki dio vodoobjekata koji snabdijevaju individualna domaćinstva najčešće su u rđavom stanju. Često ruinirani, dotrajali, sa nehigijenskom okolinom, loše locirani u odnosu na zagađivače — nužnike, štale, đubrišta, te primitivan način zahvatanja vode, što je našlo odraza u velikom broju neispravnih uzoraka.

Ovdje uz put napominjemo, da ovim našim prikazom nisu bile obuhvaćene škole sa svojim vodoobjektima.

Zaključak

Analiza našeg rada na vodama za piće u periodu od 1954. godine sa sistematskim radom u 1965. i 1966. godini nedvojbeno pokazuje da se radi o vrlo značajnom problemu našeg kraja.

Evidentno je da pregledano područje ima vrlo malo kvalitetnih i higijenski ispravnih vodoobjekata, a posebno je zabrinjavajući podatak, da je najveći broj pregledanih uzoraka vode bakteriološki, odnosno kemijski neispravan. Tako je na području Bosanske Gradiške bilo neispravno: bakteriološki 100%, a kemijski 71%; Prnjavora i okoline: bakteriološki 98,44%, a kemijski 66,7%; područje južno, jugozapadno od Banje Luke: bakteriološki 92,3%, dok je kemijski bilo neispravno 44%.

Na području Jajca i okoline neispravno je bilo: bakteriološki 81,8%, a kemijski 19,6%; Kotor-Varoš i okolina: bakteriološki neispravno 93,3%, a kemijski 15,4%; Sanski Most: bakteriološki neispravno 94,2%, a kemijski 44,7% i na području opštine Donji Vakuf: bakteriološki je bilo neispravno 90,3%, a kemijski 12,9%.

Na osnovu svega ovoga, smatramo da bi bilo potrebno da se zdravstvena služba, na kojoj leži odgovornost za utvrđivanje osnovne pravilne politike snabdijevanja i programiranja zaštite izvorišta za snabdijevanje vodom od zagađivanja, kao i društveno-političke zajednice, još više i neposrednije angažiraju na ispitivanju i asanaciji postojećeg stanja.

Novi osnovni zakon o vodama za piće, koji je u pripremi, u svakom slučaju predstavljaće osnovu za brže i konkretnije rješavanje ovog akutnog problema.

Sve ovo govori da su potrebna daljnja sistematska istraživanja i praćenja zdravstvene ispravnosti vode nama pripadajućeg područja, kako bi se dobio tačan uvid u postojeće stanje.

LITERATURA

- 1) Godišnji izvještaj Zavoda za zdravstvenu zaštitu, Banja Luka, 1966. i 1967.
- 2) Higijena građevinskih objekata, Medicinska knjiga, Beograd, 1949.
- 3) Komunalna higijena, Medicinska knjiga, Beograd, 1949.
- 4) Petrik ing. M., Opskrba vodom i otpadna tvar, Medicinska knjiga, Beograd, Zagreb, 1948.
- 5) Pravilnik o higijensko-tehničkim mjerama za zaštitu voda za piće, Službeni list FNRJ, broj 44/60.
- 6) Priručnik za komunalnu higijenu, Medicinska knjiga, Beograd, 1966.
- 7) Prednact Osnovnog zakona o vodi za piće, Savezni sekretarijat za zdravstvo i socijalnu politiku, Beograd, 1966.
- 8) Standardne metode za fizičko-hemijsko i bakteriološko ispitivanje voda, Biblioteka Saveznog zavoda za zdravstvenu zaštitu, Beograd, 1961.
- 9) Standard methods of Water analysis, American Public Health Association, New York, 1946.
- 10) Šibalić M., Bošković T., Jankov Lj.: Vodovodi kao najbolji način snabdijevanja pljačom vodom, Vodovod i kanalizacija, 3—4, Beograd, 1958.

SUMMARY

Sanitary Chemical Department of the Preventive Medicine Institute,
Banja Luka

WATER SUPPLY AND HYGIENIC DRINKING WATER IN SOME PARTS OF B. LUKA DISTRICT

by M. Marić

Up to now there haven't been systematic and elaborate data concerning the waterworks in this part of Bosanska Krajina where this Institute carries out examinations.

Therefore in the course of 1965 and 1966 the following was done:

First, we inspected narrowly the waterworks and found out that the water, from 55 waterworks, according to the results of the chemical analysis of it in 1965, was not suitable for use in 24,5%. After the bacteriological examinations water was found not to be hygienic in 67,7 per cent.

In 1966 the water from the same waterworks, according to the chemical examinations was unsuitable for use in 33,3 per cent. The bacteriological analysis showed that water was not hygienic in 54,2 per cent.

Second, we analyzed the supply drinking water of the population in this area from springs, dug wells, cisterns, pumps and brooklets in the region of inundated Posavina, that is, at Bosanska Gradiška and 12 surrounding villages; in the mountainous region of Prnjavor and 5 adjacent villages, then in the south and south-west of Banja Luka, after that in a part of the communes of Kotor-Varoš, Jajce, Sanski Most and Donji Vakuf, an area which is imperilled by hepatitis now.

The percentage of unsuitable water, according to the bacteriological tests, varied from 87,7 per cent to 100 per cent, while at the chemical examinations of water, the percentage of unhygienic water in the mountainous areas of the communes of Kotor-Varoš, Jajce and Donji Vakuf, was from 24,3 per cent and higher, up to 71 per cent in the other regions examined at that time.

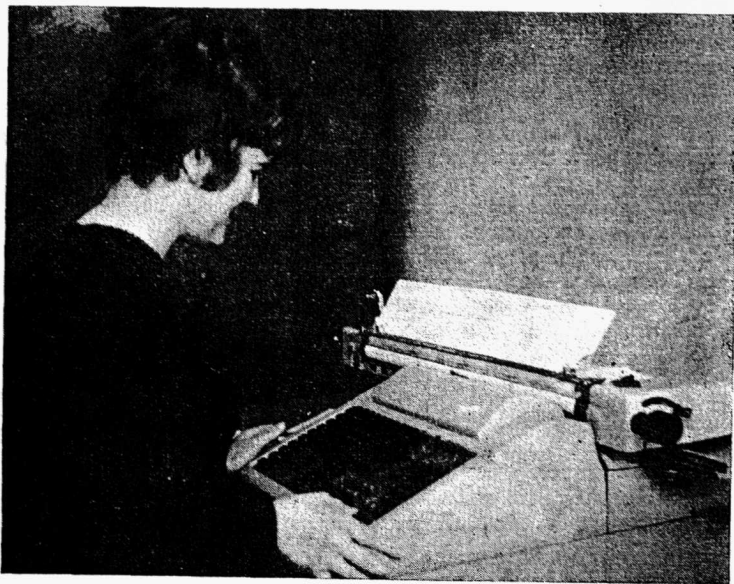
*Zavod za zdravstvenu zaštitu,
Banja Luka
Direktor: dr Natalija Janković
Odjeljenje sanitarne kemije
Sef: dipl. ing. Matilda Marić*

V KONGRES KARDIOLOGA JUGOSLAVIJE OPATIJA, PROLEĆE 1969. GODINE

V kongres kardiologa Jugoslavije održaće se u proleće 1969. godine u Opatiji sa sledećim temama:

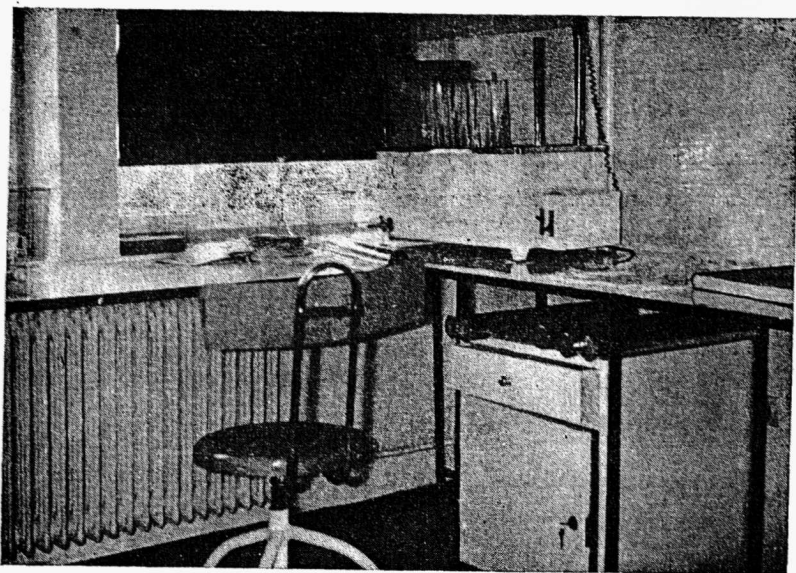
- Tromboembolijska oboljenja;
- Metodologija rehabilitacije kardiovaskularnih bolesnika;
- Današnji odnos »klasičnih« i »instrumentalnih« metoda u kardiologiji;
- Dijagnostika i terapija renovaskularne hipertenzije;
- Psihosomatski aspekti kardiologije.

Teme će se tretirati u vidu simpozijuma, usklađenih diskusija i kroz slobodno prijavljene referate.



Primjena strojeva srednje mehanizacije u računovodstveno-administrativnom poslovanju, uslov je uspješnog upravljanja i rukovođenja radnom zajednicom.

Fotografija prikazuje jedan od takvih strojeva, početni korak na uvođenju mehanografske obrade podataka u administrativno-finansijskom poslovanju Medicinskog centra Banja Luka.



Iz biohemijske laboratorije Medicinskog centra u Banjoj Luci

Klasifikacija psihičkih i psiho-somatskih poremećaja kod početnog kroničnog alkoholizma

Zdravko Poljaković

Nastojanja koja idu za tim da se problem alkoholizma rješava pretežno putem zdravstvene i socijalne službe, poprimaju u zadnjih nekoliko godina, organizaciono i naučno-istraživački, sve više oblike cjelovitih akcija. Unutar psihijatrijskih bolnica otvaraju se specijalizirani odjeli za proučavanje i liječenje alkoholizma, dispanzerska služba posvećuje sve veću pažnju liječenju bolesnika i postterapeutskom tretmanu alkoholičara, a socijalna služba nastoji u uskoj suradnji sa zdravstvenim radnicima pripomoći otklanjanju posljedica oboljenja i aktivnije surađivati u prevenciji alkoholizma. Društvo kao cjelina, iako još uvijek nedovoljno i disharmonično, izdvaja izvjesna sredstva za borbu protiv alkoholizma i za šire preventivne akcije. Ovakav rad je omogućio da savremene koncepcije o alkoholizmu kao bolesti prođu u javnost i da ih javnost prihvati. To je rezultiralo daljnjim pozitivnim kretanjima. Među ostalim i time da se danas sve veći broj bolesnika sam javlja liječniku i traži pomoć. Ova činjenica bitno poboljšava realne terapeutske mogućnosti.

Međutim, da bi se liječenje moglo što uspješnije provesti potrebno je znati kako, kod koga i na koji način možemo najprikladnije primijeniti pojedina terapeutska sredstva, odnosno određeni oblik terapije. Dosadašnji podaci u literaturi davali su veoma skromne odgovore na ova pitanja. Zbog toga smo i pokušali primijeniti izvjesna pravila kako bi ciljanom terapijom postigli što bolje rezultate. Svakako su to tek početni koraci pa će dalja nastojanja i izmjene iskustava dati odgovor, da li je ovaj put ispravan i možemo li ovim načinom bar djelomično rasvijeliti kompleksno pitanje alkoholizma.

U ambulanti DNZ Trnje i na Odjelu za liječenje i proučavanje alkoholizma u bolnici za duševne bolesti u Jankomiru — Zagreb uz svakodnevni rutinski posao pristupili smo klasifikaciji bolesnika-alkoholičara.

Danas se još uvijek stoji na stanovištu da pojedine osobine ličnosti ne mogu sa sigurnošću biti odgovorne za nastajanje oboljenja. Budući da nije definiran jedan tip ličnosti naročito podložan alkoholu, vjeruje se da su psihopatološki uvjeti nastanka alkoholizma različiti od slučaja do slučaja. Unatoč ovim stavovima koji se ističu u literaturi, odlučili smo provesti klasifikaciju jednog dijela bolesnika prema simptomima i oboljenjima koji bi mogli biti i u kauzalnoj vezi s alkoholizmom.

Istovremeno ovo bi nam omogućilo da liječenju bolesnika pristupimo što temeljitije i svrsishodnije. Ovakav pristup ovome problemu nije uobičajen jer je težište u dosadašnjim radovima i proučavanjima bačeno na razradu razvojnih faza oboljenja (Meyer, Keyserling) i diferenciranje somatskih i psihičkih sindroma koji se javljaju kod kroničnog alkoholizma.

Referat održan na 27-om Internacionalnom kongresu »Alkohol i alkoholizam« u Frankfurtu na Majni od 6—12. septembra 1964. g.

Našu podjelu proveli smo prvenstveno kod onih bolesnika kod kojih su postojali simptomi incipijentnog oboljenja, dakle kod alkoholičara koji se prema tabeli H. Meyer-a (Stuttgart — 1956) nalaze u prodromalnoj fazi oboljenja ili na početku tako zvane kritične faze. Prema podacima iz literature i našim iskustvima, dominantni simptomi takvog stanja jesu: povećana tolerancija prema alkoholu, fenomen djelomične amnezije za period opijenosti — »alkoholni palimpsest« po Bonhöffer-u ili »black-out« prema Jellinek-u kao i pojava povremenog »gubitka kontrole«. Želimo istaći ovu fazu u procesu razvoja bolesti i zbog toga što je veoma važno uočiti period prelaza simptomatskog alkoholizma u alkoholomaniju, period u kojem još nema manifestnih simptoma kroničnog alkoholizma. U ovome stadiju adekvatnom terapijom možemo postići mnogo bolje terapijske uspehe.

Kao kriterij za klasifikaciju ove kategorije bolesnika uzeli smo poremećenja i oboljenja u psihičkoj i somatskoj sferi za koja smo smatrali da nisu uzrokovani alkoholizmom. Kao što je poznato, takve psihičke aberacije (psihoneuroza, psihopatija, emocionalna nezrelost) i somatske bolesti (ulkusna bolest, stanja poslije resekcije želuca, epilepsija) mogu igrati značajnu ulogu u patogenezi alkoholizma.

Nastojali smo za svakoga pacijenta dobiti što iscrpnije podatke o psihičkom, a i tjelesnom razvoju, kako bismo na taj način što detaljnije rasvijetlili njegovu ličnost. Smatrali smo da egzamen, anamnestički podaci upotpunjeni s heteroanamnezom dozvoljavaju donošenje zaključaka o duševnim osobinama pacijenta, zbog toga što u ovoj fazi bolesti posljedice abuzusa nisu još u tolikoj mjeri izražene da bi prekrile osnovne crte ličnosti, ili već ranije nastale aberacije.

Uz neurološko-psihijatrijski pregled, laboratorijske pretrage i druge specijalističke preglede, pacijenta su obradili psiholog i socijalni radnik, a prema potrebi zatraženo je i mišljenje pedagoga.

Nakon završene obrade, na zajedničkoj sjednici svih članova tima (sinteza) donijeto je mišljenje o pacijentu i postavljena radna dijagnoza. To nam je omogućilo da bolesnike po dijagnozama raspodijelimo u pojedine grupe, da ih podvrgnemo kombiniranoj terapiji i približno predvidimo dužinu boravka na odjelu ili dužinu liječenja u ambulanti.

Bolesnike smo podijelili u slijedeće grupe:

1. bolesnici sa simptomima psihoneuroze,
2. bolesnici sa simptomima karakternih neuroza (psihopati),
3. bolesnici sa simptomima endogenih oboljenja,
4. emocionalno nezrele ličnosti,
5. intelektualno retardirane ličnosti,
6. bolesnici kod kojih postoje evidentna somatska oboljenja ili posljedice tih oboljenja (stanja nakon operacije ulcus ventriculi ili duodeni, pacijenti sa suspektnim promjenama u smislu lezija ekstrapiramidnog sistema ili simptomima idiopatskog odnosno esencijalnog tremora, tuberkulozni bolesnici, posttraumatska stanja osobito nakon zatvorenih kranio-cerebralnih povreda, komocije ili lakše kontuzije mozga, endokrinološka oboljenja, epilepsija bez izrazitijih znakova karakternih promjena ili demencije itd.).

Ova je grupa prema našim podacima veoma brojna. Mišljenja smo da je potrebno detaljnije proučiti i upoznati pojedina oboljenja u korelaciji s alkoholizmom kako bi se kod tih bolesti, uz ostalo, moglo poduzeti i prikladne preventivne mjere.

7. esencijalni alkoholizam.

U ovu smo grupu svrstali one pacijente u kojih nismo mogli dokazati promjene u psihičkoj sferi niti somatska oboljenja. Pojam »esencijalni alkoholizam« poznat je u literaturi. Kako je etiopatogeneza stanja još uvijek velika nepoznanica, smatrali smo da je ovaj termin najprikladniji za ovu skupinu bolesnika.

Na temelju daljnjeg promatranja bolesnika na odjelu, za vrijeme radne terapije, u toku grupnog rada rekreacionih aktivnosti i kontrolnih egzamina, radna dijagnoza je potvrđena ili podvrgnuta reviziji, što je dovelo do korekcije dijagnoze, mijenjanja klasifikacije i modifikacije terapije. Međutim, u našem su materijalu ovakvi slučajevi bili veoma rijetki. Dijagnozu smo korigirali kod svega 5 pacijenata (4,5%).

U periodu od godinu dana tretirali smo 220 pacijenata. Od toga broja 120 bolesnika mogli smo prema spomenutim kriterijima svrstati u opisane grupe, dok je od preostalih 100 bolesnika devetnaest primljeno u delirantnom stanju, osam sa simptomima alkoholne psihoze u užem smislu, dva pod slikom Korsakowljevog sindroma, a ostalih 71 imali su evidentne simptome kroničnog alkoholizma.

Najveći broj bolesnika mogli smo svrstati u prvu grupu (simptomi psihoneuroze) i to 30 pacijenata ili 25% od ukupnog broj bolesnika.

Na drugom mjestu nalazi se šesta grupa. U tih bolesnika mogli smo dokazati somatska oboljenja ili posljednice tih oboljenja — 27 bolesnika ili 22,5%. U ovoj grupi je upadljivo velik broj bolesnika u kojih se bolest (alkoholizam) razvila nakon sekcije želuca zbog duodenalnog ili ventrikularnog ulkusa (15 bolesnika). Ukoliko ulcus ventriculi odnosno ulcus duodeni shvatimo kao psiho-somatska oboljenja (ulkusna bolest uz simptome psihoneuroze), dolazimo do zaključka da je broj bolesnika u prvoj grupi veći.

U drugoj grupi (bolesnici sa simptomima neuroza) imali smo 23 bolesnika ili 19,5%. Ovaj podatak je interesantan zbog toga što mnogi autori (Bonhoeffer i dr.) smatraju da među alkoholičarima ima preko 40% psihopata. Iako smo imali pred očima ove podatke, u našem materijalu nismo mogli registrirati tako veliki postotak bolesnika sa simptomima karakternih neuroza. Prema broju pacijenata na četvrto mjesto dolazi esencijalni alkoholizam (grupa 7.) s 19 bolesnika ili 16% od ukupnog broja opserviranih pacijenata.

Jasne simptome endogenih psihoza našli smo u 12 pacijenata ili 10% (grupa 3). I ovaj je broj manji od navoda u literaturi (Bumke). U grupi intelektualno retardiranih imali smo 9 pacijenata (grupa 5) ili 7%.

Najmanje pacijenata imali smo u grupi 4 (emocionalno nezreli) i to 2 pacijenta. To je i razumljivo jer je diferenciranje ovih bolesnika veoma teško.

Opisana klasifikacija omogućila nam je bolje provođenje terapije koja je po našem mišljenju bila djelimično i kauzalna, jer se pojedina sredstva i oblici liječenja mogu na prikladan način kombinirati. Kod nekih oblika oboljenja prvenstveno smo primjenjivali ona sredstva koja prema današnjim koncepcijama najbolje djeluju na dominantne simptome. Vitaminsko-detoksirajuća terapija, radna i okupaciona, kao i rekreaciona terapija primijenjena je kod svih bolesnika.

Kod bolesnika prve grupe (psihoneuroze) primijenjena je prvenstveno psihoterapija i to individualno i grupno. Uz to aplicirana su sedativa, a u pojedinim slučajevima i manje doze neuroplegika.

Kod druge grupe pacijenata (karakterne neuroze) koja je prognostički najteža, boravak u bolnici je trajao mnogo duže, a svakom bolesniku posvećena je kod radne terapije posebna pažnja. Pojedini slučajevi su zajednički analizirani, a kod manjeg

broja pacijenata apliciran je disulfiram. Primijenjena je i terapija neuroplegicima. U toku liječenja primijećeno je poboljšanje psihičkog stanja osobito u afektivnoj sferi.

Ukoliko je postojala sumnja na endogeni proces, a opservacijom je ta pretpostavka potvrđena, primijenjena je uz vitaminsku i terapija tzv. velikim neuroplegicima.

Kod pacijenata sa simptomima emocionalne nezrelosti, uz psihoterapiju — individualnu i grupnu, nastojali smo otkloniti, ili ublažiti utjecaj egzogenih faktora koji su često povećavali nestabilnost pacijenta.

Bolesnike koje smo svrstali u šestu grupu (somatska oboljenja ili posljedice tih oboljenja) tretirali smo simptomatski, ili smo aplicirali supstitucionu terapiju s ciljem da otklonimo ili ublažimo subjektivne smetnje. U pojedinim slučajevima pacijent je podvrgnut i psihoterapiji s ciljem da se djeluje na frustracionu ili dublju neurotsku komponentu oboljenja.

Pacijenti koje smo svrstali u zadnju grupu (esencijalni alkoholizam) boravili su mnogo duže u bolnici i kod njih smo češće aplicirali disulfiram. Nakon otpusta sve pacijente smo katamnestički pratili još najmanje dvije godine.

Potrebno je istaći da smo disulfiram upotrebljavali kod manjeg broja bolesnika. Smatramo da su relativno dobri rezultati koje smo postigli primjenom disulfirama, rezultati strogo ograničenih indikacija.

Zaključak

Prilazeći problemu alkoholizma na ovaj način, mogli smo pristupiti sistematskom liječenju bolesnika, orijentaciono predvidjeti dužinu boravka na odjelu i bar približno postaviti prognozu daljnjeg toka bolesti. Katamnestičko praćenje bolesnika dat će nam određenije podatke o rezultatima našega rada. Svakako da u tome igraju znatnu ulogu mogućnosti i način hospitalizacionog liječenja bolesnika.

Ovo je pokušaj da na prikladan način pridemo kategorizaciji jedne grupe bolesnika i poboljšamo terapeutske rezultate.

Naš rad je potvrdio već dobro poznatu činjenicu da je alkoholizam kompleksan medicinsko-socijalni problem koji zahtijeva suradnju i zajednički rad širokog kruga stručnjaka uz aktivno angažiranje svih društvenih snaga na terenu.

SADRŽAJ

Pokušaji otkrivanja patogeneze oboljenja i mogućnosti klasifikacije tih uzroka zauzimaju vidno mjesto u nastojanjima da se pitanje alkoholizma zahvati što temeljitije i svrsishodnije. Nema mnogo pokušaja koji bi dali određeniji odgovor na ovo pitanje. Težište je bačeno na razvojne faze oboljenja što je na određeni način i obrađeno (Meyer i Keyserling).

U duljem proučavanju samoga problema u toku rada na Odjelu za liječenje i proučavanje alkoholizma u bolnici za duševne bolesti u Jankomiru — Zagreb i u Dispanzeru DNZ Trnje nastojali smo temeljitom obradom svakog pacijenta rasvijetliti ličnost bolesnika, retrogradno do onih granica do kojih su to pristupačni podaci dozvoljavali. Kod slučajeva incipientnog kroničnog alkoholizma, obradom pacijenta sa strane neuropsihijatra, psihologa, socijalnog radnika kao i promatranja na odjelu u toku radne terapije, grupnog rada i individualnog kontakta, nastojala se stvoriti slika ličnosti pacijenta. Na taj način, komparirajući i sintetizirajući nalaze postavila se jedna od dijagnoza za koju se smatralo da leži u osnovi alkoholizma. Želimo napome-

nuti da smo pacijente s izrazitim tjelesnim smetnjama ili promjenama odnosno oštećenjima, ili one slučajeve gdje smo sumnjali da postoje endokrine poremetnje svrstali u posebnu grupu

Na taj način izdvojili smo sedam grupa:

1. bolesnici sa simptomima psihoneuroze,
2. bolesnici sa simptomima karakternih neuroza (psihopati),
3. bolesnici sa simptomima endogenih oboljenja,
4. emocionalno nezrele ličnosti,
5. intelektualno retardirane ličnosti,
6. bolesnici kod kojih postoje evidentna somatska oboljenja ili posljedice tih oboljenja,
7. esencijalni alkoholizam.

Opisana klasifikacija stvorila nam je mogućnost grupiranja pacijenata a time i mogućnost provođenja svrsishodnije terapije koja je bar u grubim crtama kauzalna. Ujedno su i prognostičke mogućnosti bile veće a i sam boravak na odjelu mogao se vremenski uskladiti s postavljenom radnom dijagnozom.

LITERATURA

- 1) Fouguet P.: Reflexions cliniques et therapeutiques sur l'alcoolisme, Evolution psychiatrique, 22, 231, 1951.
- 2) Jellinek E. M.: The disease concept of Alcoholism, United Printing Services, Inc., New Haven, 1960.
- 3) Jellinek M. M.: The Craving for Alcohol, Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 16, 24, 1955.
- 4) Keyserling, H.: Der Alkoholismus als soziales Problem, Veb, Gustav Fischer Verlag, Jena, 1959.
- 5) Lopašić, R.: Bethelm S., Dogan S.: Psihijatrija, Medicinska knjiga, Beograd—Zagreb, 1961.
- 6) Meyer, H.: Das Problem des Alkoholismus, Schriftenreihe aus dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens, H. 3, Thieme — Stuttgart, 1956.
- 7) Bumke, O.: Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 1948.

ZUSAMMENFASSUNG

Neurologisch-psychiatrische Polyklinik,
Trnje — Zagreb
und
Krankenhaus für Geisteskrankheiten,
Jankomir — Zagreb

DIE KLASSIFIKATION DER PSYCHISCHEN UND PSYCHOSOMATISCHEN STÖRUNGEN BEIM BEGINNENDEN CHRONISCHEN ALKOHOLISMUS Zdravko Poljaković

Versuche der Klassifikation des Alkonlismus auf Grund der Entdeckung der Pathogenese nehmen einen wichtigen Platz in den Bestrebungen für eine gründlichere und erfolgreichere Behandlung ein. Die bisherigen Klassifikationen stellen die Entwicklungsphase der Erkrankung dar (Arbeiten von Meyer und Keiserling).

Der Verfasser versuchte im Laufe von einigen Jahren die Persönlichkeit jedes Patienten auf Grund der zugänglichen Angaben zu charakterisieren. Bei der Behandlung jedes Patienten nahmen ein Psychiater, ein Psychologe, ein Sozialarbeiter und ein Arbeitstherapeut teil. Die Meinung über die Persönlichkeit des Kranken wurde nach individueller und Gruppen-Arbeit ermittelt. Auf diese Weise wurde auch die psychische Störung bestimmt, die im Grunde des Alkoholismus liegt. Kranke mit ausgeprägten somatischen Störungen (Zustände nach Magenresection, endokrine Störungen u. s. w.) sind in eine besondere Gruppe eingeordnet. So sind auch Patienten, bei denen es nicht möglich war die Grundkrankheit zu entdecken in die Gruppe des essentiellen Alkoholismus eingeordnet.

Auf diese Weise sind sieben Gruppen entstanden:

1. Kranke mit psychoneurotischen Symptomen
2. Kranke mit charakterneurotischen Symptomen
3. Kranke mit endogenen Psychosen
4. Emotionelunreife Persönlichkeiten
5. Intellektuell retardierte Persönlichkeiten
6. Kranke mit ausgeprägten Körperlichen Erkrankungen oder mit Folgen dieser Krankheiten.
7. Essentieller Alkoholismus

Diese Klassifikation ermöglicht nach der Erfahrung des Verfassers eine erfolgreichere Behandlung, die auch kausal ist, weil sie die Grundkrankheit erfasst. Ausserdem ermöglicht diese Klassifikation eine genauere Prognose in Hinsicht auf die Behandlungsergebnisse und die Hospitalisationsdauer.

Dispanzer za neurologiju i psihijatriju D.N.Z.

Trnje — Zagreb i

Bolnica za duševne bolesti Jankomir — Zagreb

Prijedlog za kliničku klasifikaciju cervikalne trudnoće

(*Graviditas cervicalis invasiva*)

Franjo Ćurić i Josip Jović

Primarna implantacija jajašca u cervikalnom dijelu materice, ispod orifitium uteri internum, naziva se cervikalni graviditet (u daljnjem tekstu c. g.)

Premda u pojedinim udžbenicima i priručnicima nema spomena o ovoj patološkoj nidaciji (20, 23, 25, 33), ipak je do sada u svjetskoj literaturi publicirano 80 slučajeva (Sheldon cit. Dehalleux 9.) U našoj literaturi opisano je 12 slučajeva ove vrste trudnoće (cit. Vujić 40).

Smatra se da je Home (1817) prvi opisao klasični slučaj c. g. (Schneider, Pilarsky, Resnick cit. Dehalleux 9).

Zasluga za termin *graviditas cervicalis* pripada Rokitanskom (1860). U približavanju definiciji i egzaktnosti pojma c. g. od Home-a (1817) do Schneidera (1927) prošlo je 110 godina, a Rubin (30) je tek 1911. g. postavio 4 neophodna kriterija c. g.:
1. prisutnost cervikalnih žlijezda u blizini implantacije placente
2. intimna insercija korijalnih resica u cervikalnoj strukturi
3. placenta smještena u potpunosti ili djelomično ispod vasa uterina
4. odsutnost fetalnih elemenata u kavumu uteri.

Paalmann i Mc Elin (1959) pored anatomskog kriterija ba ziraju dijagnozu na kliničkim elementima: 1. bezbolna metro-ragija nakon amenoreje 2. kolum uteri smekšan, povećan, bačvastog izgleda, dok je korpus malen tvrd 3. ovulum tijesno i čvrsto spojen za stijenku koluma 4. vanjsko ušće koluma djelomično otvoreno a često prohodno za prst 5. nutranje cervikalno ušće zatvoreno (27).

Palpatorno dominira balonasto proširen kolum, dok je uterus malen i tvrd »coiffant le col en barille« ili »en bouchon de champagne« (Dubuis, Flanagan cit. Dehalleux). Paalman upoređuje uterus s pješćanim satom.

Diferencijalno dijagnostički prema učestalosti u ginekološkoj kazuistici dolazi u obzir cervikalni abortus, kako su ga mnogi autori u početku kliničkog tretiranja dijagnosticirali (5, 8, 10, 21, 27, 34, 36, 39) maligna neoplazma cerviksa (1, 11, 15, 17, 27, 35) i naš prvi slučaj, ruptura tubarnog graviditeta kod jake invazije korijalnog epitela i krvarenja u parametranu i abdominalnu šupljinu (3, 30), myoma cervicale s graviditetom (26, 38), placenta praevia (4), ruptura cerviksa, myoma ad vaginam nascens.

Prema napred navedenom od prvih publikacija do naših dana, uključujući i domaće autore, opisano je koliko znamo 92 slučaja c. g. Definicija c. g. nije više sporna. Međutim, primijetili smo u dosadašnjim opisima kako starijih tako i modernijih autora, a ponukani smo i našim slučajevima, da se među svim publiciranim slučajevima ističe i izdvaja grupa c. g. trećeg — četvrtog lunarnog mjeseca, kod kojih korijalne kesice izrazito penetriraju ili probijaju stijenku koluma uteri (3, 10, 16, 18, 21, 26, 27, 29, 34, 36, 37, 39, 40, 43).

Kod ovih se slučajeva radi o krvarenju opasnom po život, na koji otpadaju uglavnom svi smrtni slučajevi starijih i mo-

dernijih autora (8, 10, 26, 34, 39, 43). Tako, smrtnost iznosi prema Placinteanu i Nitescu 50—60% (cit. Mirković), Zangenmeisteru 40—50%, Schurgeru 43%, Studiofordu 29%, Mirkoviću i sur. 25%, Dekarisu 25%, Kissu 17%.

Obično se kod ovih slučajeva dijagnoza postavlja »post festum«, a samo sretan niz okolnosti: ambulatna dijagnoza« ad hoc«, uvježbanost ekipe za rješavanje urgentnih slučajeva, odgovarajuće količine konzervirane krvi (davalaca kod starijih autora), rješavaju ove slučajeve s povoljnim ishodom »quo ad vitam«. Stijenka cervikalnog kanala destruirana korijalnim epitelom stvara nepovoljne anatomske uslove za daljnji razvitak jajašca, pa između drugog-četvrtog lunarnog mjeseca ovakav graviditet normalno spontano propada, to bi bilo anatomsko tumačenje ove izdvojene grupe c. g. Rekli bismo čak, što je invazija korijalnih resica intenzivnija to ranije dolazi do krvarenja kao dominantnog simptoma ove grupe.

U ovu grupu spadaju svi slučajevi opisani u stranoj literaturi, 2—4. mjeseca starosti jajašca (1, 3, 8, 10, 16, 18, 21, 26, 27, 29, 34, 36, 37, 39, 40, 43) i većina slučajeva iz naše literature.

Vjerovatno je da jedan dio distalnih nidacija jajašca (Dekaris 10) do šeste nedjelje trudnoće izmakne pažnji kliničara. To su slučajevi s krvarenjem nakon kratkotrajne amenoreje. Kod tih graviditeta sigurno nije bilo invazivnih tendencija od strane jajašca i oni su zanimljivi više s teoretskog gledišta (Dubuis 5, 10, 12). Veliki cervikalni graviditeti (4, 24, 30, 42), a osobito oni izneseni pobuđuju sumnju da li se možda radi o nidaciji jajašca u predjelu istmusa, uz neke anatomske malformacije.

U pogledu etiologije postoji dosta nerazjašnjenih momenata. U nizu hipoteza konstitucija organizma se smatra odgovornom za nastanak ove pojave (Dannel cit. Dekaris 10). Među modernim autorima ističe se Studifford (35) koji skeptično primjećuje da je etiološki momenat »unknown but probably largely accidental«. Kao hipoteza isticalo se i oštećenje i istrošenost endometrijuma što je istovremeno tumačenje i za nastanak placente previje. Ovakvo tumačenje je prilično jednostavno i zastarjelo. Placenta previja nije rijetka kod nulipara, a c. g. se nalazi u još većem procentu u žena koje nisu bile gravidne. U našoj literaturi ističe se mišljenje da su nerazvijenost jajašca i primarna lezija trofoblasta glavni uzrok niske nidacije ovuluma (Szabo 36). To je modernije shvatanje. U stranoj literaturi ih ima više: koncepcija nastaje prije mensesa ili pak istovremeno s njim tj. radi se o zakašnjoj ili paracikličkoj ovulaciji (Iffy, cit. Koleta 19), endometrioza koluma kao podloga za nidaciju (Koleta 19), usporena produkcija proteolitičkih fermenta koji tek u cerviksu dolaze do izražaja (Kiss 22).

Nama je najprihvatljivije kada je riječ o cervikalnoj nidaciji jajašca, mišljenje bazirano na istraživanjima Palmera (28) koja se odnose na neurohormonalnu disfunkciju uterusa. Naime, normalno je korpus uteri u času nidacije a to je sekretorna faza, atoničan. U slučaju neurohormonalne difunkcije corpus uteri je hipertoničan a cerviks atoničan. Jajašce u tom slučaju kontrakcijama korpusa bude potjerano ispod orifitium uteri internum, gdje u ovakvom slučaju dolazi do patološke tj. cervikalne nidacije jajašca. Ovom se mišljenju priključuje Dekaris (10), dodajući i neke druge »mehaničko-kemijske biološke faktore«.

Iako je c. g. veoma rijetka pojava, ipak se na institucijama koje raspolažu velikim iskustvom, c. g. pojavljuje u nekim proporcijama u odnosu na trudnoću tako: Viktor i sur. (1957) imali su odnos 1 : 24141, Dekaris 1 : 19250, Mayo klinika 1 : 16000, Forgasc 1 : 11530, Paalmann 1 : 9595 i naše odjeljenje 1 : 19863.

Prognoza i terapija. Kao što smo ranije naveli kod klasičnih i modernijih autora, i u našoj literaturi, ističe se ona grupa c. g.

gdje je potrebna hitna kirurška intervencija (1, 3, 8, 10, 16, 18, 21, 26, 27, 29, 34, 36, 37, 39, 40, 43), jer se radi o profuznom, po život opasnom krvarenju. Ako se iz ovog aspekta gleda na problem terapije c. g., onda se ista znatno pojednostavljuje. Brojni autori (3, 4, 5, 7, 10, 26, 32, 36) da bi održali dosadašnju podjelu, pribjegavaju teoretiziranju u pogledu terapije, kao amputaciji koluma (Schurger 32, Concetti 7), bilo parcijalnoj bilo totalnoj ili supravaginalnoj amputaciji (4), pa čak i konzervativnom liječenju (Scheldon 1963, Szabo 36, Birmanae 3, Fleischauer 13).

Ako izdvojimo grupu c. g. sa izrazito invazivnom tendencijom korijalnih resica kod koje uvijek nastupi fatalno krvarenje, onda u tim slučajevima ne postoji drugi izbor osim aktivne kirurške terapije. O svim drugim slučajevima može se diskutirati i mijenjati izbor terapije bez opasnosti po život bolesnice. Na taj način smo problem pojednostavili i po našem mišljenju, učinili jasnijim. Prema tome kod c. g. sa izrazitom korijalnom invazijom terapija će biti isključivo kirurška: extirpatio uteri totalis vaginalis seu abdominalis prema anatomskim uslovima i drugim okolnostima.

Naši slučajevi

1. B. V. M. br. 4576/58, četrdesetogodišnja žena. Porodična anamneza uredna. Dječijih se bolesti ne sjeća. Ranije navodno nije bolovala. Partus 2 Abortus O.

Sadašnja bolest. Nakon amenoreje od deset mjeseci, koju je smatrala normalnom jer je »zašla u godine«, počela je zadnja dva mjeseca pomalo krvariti. Ima neku nejasnu težinu u donjem dijelu trbuha. Prije dva dana je obilnije krvarila i zato je došla u bolnicu.

Status praesens: srednje visoka, mršava, jako blijeda: RR: 110/80 mm Hg, T: 36,2, Puls: 110/min., Se: 110/140, Er: 1,700.000, Leuk.: 5600;

Genitalni nalaz: Multipara, vagina prostrana, glatka, portio vag. ut. balonasto proširena, vanjsko ušće za prst prohodno.

In speculo: Kroz vanjsko ušće izviruje sivkasto-smeđe prhko vulnerabilno tkivo. Adneksa se ne daju ispalpirati zbog napinjanja.

Rektalni nalaz: oba parametrija su skraćena, a prošireni cerviks seže do kosti zdjelice i djelomično je mobilan. Rektum komprimiran opisanim tumorom. Prilikom inspekcije porcije odstrani se ostrim kliještima (»Zwickzange«) nešto tkiva za histološku pretragu. Mislilo se na malignu endocervikalnu neoplazmu, više na sarkom nego na karcinom. Tom prilikom počne nešto ozbiljnije krvariti što se stišava tamponadom (traka rivanol gaze). Transfusio sanguinis! Pacijentica je nakon dva dana operirana. Do operacije u dva navrata dobila je po 300 cm konzervirane krvi grupe A.

Operacija: Izvršena je totalna abdominalna ekstirpacija uterus sa adneksima. Prilikom prepariranja cerviksa našao se upadljivo mali corpus uteri skoro normalne veličine, dok je cerviks proširen kao dvije muške šake. Opisano prhko tkivo na pojedinim mjestima probija stijenku cerviksa. Preparat: u proširenom i rastanjenom cerviksu posteljica imbibirana krvlju i čvrsto prirasla uz cerviks, a na pojedinim mjestima ga prožima u cijelosti, kako je to opisano. Foetus dug 12 cm sa znakovima truleži. Adneksa: desni ovarijum povećan, na prerezu se nalazi corpus luteum.

Histološki nalaz: u unutrašnjim slojevima muskulature korijalna invazija. (Zavod za pat. anat. med. fak., Zagreb, br. 10595/58).

Bolesnica otpuštena kući nakon 12 dana liječenja.

2. M. R. br. 1031/66, stara 33 godine. Porodična anamneza bez osobitosti. Nije nikad bolovala. 1962. operirala slijepo crijevo.

Sadašnja bolest: 24. februara primljena na ovo odjeljenje zbog krvarenja. Zadnja menstruacija prije dva mjeseca (24. XII 65). Bila je na pregledu kod liječnika koji joj je rekao da je trudna. Partus: O Abortus: O.

Status praesens: Visoka, dosta dobro uhranjena i razvijena. Vidljive sluznice blijedo-ružičaste. RR: 110/60mm Hg., T: 36,7, Puls: 88, Se: 10/16, Leukociti: 6200, Eritrociti: 3.050.000, Hb: 54%.
 Genitalni nalaz: Nulipara. Međica visoka, čvrsta. Vagina uska, nabrana, Cervix uteri baloniran veličine muške šake, vanjsko ušće uloživo za vrh prsta. Krvari pomalo. Uterus veličine manje šake, tvrd, gibiv, neosjetljiv. Adneksa obostrano slobodna.

In speculo: nalaz uredan.

Bolesnica je pregledana u ginekološkoj prijemnoj ambulanti gdje je postavljena dijagnoza c. g. Odmah se određuje krvna grupa i javlja da u operacionoj sali sve bude spremno za intervenciju. Od ambulante do operacione sale nastupa snažno krvarenje, tako da je bolesnica prije operacije zapala u šok. Čvrsta tamponada. Transfuzija krvi »A« grupe. Paralelno s operativnim zahvatom bolesnica dobija transfuziju krvi pod kompresijom. Izvrši se hitna totalna abdominalna ekstirpacija uterusa, koju je bolesnica podnijela dobro. Za vrijeme operacije kao i preoperativno bolesnica je primila 1.500 cm odgovarajuće krvi i analeptike. Postoperativni tok je bio potpuno uredan, i bolesnica je deseti dan napustila bolničko liječenje.

Histološki nalaz: Graviditas cervicalis (Zavod za pat. anat. Med. fak. Zagreb, br. 3140/66 od 11/III 66 god.).

Nalaz: cerviks proširen, nutarnja površina crvenkasta, histološki se nalazi uglavnom dobro održano placentalno tkivo, a korijalne resice mjestimice prožimaju čitavu debljinu stijenke



Nativni preparat: Uterus sa cerviksom dug 16 cm. Cerviks do unutarnjeg ušća dug 8,5 cm. Debljina stijenke korpusa uteri 2,5 cm a debljina stijenke cerviksa 0,3 cm.



Diskusija:

Radi se o dva slučaja cervikalne trudnoće. Kod prvog slučaja klinička dijagnoza je glasila »neoplasma cervicis«, obzirom na godine bolesnice kada praktičar obično ne misli na trudnoću, anamnestičke podatke i lokalni nalaz. Naša kriva dijagnoza nije usamljen slučaj (1, 11, 15, 17, 27) u ovoj kazuistici. Imali smo sreću što nismo provocirali jače krvarenje prilikom uzimanja tkiva za histološku pretragu.

U drugom slučaju dijagnoza je postavljena ispravno i za hvaljujući uvježbanoj ekipi, i dovoljnoj količini konzervirane krvi, on je povoljno riješen. U oba slučaja radilo se o cervikalnoj trudnoći preko dva mjeseca staroj, kod kojih su korijalne resice duboko prozele stijenku cerviksa. Kada smo, u nama dostupnoj literaturi prostudirali ovaj problem, došli smo do zaključka da oba slučaja spadaju u onu izdvojenu grupu c. g. koji zahtijevaju neodložnu kiruršku intervenciju. U oba slučaja je operativni zahvat bio apsolutno indiciran. U drugom slučaju smo bili prinuđeni da pristupimo radikalnom zahvatu i ako se radilo o mladoj osobi nulipari, koja tim zahvatom gubi svoju fertilitetnu sposobnost.

Zaključak

Iz izloženog vidimo da se kod svih c. g. po svojoj kliničkoj slici izdvajaju oni slučajevi u kojih je profuzno krvarenje dominantan simptom, a histo-anatomske se radi o izrazito invazivnim korijalnim resicama koje duboko prodiru, ili pak potpuno prožimaju cijelu stijenku cervikalnog kanala. Ovi su slučajevi stariji od dva lunarna mjeseca, a propadaju pod kraj četvrtog lunarnog mjeseca jer anatomske uslovi ne dozvoljavaju daljnji razvitak ploda. Fatalno krvarenje indicira u svakom slučaju totalnu eksterpaciju uterusa. Ovoj grupi cervikalne trudnoće mi smo dali naziv »Graviditas cervicalis invasiva«.

LITERATURA

- 1) Ashitaka, Shinohara K., Taki J., Kosai, Hirose G., Takayama K.: *Am. J. Obstetr. Gynec.* 78, 351, 1959.
- 2) Bednar V. Slunsky R.: *Gynaecologia Basel* 149, 369, 1960.
- 3) Birmanac D. Gavrić S.: *Ginekologija i obstetricija* 3—4, 157, 1964.
- 4) Bowles H. E. West. J.: *Obst. a. Gyn.* 54, 226, 1945.

- 5) Bolaffi; Riv. Ital. Gin. 6, 517, 1932, cit. Dekaris.
- 6) Clarke G. L.; Obstetr. a. Gynec. 16, 454, 1961.
- 7) Concetti P.: Monit. ostetr. Gin. 12, 208, 1940.
- 8) Crousse R.: Bruxell. med. 14, 379, 1934.
- 9) Dehalleux J., Masson J., Burger J., Plipippe E.: Gyn. Obst. 65, 99, 1966.
- 10) Dekaris M.: Radovi med. fak. Zagreb, 2, 270, 1953.
- 11) Dougal D.: Mountsinai Hosp. 14, 184, 1947.
- 12) Dubuis P.: Gynecologia, 6, 399, 1950.
- 13) Fleischauer H.: Zbl. Gynäk 73, 238, 1951.
- 14) Forgacs J., Guorvary V., Holics K.: Zbl. Gynäk 27, 929, 1965.
- 15) Franz: Verh. Deutsch. Gesell. Geburtsh. u Gynäk. VII 1899 (cit. Dekaris).
- 16) Geister: Inaug. Diss., Ludvigshafen 1925 (cit. Dekaris).
- 17) Keller R.: Gynaec. et Obstetr. IV/3, 1952.
- 18) Kleiner Monatschr. Geb. u. Gyn. 83, 291, 1929. (cit. Dekaris).
- 19) Koleta F.: Z l. Gynäk 17, 576, 1965.
- 20) Koller Th.: Lehrbuch d. Geburtsh. S. Karger, Basel, 1953.
- 21) Kovačev M.: Med. pregled, 3, 280, 1953.
- 22) Kiss J.: Zbl. Gynäk 33, 1267, 1958.
- 23) Martius H.: Lehrbuch. d. Geburtsh., Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1950.
- 24) Merlino G.: Arch. Obstetr. Ginec, Napoli 4, 42, 1940.
- 25) Mladenović D.: Akušerstvo i gin. IV izdanje Beograd, 1965.
- 26) Mirković A., Tomić M., Škurina, T. Šulović: V. VII gin. nedelja 41, 1962.
- 27) Paalmann, Mc Elin: Am. J. Obst. Gynec. 77, 1261, 1959.
- 28) Palmer R.: La stérilité involontaire, Masson et Cie, Paris, 1950.
- 29) Quinto Stud. Sassari 11, 693, 1933 (cit. Dekaris)
- 30) Rubin I.: Surg. gyn. a. obst. 13, 625, 1911.
- 31) Schneider P. Am. J. Surg. 93, 27, 1957.
- 32) Schruger A.: Zbl. Gynäk 45, 2584, 1937.
- 33) Seitz-Amreich: Biologie u. Pathologie d. Weibes, Verlag Urban-Schwarzenberg, 1953.
- 34) Steinbiss: Zt. Gericht. med. 12, 234, 1928. (cit. Dekaris).
- 35) Studifford W. E.: Am. J. Obst. Gynec. 49, 169, 1945.
- 36) Szabo S.: Med. arhiv 5, 1, 1956.
- 37) Tiegel: Zt. Geb. u. Gyn. 77, 399, 1915, (cit. Dekaris)
- 38) Trotta Soc. Ital. e. gin. 2, 395, 1894 (cit. Dekaris)
- 39) Vaudescal: Leçon du jeudi à la clinique Tarnier 119, 1932. (cit. Dekaris)
- 40) Vujić J.: Ginekologija i obstetricija, 2—3, 143, 1965.
- 41) Weiss F.: Zbl. Gyn. 7, 346, 1938.
- 42) Wittrin E.: Zbl. Gynäk 7, 346, 1938.
- 43) Wolters Zbl. Gynäk 12, 672, 1924. (cit. Dekaris)

RESUMÉ

SERVICE DE GYNECOLOGIE ET OBSTETRICE, CENTRE MEDICAL
de Banja Luka

GRAVIDITAS CERVICALIS INVASIVA
Franjo Curić et Josip Jović

Les auteurs rapportent deux cas de grossesse cervicale histologiquement vérifiée et en tirent des conclusions.

Dans tous les cas de la grossesse cervicale décrits dans la littérature, par son image clinique on peut distinguer le cas dont le symptôme dominant est l'hémorragie abondante, et histoanatomiquement il s'agit de villosités chorales trop invasives qui pénètrent profondément dans la paroi cervicale ou bien qui l'envahissent complètement. Ces cas sont âgés plus de deux mois lunaires et disparaissent vers la fin du quatrième mois lunaire parce que les conditions anatomiques ne permettent plus l'évolution de l'oeuf. L'hémorragie fatale indique impérativement dans tous les cas l'extirpation totale de l'utérus. Les auteurs ont nommé cette modalité de la grossesse cervicale »graviditas cervicalis invasiva«.

Elektrokardiogram sa tjelesnim opterećenjem i njegovo značenje za dijagnozu koronarne insuficijencije

Ivan Laboš

Koronarna insuficijencija kao patofiziološki pojam nedovoljne koronarne irigacije predstavlja zadnjih godina važan problem u kardiologiji.

Simptomatologija koronarne insuficijencije, koja je najčešće posljedica koronarne skleroze, dosta je karakteristična, pa je iskusan ljekar može relativno lako prepoznati.

U dosta slučajeva, bilo zbog nedovoljno jasnih podataka dobivenih od bolesnika, ili zbog nedovoljno izražene i nekarakteristične simptomatologije, njena dijagnoza ostaje ipak nesigurna.

Baš u dijagnostici takvih slučajeva koronarne insuficijencije elektrokardiografija može da pruži važne podatke. Međutim, iz statističkih podataka se vidi da se elektrokardiografske (ekg) promjene karakteristične za koronarnu insuficijenciju javljaju u relativno malom broju slučajeva, svega u 25—40% ispitanih s kliničkom slikom koronarnog sindroma.

Uz to, kod takvih je bolesnika nekada teško spoznati da li je osnova subjektivnih anginoznih tegoba samo u funkcionalnom poremećaju krvotoka, ili je pak organska lezija koronarnih sudova uzrok srčanim tegobama.

Mogućnost postojanja latentne koronarne insuficijencije ne isključuje još ni potpuno neupadan ekg, a pogotovo ako je registriran u mirovanju.

Da bi se povećao postotak takvih pozitivnih ekg. nalaza karakterističnih za koronarnu insuficijenciju, i da bi još latentna koronarna insuficijencija postala i u ekgu manifestnija, potrebno je bolesnika kod koga sumnjamo na koronarnu insuficijenciju, a u ekgu još nema odgovarajućih promjena, tjelesno opteretiti, tj. staviti u stanje deficita kisika u odnosu na momentane metaboličke potrebe miokarda.

Tehnika i način izvođenja testa s tjelesnim opterećenjem

Test tjelesnog opterećenja izvodi se u klinici već oko 30 godina. Postoje različite metode tjelesnog opterećivanja radi utvrđivanja latentne koronarne insuficijencije. Prije izvođenja svakog testa opterećenja vrši se brižljiv pregled bolesnika. Registrira se ekg i u stanju mirovanja da bi se isključilo postojanje ranijeg akutnog koronarnog incidenta. Bolesnik ne smije biti prethodno digitaliziran, jer i glikozidi digitalisa mogu u ekgu dovesti do istih onih promjena do kojih dovodi i tjelesno opterećenje, a ono ih naknadno može još i pojačati.

Izvođenje opterećenja treba da je uvijek pod ljekarskom kontrolom, a prekida se odmah u slučaju pojave stenokardičnih tegoba.

Test opterećenja ne smije se izvoditi u bolesnika starijih od 60 godina, u onih koji imaju jaču hipertenziju i aterosklerozu, odnosno ni u onih koji već i u mirovanju imaju promjene u ekgu u smislu koronarne insuficijencije.

Radi sigurnije ekg dijagnoze potrebni su uvijek standardni i prekordijalni odvodi.

Postoji više varijanti tehnike izvođenja tog testa.

Od standardizovanih testova opterećenja najpoznatiji je »two-step« test po Masteru. Vršiti se uspon i silazak niz dvije stepenice određene visine, koje su postavljene u obliku piramide. Tempo se određuje kronometrom na udar, a opterećenje kao i kod svih metoda zavisi od tjelesne težine, spola i starosti bolesnika. Pri ocjeni tjelesne težine važno je uzeti u obzir eventualnu preuhranjenost, jer i to utječe na veličinu tjelesnog opterećenja.

Rjeđe se izvodi tzv. pokus hipoksije, pogodan samo za posebno opremljene ustanove. Ispitanik diše određeno vrijeme u zatvorenom prostoru u kojem postoji manjak kisika. Nakon toga se registrira ekg. U bolničkim odjeljenjima nekih zemalja opterećenje se vrši često ergometrom. Prednost mu je što se ono može točno dozirati. Ono u pravilu traje 6 min, a veličina opterećenja za muškarce iznosi oko 100 vata, a za žene 80 vata.

Ispitanici u kojih postoji sumnja na oštećenje koronarnog krvotoka, nešto manje se tjelesno opterećuju. U pravilu je opterećenje uvijek nešto veće kod mladih, a smanjuje se u starijoj dobi.

U svakodnevnoj praksi se još uvijek najčešće vrši opterećenje s 25 čučnjeva za muškarce, a 20 za žene, i to po 1 čučanj u sekundi.

Kao i sve druge metode, i takvo opterećenje ima svojih manjkavosti, jer kod svakog izvođenja tog testa postoji upravo problem njegova doziranja. Osim što se mora podesiti tjelesnoj razvijenosti, opterećenje zavisi i od stanja uhranjenosti, kondicije, dobi i spola ispitanika.

Takva se opterećenja ne smatraju više bezopasnim, a to se naročito odnosi na nedozirano opterećenje čučnjevima, te na nekontrolirani uspon stepenicama. Relativna opasnost takvih opterećenja je i u tome što se ona izvode kroz vrlo kratko vrijeme, u toku čega obično nastaje jača hipoksija miokarda. Pri tome bolesnik ne mora osjetiti nikakve srčane tegobe. Zbog svega toga opterećenje se mora, nakon prethodnog kliničkog pregleda, dozirati strogo individualno.

Prema mišljenju Kaltenbacha, tzv. »Kletterstufe« test njemačkih autora je najprikladniji od svih načina tjelesnog opterećivanja, a doziranje se može jednako dobro izvršiti kao ergometrom. Ispitanik se pri izvođenju tog testa drži rukama za prečke pričvršćene uz zid, i prema taktu metronoma podiže se na jednu stepenicu i silazi s nje. U odnosu na opterećenje čučnjevima u ovome se jednako opterećuje muskulatura ruku i nogu, te na taj način sprječava prijevremeni zamor ispitanika. Test je izvodljiv i za osobe s jednostrano amputiranim nogama, a i za one čija je muskulatura jače reducirana.

Promjene u ekgu nakon testa tjelesnog opterećenja

I u zdravih treniranih osoba nakon tjelesnog opterećenja mogu nastati neke promjene u ekgu, i one su obično odraz povišene simpatikotonije nastale u toku tog opterećenja. P val postaje viši u II i III odvodu, a-v interval nešto kraći, a početak ST segmenta je obično ispod završetka PQ intervala. T val postaje obično nešto viši, ali je moguće i njegovo spljoštavanje. Ove promjene su obično najizraženije u odvodima s najvišim R zupcima tj. kod levotipa u I i II odvodu, kod desnog tipa električne osi u II i III, a nezavisno od položaja električne osi u V5 i V6 odvodima. Tahikardija nije viša od 120 u min.

Međutim, pozitivni rezultati u smislu manifestiranja koronarne insuficijencije u ekgu nakon izvršenog tjelesnog optere-

ćenja su dosta različiti, i variraju između 30—90%, zavisno od kriterija pojedinih autora, kao i načina i intenziteta opterećenja.

Da bi se povećao broj pozitivnih rezultata, odnosno da bi manifestacija koronarne insuficijencije u ekgu nakon opterećenja postala još izraženija, Mayer je uveo modifikaciju tehnike tog testa. Došao je naime do zaključka, da se u ekgu snimljenom u ortostatskom položaju odmah nakon opterećenja povećava postotak pozitivnih rezultata, zbog hemodinamskih i nekih drugih promjena, u smislu jačeg manifestiranja koronarne insuficijencije.

U ortostatskom položaju postoje i u mirovanju izvjesne ekg promjene, koje nastaju kao posljedica hemodinamskih poremećaja, nastalih zbog djelovanja sile gravitacije na krvotok. Organizam nastoji da izjednači taj učinak nekim vaskularnim i nervnim refleksnim reakcijama vegetativnog sistema, te uspijeva da održava irigaciju koronarnog krvotoka i veličinu kardijalnog debija u vrednostima koje su tek nešto niže od normalnih, tako da kod normalnih osoba u uspravnom položaju dolazi do neznatnog smanjenja sistolnog volumena, odnosno kardijalnog debija za oko 10—20%. U tom položaju i srce zauzima više vertikalnu poziciju, pa ekg promjene mogu djelomično da zavise i od toga. Promjene mogu postojati na inicijalnom dijelu ekg-a, ali i na finalnom, tj. na ST segmentu i T valu u standardnim i prekordijalnim odvodima. Zapaža se i lakše smanjenje inicijalnog kompleksa ekg-a u I odvodu, zatim izvjesna denivelacija ST segmenta u II i III odvodu, te od V_3 do V_6 . T val se može u standardnim odvodima i prekordijalnim lakše spljoštavati, a ako istodobno postoji i neurocirkulatorna astenija T val može biti, kao posljedica nešto slabije irigacije koronarnih sudova čak izoelektričan ili negativan u I odvodu, i u V_4 do V_6 odvodima. Međutim, to je zbog izvjesne ortostatske hipotonije još uvijek odraz samo funkcionalnog hemodinamskog poremećaja.

Prema ranijim shvatanjima već je i neznatna denivelacija ST segmenata u ekgu nakon opterećenja, kao i neznatno spljoštavanje T vala smatrano kao patološko. Prema novijem mišljenju za ocjenjivanje koronarne insuficijencije nakon tjelesnog opterećenja uzimaju se sasvim određeni kriteriji. Većina autora smatra da su najznačajnije promjene za utvrđivanje koronarne insuficijencije one na ST segmentu i T valu, te na prelazu ST segmenta u T val.

Prema nekima je dokaz za postojanje koronarne insuficijencije već i sasvim lagano sniženje ST segmenta ispod nivoa završetka PQ intervala za najmanje 0,05 mV (0,5 mm), prema drugima, to sniženje mora iznositi barem 1 mm u standardnim, a 2 mm ili više u prekordijalnim odvodima i to barem u jednom odvodu. Položaj ST segmenta kod toga trebalo bi da je upravljen prema dolje, ili da je horizontalan.

Najzad, u novije vrijeme iznose se sigurni i vjerovatni kriteriji za ocjenjivanje koronarne insuficijencije nakon tjelesnog opterećenja.

Sigurni kriteriji su kad postoji:

a) denivelacija točke J i ST segmenta za 2 mm i više u II standardnom te u prekordijalnom V_4 do V_6 odvodima sa koristim i prema gore upravljenim tokom istog, što odgovara subendokardnoj ishemiji,

b) inverzija T vala ishemičkog tipa osobito u I, te od V_4 do V_6 , koja se manifestira često već nekoliko minuta nakon opterećenja, a odgovara subepikardnoj ishemiji,

c) ST segment pravolinijskog odnosno horizontalnog toka, koji slijedi uglati prelaz između ST-T segmenta. T val je tada obično sužen i šiljat.

Vjerojatni kriteriji se odnose na:

a) denivelaciju ST segmenta koja ne prelazi 1 mm, i to pod uvjetom da postoje gore navedene morfološke promjene tog segmenta,

b) spljoštavanje T vala u standardnim i lijevim prekordijalnim odvodima,

c) produženje QT intervala, te inverziju U vala.

Sve ove promjene mogu biti i udružene te tada povećavaju sigurnost dijagnoze koronarne insuficijencije.

Denivelacija ST segmenta može međutim biti i jače izražena (i preko 2 mm), a da se ipak ne smatra patološkom ako se segment jednakomjerno uspinje prema T valu. Tada se obično radi o funkcionalnoj koronarnoj insuficijenciji.

U lakšoj koronarnoj insuficijenciji promjene na ST segmentu nakon opterećenja brzo nestaju, a kod jačeg poremećaja koronarnog krvotoka vidljive su još 5, pa i više minuta nakon opterećenja.

Kada se u ekgu nakon opterećenja nađu navedene promjene može se s većom sigurnošću pomišljati na koronarnu insuficijenciju. Ipak, i kod onih ekga koji su nakon opterećenja nepromijenjeni, odnosno nekarakteristično primijenjeni, ne može se sa sigurnošću uvijek isključiti postojanje koronarne insuficijencije.

Kada se sumnja na koronarnu insuficijenciju, a uz negativan ili nejasan nalaz u ekgu nakon opterećenja, potrebno je sačekati 5—10 minuta, te tada ponovo snimiti ekg. U mnogo slučajeva može se tada naići na pozitivan rezultat tzv. kasne reakcije u smislu naknadnog ispoljavanja koronarne insuficijencije.

Pojava ekstrasistola nakon opterećenja znak je organskih lezija miokarda, te uz navedene promjene na finalnom dijelu ekga još više potvrđuje dijagnozu koronarne insuficijencije organskog porijekla.

Vlastita zapažanja

U svrhu utvrđivanja latentne koronarne insuficijencije i mi smo se služili registracijom ekga nakon tjelesnog opterećenja, a kod nesigurnih rezultata primjenjivali smo registraciju ekga nakon tjelesnog opterećenja i u ortostatskom položaju.

Iznesenu problematiku elektrokardiografske manifestacije koronarne insuficijencije nakon tjelesnog opterećenja ilustrira nekoliko sljedećih karakterističnih ekga.

Sl. 1.

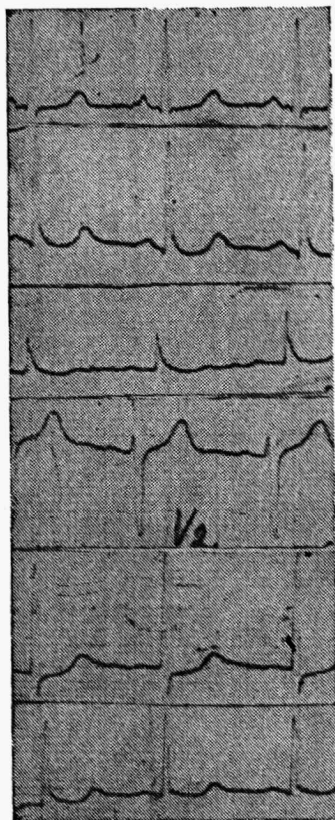
a

b

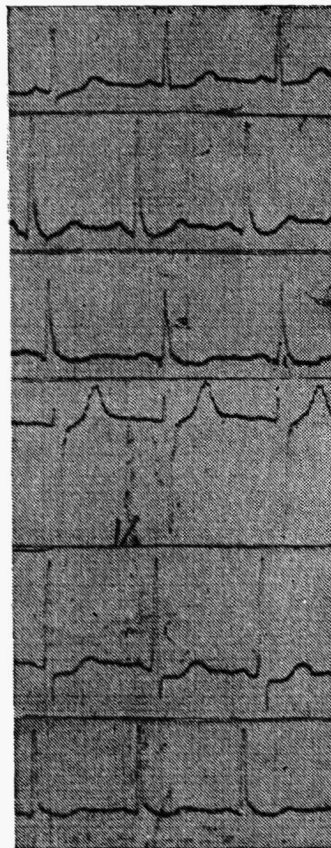
I.

II.

III.

V₂V₄V₆

u miru — ležeći položaj



u miru — stojeći položaj

P. N. Ekg 36. godišnje žene sa anginoznim tegobama.

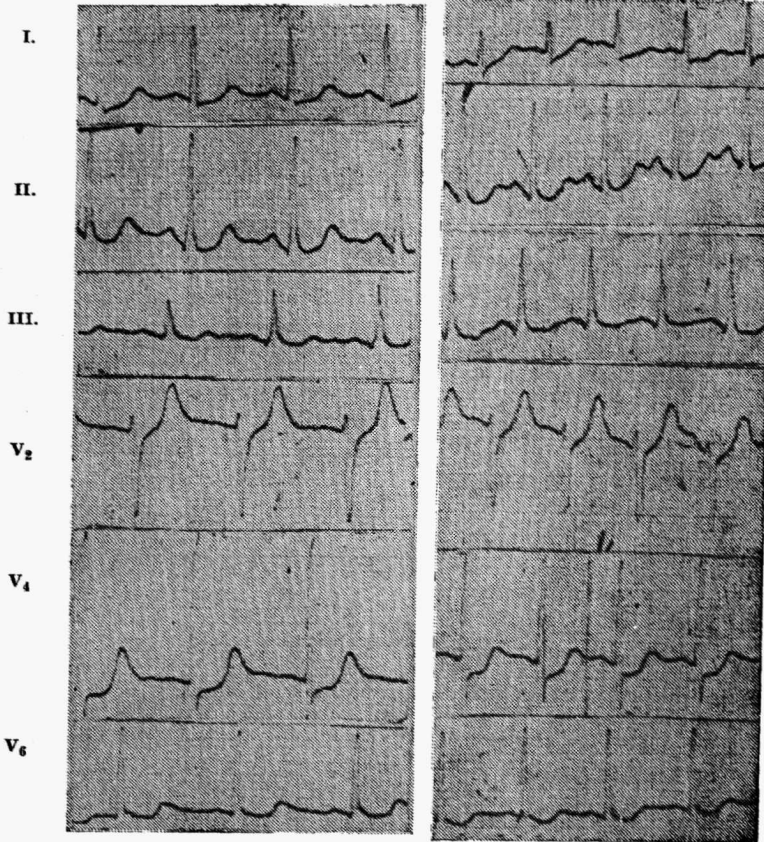
U mirovanju (ležeći položaj) nekarakteristična promjena finalnog dijela Evga.

U stojećem položaju znakovi ishemije prednjeg zida već nešto izraženiji.

Sl. 1.

c

d



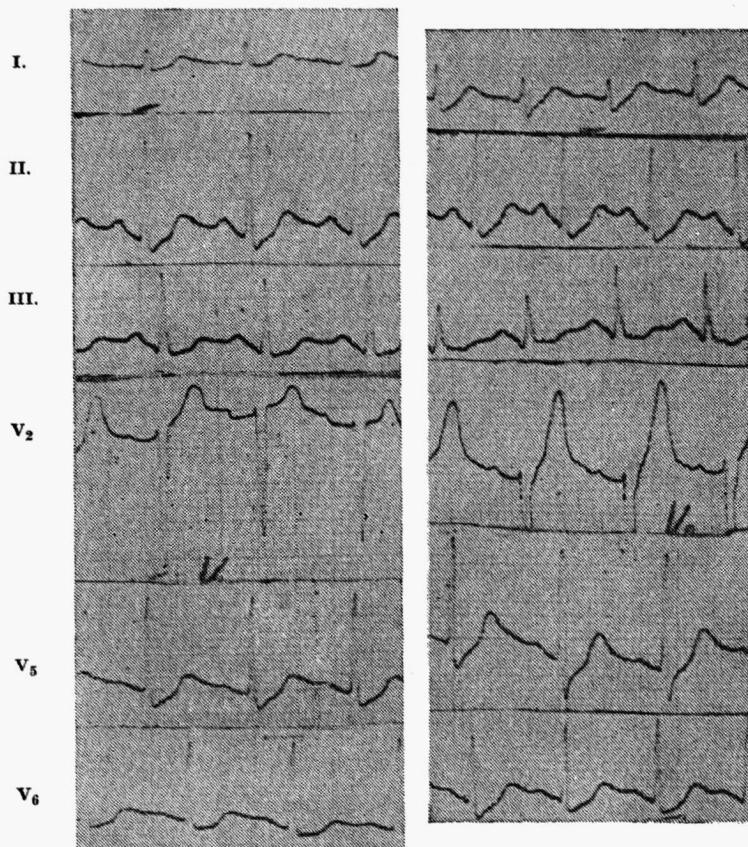
opterećenje s 25 čučnjeva
u ležećem položaju u stojećem položaju

Nakon opterećenja znakovi ishemije jače izraženi u stojećem položaju.
(I. V₄ i V₆ odvod).

Sl. 2.

a

b



Ekg u miru

nakon opterećenja
u ležećem položaju

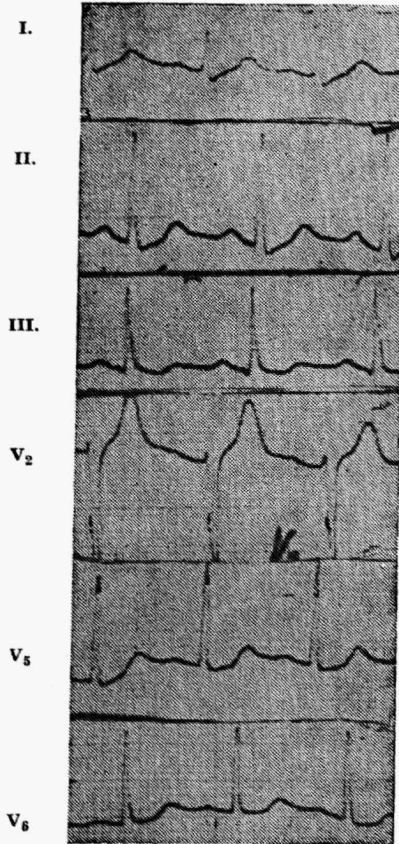
M. D. 29 god. Povremeni probodi i palpitacije u predjelu srca. Na srcu tih funkcionalan sistolan šum.

U ekgu naznačena denivelacija ST segmenta u standardnim te V₅—V₆ odvodima s ulaznim položajem istog.

Nakon opterećenja denivelacija je jače izražena u stojećem položaju. Funkcionalna koronarna insuficijencija.

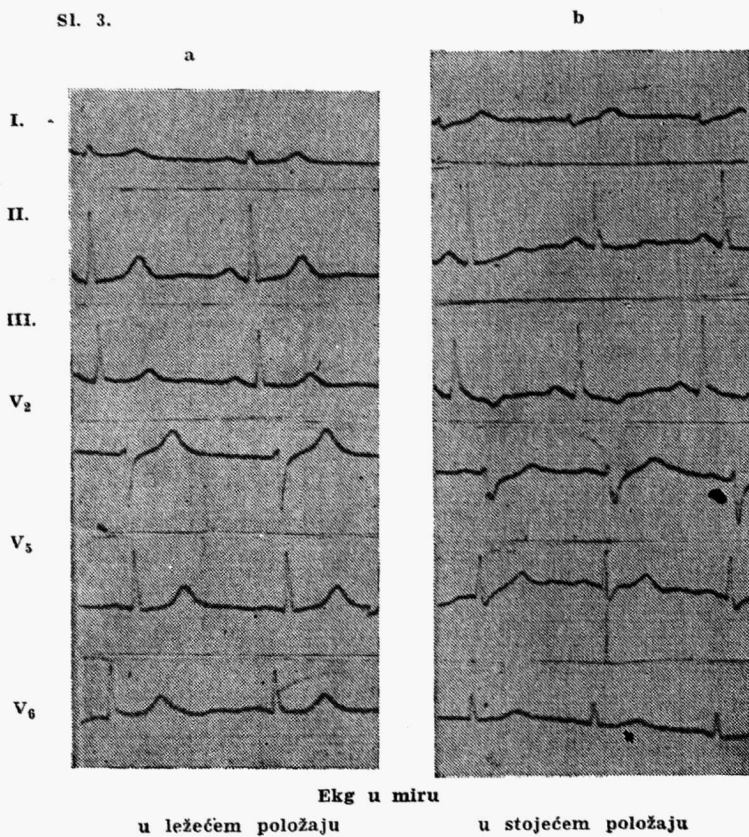
Sl. 2.

c

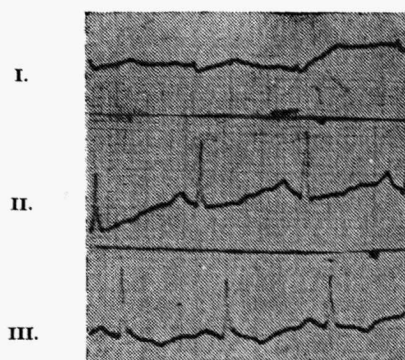


nakon opterećenja
u stojećem položaju

Sl. 3.

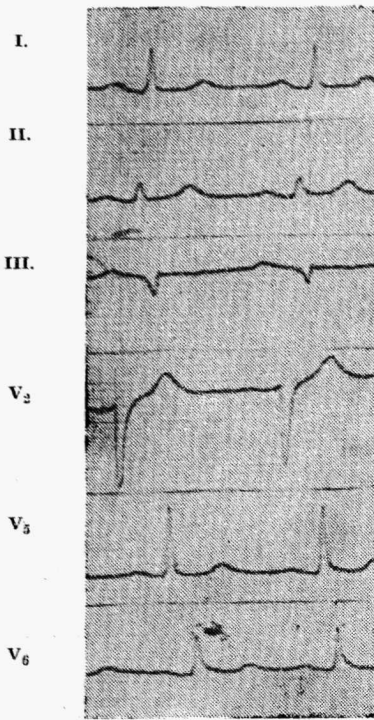


c



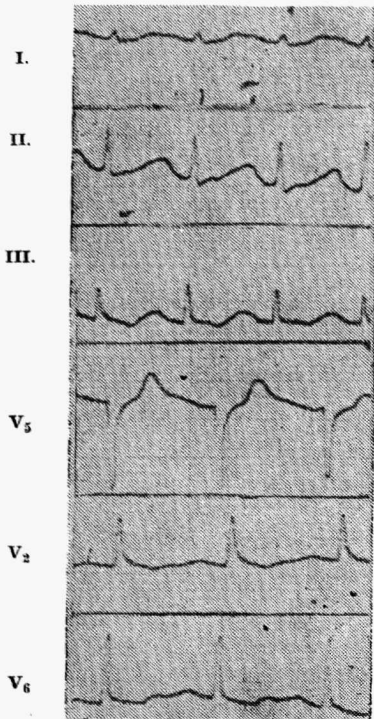
Č. M. 54 g. Ekg neupadan u miru i nakon opterećenja.
U stojećem položaju izrazita ishemička reakcija kao znak latentne
organske koronarne insuficijencije.

Sl. 4. a



Ekg u mirovanju
i ležećem položaju

c



nakon opterećenja
u stojećem položaju

G. A. 41 g. — Nekarakteristične
pektanginozne tegobe.

Ekg. mikrovoltaža bez bitnijih
promjena na finalnom dijelu Evga.
Nakon opterećenja u ležećem po-
ložaju znaci latentne koronarne
insuficijencije naznačeni, a nakon
opterećenja u stojećem položaju
sasvim jasno izraženi.

Prikazali smo nekoliko ekga registriranih nakon opterećenja u ležećem i stojećem položaju, kod kojih postoje odgovarajuće promjene na finalnom djelu ekga. Oni jasno ukazuju da se latentna koronarna insuficijencija, koja se ne manifestira elektrokardiografski nakon opterećenja u ležećem položaju, može ispoljiti kao manifestna tek u ortostatskom položaju. Uočili smo, iako za sada na relativno malom broju slučajeva, da je od bolesnika s latentnom koronarnom insuficijencijom moguće na taj način dobiti više pozitivnih rezultata u smislu jasnijeg elektrokardiografskog ispoljavanja koronarne insuficijencije.

Zaključak

Smatra se da je ekg nakon tjelesnog opterećenja potrebna, iako ne apsolutno sigurna metoda za utvrđivanje latentne koronarne insuficijencije.

Izneseni su kriteriji za utvrđivanje onih promjena na finalnom dijelu ekga, registriranom nakon tjelesnog opterećenja, što ukazuju na koronarnu insuficijenciju.

Ukazano je, nadalje, i na razliku onih promjena na finalnom dijelu ekga, koja je karakteristična za organsku, odnosno funkcionalnu koronarnu insuficijenciju.

Ortostatski položaj zbog izvjesnog smanjenja kardijalnog debija utvrđuje u bolesnika sa latentnom koronarnom insuficijencijom više pozitivnih rezultata u smislu ispoljavanja iste, te je ova tehnika u izvjesnim slučajevima potrebna da bi se koronarna insuficijencija sa većom sigurnošću mogla utvrditi.

LITERATURA

- 1) Pittelond J., Forster G.: Schweiz. med. Wschr., 93, 1094, 1963.
- 2) Kaltenbach M.: Dtsch. med. Wschr., 19, 884, 1966.
- 3) Heinecker R.: Dtsch. med. Wschr., 1, 15, 1965.
- 4) Meyer P.: Act. card. et ang. intern., 2, 125, 1965.
- 5) Broustet P., i sar.: Act. card. et ang. intern., 2, 73, 1966.
- 6) Reindel H., i sar.: Dtsch. med. Wschr., 83, 613, 1957.
- 7) Kaltenbach M.: Z. Kreisf. Forsch., 54, 221, 1965.
- 8) Dimond G., Circulation, 24, 736, 1961.

ZUSAMMENFASSUNG

Abteilung für Innere Krankheiten, Allgemeines Krankenhaus
Banja Luka

DAS BELASTUNGS-ELEKTROKARDIOGRAMM UND SEINE BEDEUTUNG FÜR DIE DIAGNOSE DER KORONAREN INSUFFIZIENZ

Ivan Laboš

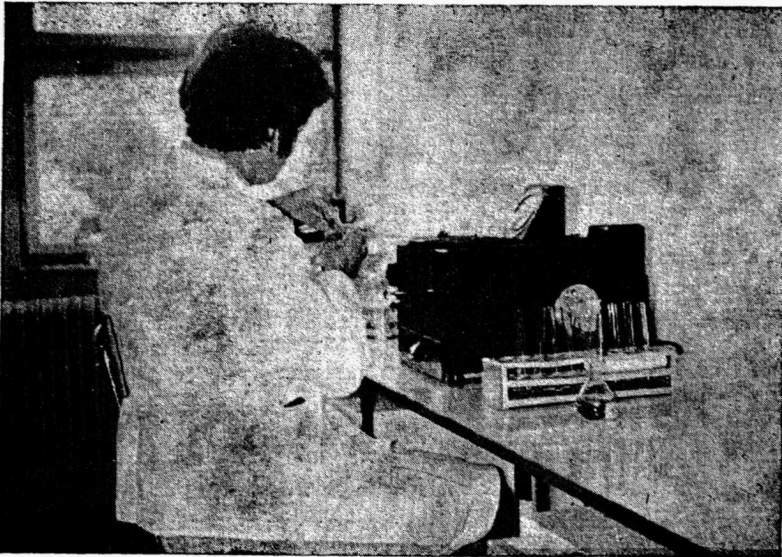
Man nimmt an, dass Elektrokardiogramm nach der Belastung eine notwendige, aber nicht absolut sichere Methode zur Feststellung der latenten koronaren Insuffizienz ist.

Es wurden Kriterien zur Feststellung jener Veränderungen im finalen Teil des Elektrokardiogramms, registriert nach der körperlichen Belastung, vergelegt, die auf die koronare Insuffizienz hinweisen.

Ferner wurde auf die Unterschiede jener Veränderungen im finalen Teil des Elektrokardiogramms hingewiesen, die für die organische beziehungsweise funktionelle koronare Insuffizienz charakteristisch sind.

Die orthostatische Lage stellt wegen gewisser hämodynamischer Änderungen und leichterer Verminderung des Herzminutenwolumens bei Patienten mit einer latenten koronaren Insuffizienz öfters positive Resultate im Sinne einer manifesten Erscheinung derselben fest und daher ist diese Technik in gewissen Fällen notwendig, damit man die koronare Insuffizienz mit grösserer Sicherheit feststellen könnte.

*Internistička služba
Medicinskog centra u Banjoj Luci
Načelnik: dr Andrija Mikeš*



Iz biohemijske laboratorije Medicinskog centra u Banjoj Luci

Izlječenje teške frontobazalne povrede

Zvonimir Klepac

Povrede frontoetmoidalne ili frontobazalne regije izdvajaju se u posebnu grupu kraniocerebralnih povreda zbog njihove specifičnosti u pogledu dijagnoze i liječenja. Za postavljanje ispravne dijagnoze i uspješne terapije potrebna je udružena aktivnost otorinolaringologa i rendgenologa, a po potrebi neurologa, neurokirurga, oftalmologa i maksilofacijalnog kirurga.

U anatomskej strukturi ovog područja sudjeluje čitavo dno prednje moždane jame, čeona kost sa svojim sinusima, orbitalni i nosni skelet, etmoidni labirint, suzni putevi, lubanjska baza s korpusom i krilima sfenoidne kosti, lamina cribosa i papiracea, kao i strop orbite. Sve su ove kosti vrlo tanke, a obložene nježnom durom koja je pri frakturama baze sklona pucanju, pa dolazi do mogućnosti nastajanja endokranijalnih komplikacija (gnojnog meningitisa i likvorne fistule). Zrak koji se nalazi u pneumatičnim prostorima u momentu traume bude komprimiran i tako nastane još veće razorno djelovanje. Frakturne pukotine prelaze i na susjedne kosti lica i lubanje, često sa otvorenim paranasalnim šupljinama, prouzrokujući kod perforacija u endokranijum ne samo povredu meninga već i samoga mozga.

Etiološki momenti frontobazalnih povreda su vatreno oružje ili tupa sila, rjeđe barotrauma i udari električnom strujom. Strelne povrede su najčešće smrtonosne, a ako ne dođe do letalnih komplikacija tada su prognoze obično dobre, pa naročitu pažnju treba posvetiti liječenju komplikacija centralnog nervnog sistema.

Pri djelovanju tupe sile dolazi do zatvorenih povreda, a neposredne posljedice su komocija i kontuzija mozga, te epiduralni i supduralni hematomi. Osim »contre-coup« djelovanja kontuzije na mozak, Holbourn je dokazao na želatinoznom preparatu da sila može djelovati i u smislu rotacije, te se na taj način može objasniti lokalizacija svih kontuzovanih mjesta na mozgu. Dijagnostički, prognostički i terapijski nije apsolutno važno da li se radi o frakturi baze ili svoda lubanje, već to ovisi o oštećenju centralnog nervnog sistema i šoku. Od šest moždanih živaca najopasnija su oštećenja n. optikusa kao i bulbusa oka s njegovim adneksima.

U kliničkoj slici povreda frontoetmoidne regije javljaju se ispadi sa strane lezije krvnih žila, moždanih živaca i moždanog debla. Od vanjskih znakova mogu biti prisutna krvarenja iz nosa, uha i usta, a kod rupture dure likvoreja. Rupturu na duri treba uvijek pronaći, primarnim šavovima zatvoriti ili plasticirati pomoću fascije, masnog tkiva ili mišića. Tipičan znak je i hematoma oko očiju u obliku naočala. Protruzija bulbusa i subkonjunktivalna krvarenja govore za povrede očne jame, orbite i sfenoidne kosti.

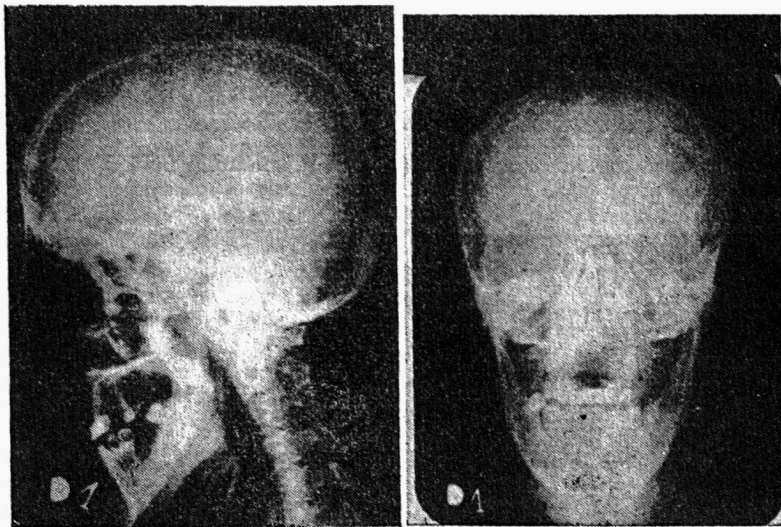
Liječenje frontobazalnih povreda treba da bude primarno i definitivno, a stara konzervativna shvatanja: Bergman, Böhler, Frenckner-Richter i ogromne većine kirurga u toku prvog svjetskog rata zamijenjena su novim shvatanjima, odnosno usvojen je stav, da je kod takvih povreda potrebna rana kirurška intervencija: Cushing, M. Petrović, Cl. Vincent, Burdenko, Gušić, Šokčić i drugi. Pravo stanje povrede može se utvrditi samo kirurškom eksploracijom.

Prikaz slučaja:

Bolesnik R. S., star 35 godina, limar iz Banje Luke. 30. X 1965. god. u saobraćajnom nesreći (pad sa motor-kotača) zadobio je tešku povredu čela i baze lubanje, te kontuzije po tijelu. Primljen na Kirurški odjel u besvjesnom stanju, gdje mu je ordinirana antišok terapija i velike doze antibiotika. 1. XI 1965. g. premješten na Ušno odjeljenje u istom stanju, a sa impresivnom frakturom čitave čeone kosti, podljevom krvi oko očiju, likvorejom iz sredine rane na čelu i desne nozdrve.



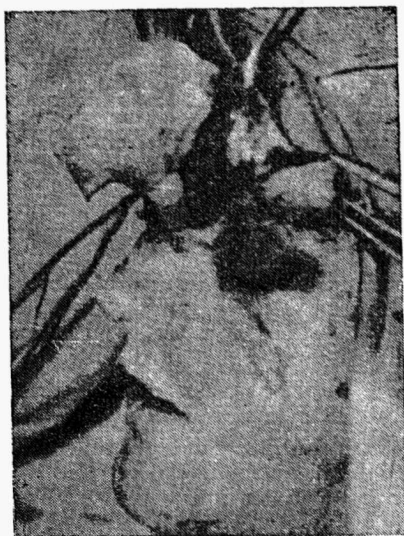
Neurološki nalaz: Babinski pozitivan, kontakt se sa bolesnikom ne može uspostaviti, ali na podražaje reagira obostrano, žarišnih ispada nema, abducens desno paretičan. **Očni nalaz:** Chorioretinitis chr. oculi dex. Desna zjenica ne reagira na svjetlo, lijevo oko bez osobitosti. **Plućni nalaz:** Tbc. ulcerofibrosa lobi sup. pulm. utriusque. **ŠUK** pri dolasku 210 mg%. Diureza prvih deset dana pojačana. **ORL nalaz:** Fractura compl. frontalis. Fractura baseos cranii. Ruptura durae regionis frontalis lat. dex. Haematoma subdurale regionis frontalis lat. dex. et retrobulbare lat. dex. Comma cerebrale.



RTG nalaz: Na profilnom kraniogramu se vidi da frakturna linija sa desne strane ide prema bazi prednje lubanjske jame. Na AP snimci vidljiva je impresivna fraktura čeone kosti, lijevo na rubu čela trokutast defekat kosti, a desno od ruba orbite ide linija osvjetljenja prema kranijalno i medijalno, a tri kraka od iste frakture šire se prema orbiti, desnom sinusu i korjenu nosa.

Najprije smo učinili donju traheotomiju.

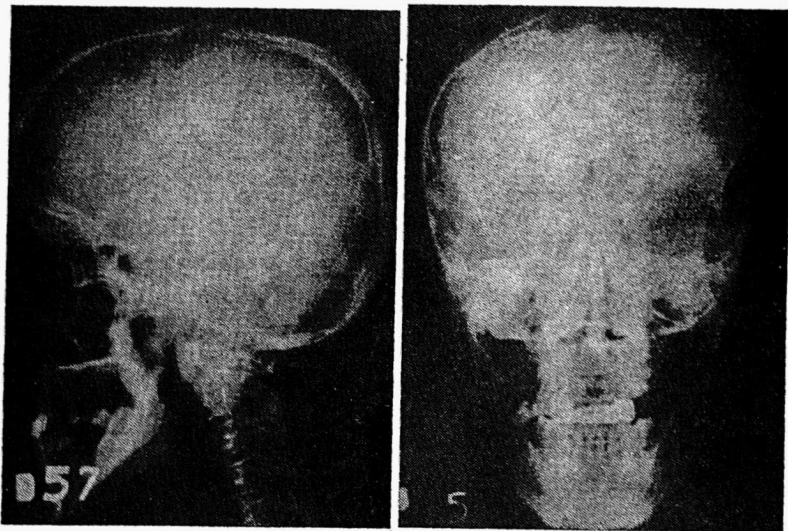
Operacija: U lokalnoj anesteziji učinili smo rez po Killian-u, zatim smo gotovo čitavu frontalnu kost izvadili, a sitne ivere, kao i zgnječeni komad mozga desnog frontalnog režnja odstranili, duru sa desne strane bazalno na tri mjesta sašili primarnim šavovima. Likvoreja je odmah prestala. Čitavu smo frontalnu kost reimplantirali, čime je polučen funkcionalni i kozmetički efekat. U ranu smo lokalno instilirali 600.000 j. kristacilina i primarno je zatvorili. Iza operacije ordinirali smo kardiorespira-



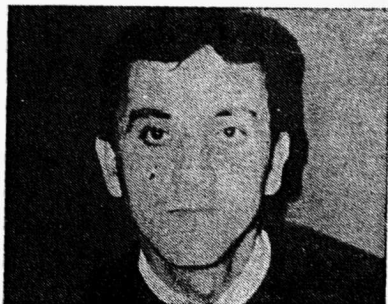
torna analeptika, sedativa i transfuziju krvi od 450 ccm »A« grupe. Prvih dvanaest dana primao je velike doze antibiotika, a tokom cijelog liječenja tuberkulostatika.

Osmi dan nakon povrede pacijent dolazi k svijesti, a deseti dan izvršili smo dekanilman.

Četrdeseti dan nakon povrede odpušta se kući izliječen. SUK 105 mg% neurološki nalaz u fiziološkim granicama, očni i plućni nalaz kao ranije.



Kraniogrami profilni i AP petnaest mjeseci nakon povrede. Na lijevoj strani trokutastog defekta postoji nježna sjena koštane strukture, koja u poredbi sa snimkama od 1. XI 1965. god. odgovara nepotpuno resorbiranom plasticiranom defektu kosti, desno se frakturane linije tek naziru i dobiva se utisak da su endostalno srasle.



Bolesnik 15 mjeseci nakon povrede

Zaključak

Frontoetmoidne ili frontobazalne povrede izdvajaju se u posebnu grupu kraniocerebralnih povreda radi svoje specifičnosti kako dijagnostičke tako i terapijske. Za njihovo uspješno liječenje potreban je ekipan rad prvenstveno otorinolaringologa i rendgenologa, a po potrebi neurologa, neurokirurga, oftalmologa i maksilofacijalnog kirurga.

Kod nekompletno obrađenih slučajeva često je dolazilo do endokranijalnih komplikacija; ranog ili kasnog recidivirajućeg gnojnog meningitisa ili cerebralnih fistula. Lezija stražnje stijenke frontalnog sinusa i gornje stijenke etmoidnog labirinta u tom pogledu igraju najvažniju ulogu. Obrada ovakovih povreda treba da bude primarna i definitivna.

Frontalnu zatvorenu povredu kod našeg slučaja tretirali smo na taj način što smo duru frontalnog režnja mozga kao i baze primarno sašili, i tako zaustavili likvoreju, a sitne koštane ivere i zgnječeni komadić prednjeg frontalnog režnja mozga potpuno odstranili. Čitavu frontalnu kost uspjeli smo reimplantirati čime smo polučili ne samo funkcionalni već i kozmetički efekat.

LITERATURA

- 1) Aubry M. i Freidel Ch.: Chirurgie de la face et de la région maxillo-faciale, Paris, 1952.
- 2) Berendes J., Link R. i Zöllner F.: Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. Band I. S. 113—142, 1964.
- 3) Dragojević B.: Naše iskustvo sa kranio-cerebralnim traumama, I Kongres kirurga FNRJ, Beograd, 1951, 181.
- 4) Čanji Š.: O frakturama baze lubanje, Liječn. vjes. 1942. god.
- 5) Gušić B.: Prilog terapiji ozljeda frontoetmoidalne regije, II Zbornik ORL klinike, Zagreb, 1952.
- 6) Gušić B.: Frontobazalne povrede u svjetlu novih iskustava, Zbornik VIII Kongresa otorinolaringologa Jugoslavije, Split, 1964.
- 7) Kostić S.: Naše lečenje svežih kranio-cerebralnih trauma za poslednje tri godine, Srpski Arhiv, 1948.
- 8) Podvinec S.: Noviji pogledi u frontoetmoidalnu kirurgiju, Zbornik radova II Kongresa otorinolaringologa Jugoslavije, Zagreb, 1951.
- 9) Pražić M.: Sirurško liječenje eksplozivnih i strelnih povreda lubanje i mozga, Zbornik radova otorinolaringološke klinike, Zagreb, 1948.
- 10) Ružić J.: Traumatologija fronto-etmoidalne regije, Radovi Medicinskog fakulteta u Zagrebu, 3, 1956.
- 11) Šokčić A.: O ratnim povredama maksilarnih sinusa, Vojno-sanitetski pregled, 1949.
- 12) Šokčić A.: Povrede frontalnih etmoidnih sinusa, Vojno-sanitetski pregled, 10, 1954.
- 13) Šercer A.: Otorinolaringologija II, Klinika, str. 525—560, 1965.

ZUSAMMENFASSUNG

Ohren-Nasen-und Halsabteilung, Allgemeines Krankenhaus, Banja Luka
 DER FALL EINER AUSGEHEILTEN SCHWEREN FRONTBASALEN
 VERLETZUNG

Z. Klepac

Frontoethmolde oder frontobasale Verletzungen werden ihrer diagnostischen und therapeutischen Eigenart wegen in eine besondere Gruppe kraniozerebraler Verletzungen eingereiht. Um diese mit Erfolg zu behandeln, ist eine Zusammenarbeit der Otorinolaringologen und Röntgenologen notwendig, aber nach Bedarf werden auch Neurologen, Neurochirurgen, Ophthalmologen und maxillofaciale Chirurgen zugezogen.

Bei Fällen, die nicht gründlich behandelt wurden, kam es oft zu endokranialen Komplikationen: es entstand früher oder später eine rezidive eitrige Meningitis oder es entwickelten sich Liquorfisteln. Die Verletzungen der Hinterwand des frontalen Sinus und der Oberwand des ethmoidalen Labyrinths spielen in dieser Beziehung die wichtigste Rolle. Die Behandlung solcher Verletzungen soll primär und endgültig sein.

Die frontobasale Verletzung bei unserem Fall behandelten wir so, dass wir die Dura des frontalen Gehirnschnitts und der Basis zuerst zusammennähten. Auf diese Weise haben wir den Liquorabfluss zurückgehalten, ferner klein Knochensplitter und ein Stück zerquetschten Gehirns vollkommen beseitigt. Es ist uns gelungen, den ganzen frontalen Knochen zu reimplantieren wodurch wir nicht nur einen funktionellen sondern auch einen kosmetischen Effekt erreicht haben.

*Otorinolaringološko odjeljenje
Opšte bolnice u Banjoj Luci
Načelnik: dr Zvonimir Klepac*

Slučaj tuberkuloze bubrega predškolskog djeteta

Vilim Miholčić i Karlo Bernard

Tuberkuloza bubrega u djece uvijek je bila vrlo neobična i rijetka manifestacija tuberkulozne bolesti.

I to iz dva razloga: prvo, pojava renalne tuberkuloze je rijetka uspoređujući je s brojem oboljele djece od primarne tuberkuloze i drugo, kao što je Ustvedt (1947) pokazao, simptom renalne tuberkuloze se javljaju 5—7 godina poslije primarne infekcije. Zbog toga se rijetko viđa u djece prije desete godine života.

Svi do sada opisani slučajevi pokazuju da je vrlo mali broj oboljenja u dobi malog djeteta i predškolskog uzrasta.

Kako je u domaćoj i stranoj literaturi malo prikaza iz toga područja tuberkuloze u toj dobi dječjeg uzrasta, a kako je to ujedno i prvi slučaj koji smo videli u našoj bolnici od njenog osnutka (1948. godine) smatramo da ga je vrijedno objelodaniti.

Prikaz bolesnice

5. rujna 1965. godine primljena je u M. V., djevojčica stara 5 godina i 4 mjeseca, s podacima da već 6 mjeseci ima krv u stolici. Prvih 15 dana imala je i proljev, inače je stolica tvrda, a krv je pomiješana s gnojem. Prethodne godine djevojčica je dosta kašljala tokom 2 mjeseca, a poslije toga ostao joj je »flek« na plućima, ali nije liječena. Po naknadnim podacima saznaje se da su i otac i majka kronični plućni bolesnici. Inače nema drugih značajnih anamnestičkih podataka. Razvitak djeteta bio je, po kazivanju majke, uredan, ishrana prirodna do 7 mjeseci života. Zbog krvavih stolica dijete je mjesec dana prije primitka liječeno lekoseptom bez poboljšanja.

Fizikalni pregled: za svoju dob dobro uhranjena i razvijena djevojčica. Jetra se pipa dva poprečna prsta ispod desnog rebranog luka u medioklavikularnoj crti. Ostali nalaz je, uključivši rektalni pregled, uredan.

Rutinske laboratorijske pretrage pri primitku: normalna krv na slika, blago povišena sedimentacija eritrocita (20/45), jako pozitivna Mantoux-proba (Alttuberkulin 1:1000) nakon 48 sati (iako dijete nije bilo besežirano), pozitivna bjelančevina u mokraći (+), masa eritrocita i leukocita u sedimentu mokraće, normalni faktori koagulacije krvi, mokraćevina u krvi 32 mgr%, uredan proteinogram seruma i tri negativne koprokulture na patogene klice, a nisu nađena ni jajašca parazita.

Snimka pluća: uvećani, loše ograničeni i fibrozni hilusi s uložnim grudicama vapna, neznatni fibrozni perihilarni infiltrati desno i Hotzova crta maloga interlobija. Nakon uredne Volchardove probe i pripreme, urađena je 46. dana boravka intravenozna pijelografija koja je pokazala uredan nalaz na desnom bubregu i teške promjene na lijevome. One se sastoje od jako proširenih kaliksa na račun nestalih papila, tako da se vide krupne i odjelite nakupine kontrasta duboko u moždini bubrega.

11., 12. i 13. dana boravka uzeti su ispirci želuca i poslani na Löwenstein-Jensenovo hranilište. Na prvoj kulturi izrastao je *Mycobacterium tuberculosis*, a ostale dvije bile su negativne. Tipizacija klice nije izvršena.

17., 18. i 19. dana boravka poslani su uzorci mokraće na Löwenstein-Jensenovo hranilište. Prva dva uzorka bila su negativna, dok je iz trećega uzgojen *Mycobacterium tuberculosis*.

Tipizacija klice nije izvršena. Ispitivanje rezistencije na tuberkulostatike prvoga reda pokazalo je da postoji primarna rezistencija na streptomycin i izonijazid, a umjerena na paraaminosalicilnu. To se tumačilo time što su roditelji, pretpostavljeni izvor zaraze naše bolesnice, već liječeni tuberkulostaticima.

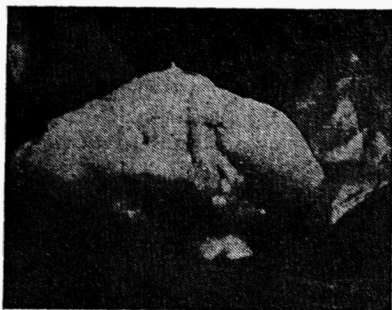
Tok u prvom boravku

Afebrira: Mokraća je crnevnkasta, katkada bezbojna, gdje kada sasvim krvava. Nalaz sedimenta mokraće je promjenljiv. Prvih deset dana u normalnim ili kašastim stolicama bilo je dosta krvi, a poslije toga krv je nestala iz stolice. Ostali nalazi su bez značajnih promjena. Od 25. dana boravka dijete je primalo streptomycin 300 mg. dnevno, izonijazida 30 mg. dnevno i paraaminosalicilne kiseline 3,0 gr. dnevno. Takva terapija održavana je do dana operativnog zahvata.

Operacija

22. studenoga 1965. godine nakon pripreme, izvršena je lijeva nefrektomija (dr S. Rac): »Lumbotomijom se ulazi u ložu lijevog bubrega, koji je i dvostruko veći. Parenhim je znatno smanjen i kroz njega prosijavaju kazeozne mase. Bubrež se mobilizira, nalazi se ureter i podveže tik iznad mokraćnog mjehura. Prosječe se ureter. Krvni sudovi se u hilusu dvostruko ligiraju, a bubrež se odstrani. Komadić je poslan na histološki pregled. Rana se zatvara po slojevima. Preparat: jako uvećani bubrež pun kaverna ispunjenih kazeoznim masama...«

(Izvod iz povijesti bolesti Kirurškog odjela Opšte bolnice, Banja Luka, br. 4074/65).



Jako uvećani bubrež pun kaverna ispunjenih kazeoznim masama izvađen kod operacije

Tok u drugom boravku

Djevojčica je u urednom postoperativnom toku ponovno pre-mještena u Dječiju bolnicu ne prekidajući prije započetu tuberkulostatsku terapiju. Histološki nalaz Zavoda za patološku anatomiju Medicinskog fakulteta u Zagrebu bio je: »U tkivu

bubrega razno veliki epitelioidni čvorovi s kazeoznom nekrozom i pojedinim stanicama tipa Langhans. Patološko-anatomska dijagnoza: »Tuberculosis renis«.

Od 16. prosinca 1965. godine prvog dana drugog boravka, a nakon što je dobijen nalaz rezistencije klice započeta je terapija: etionamid 250 mg dnevno i paraaminosalicilna kiselina 3,0 gr. dnevno. U stolici su nađena jajašca askarida i dijete je provelo piperazinsku kuru. Jetra se i dalje pipa za 2 poprečna prsta ispod desnog rebranog luka u medioklavikularnoj crti, a slezena je 1 poprečni prst. Jetrene probe: SGOT 110 j., SGPT 52 j., Weltmanova proba 8, n timolsko zamućenje 6. Taj nalaz bio je 12. dana boravka neizmijenjen a kasnije nije kontrolisan. U mokraći je uvijek viđan uredan nalaz, a sedimentacija eritrocita i krvna slika normalne.

Kroz narednih godinu dana nije bilo nikakvih značajnih promjena. Dijete je dobro podnosilo terapiju. Kroz tu godinu dobila je 4,2 kg u težini.

Diskusija

Tuberkuloza bubrega uvijek nastaje hematogenim širenjem iz udaljenog aktivnog fokusa, za vrijeme ranog stadija primarne infekcije ili kasnije iz aktivne pulmonalne ili druge lezije.

U dječijoj dobi, je od kliničkog interesa relativno rijetka kronična ulcerokvernozna ili otvorena tuberkuloza bubrega.

Simptomatologija je u početku dosta oskudna, pogotovo dok je proces neznatno proširen i lokalizovan u kori bubrega. Najčešći simptom je učestalost mokrenja i promjene mokraće u smislu cistitisa, laka proteinurija s leukocitima, hijalinim i granuliranim cilindrima. Nekad hematurija. Bolova u predjelu bubrega obično nema. Najčešće se otkrije tuberkuloza bubrega u stadiju otvorene kronične forme. Tu je najčešći nalaz pijurija. Važno je prepoznati tuberkulozu bubrega u ranom stadiju. Svaka mikrohematurija i proteinurija mogu biti inicijalni simptomi, često bez temperature i povišene sedimentacije. Opće stanje pacijenta je obično dobro i fizikalnim ispitivanjem nema ništa abnormalnog, osim nekih drugih tuberkuloznih lezija.

Dijagnostika: pitanje aktivne tuberkuloze bubrega postavlja se kad dijete iznad pet godina s pozitivnom tuberkulinskom reakcijom ima simptome urinarne infekcije ili destrukcije.

Kod tuberkulozne pijurije u običnoj kulturi nema mikroorganizama, osim ako postoji dvostruka infekcija. Nalaz bakterija Koch po Löwenstain-u potvrdit će sumnju da je pijurija tuberkulozne geneze tj. da je u većoj mjeri aficiran renouretralni sistem.

Dijagnoza je sigurna kad uz dokaz bacila Kocha postoji i Wildbolzov trias tj. proteinurija, pijurija i functio laesa. Osim pregleda mokraće (kemijski, mikroskopski i bakteriološki) potrebno je ispitati i rendgenski abdomen na prazno, kao i i.v. pijelografija. I.v. pijelografija će obično prikazati abnormalne pijelogramе, te da li je oštećenje jedno ili obostrano. Treba ispitati cistoskopski i mjehur i otvore uretera. U diferencijalnoj dijagnozi, hematurija može biti prisutna osim kod renalne tuberkuloze još i kod akutnog nefritisa ili u djece sa renalnom ili vesikularnom kalkulozom. Urea i drugi biokemijski nalazi su uredni, osim kada je bolest jako uznapredovala u oba bubrega.

Terapija: Prije uvođenja kemoterapije renalna tuberkuloza bila je obično kronično i progresivno oboljenje. Čitav proces i njegove posljedice sličile su toku kronične pulmonalne tuberkuloze. Prognoza prije uvođenja kemoterapije obično nije bila dobra. Čak i kod kirurške terapije i dobre njega u 50% slučajeva je došlo do egzitusa unutar 5 godina.

Međutim, uvođenjem kemoterapije prognoza se znatno po boljšala, a pogotovo su još bolji rezultati postignuti kod težih slučajeva kombinovanom kirurškom i kemoterapijom.

Tako kod ulcero-kaveroznih slučajeva, osim tuberkulostatika dolazi u obzir nefrektomija, eventualno u nekim slučajevima parcijalne resekcije (resekcija pola). Naravno, da prethodno treba biti siguran da li je bubreg intaktan na osnovu detaljnog urološkog i pijelografskog pregleda. Prije operacije, dva do tri mjeseca, potrebno je djetetu davati tri tuberkulostatika prvoga reda tj. streptomycin, INH i PAS. Razumljivo je da treba voditi brigu i o bakterijskoj rezistenciji. Nakon kirurškog liječenja nastavlja se tuberkulostaticima još barem dvije godine i kroz to se vrijeme obavljaju redoviti kontrolni pregledi pacijenata i urina, uključujući ispitivanje mokraće na Kochov bacil.

Zaključak

Prikazan je slučaj tuberkuloze bubrega djevojčice od 5 godina i 4 mjeseca, njen tok i liječenje. Istaknuta je rijetkost toga oboljenja u toj dobi, te u glavnim crtama prikazana simptomatologija, dijagnostika i terapija tuberkuloze bubrega u dječijoj dobi.

LITERATURA

- 1) Catel W.: Differentialdiagnose von Krankheitssymptomen bei Kindern u. Jugendlichen, Stuttgart, 1964, Band III.
- 2) Keller — Wiskott: Lehrbuch der Kinderheilkunde, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1961.
- 3) Nelson W.: Textbook of Pediatrics, W. B. Saunders Company Philadelphia — London, 1959.
- 4) Miller, Seal, Taylor: Tuberculosis in children, A. Churchill, London, 1963.
- 5) Vlatković G., Raić F., Regović Z.: Tuberkuloza urogenitalnog trakta u dječijem uzrastu, Jugoslav. pedijatrija, VII, br. 1, str. 47—55.

ZUSAMMENFASSUNG

Schutzdienst für Kinder und Jugendlichen des Medizinschen Zentrums,
Banja Luka

EIN FALL DER NIERENTUBERKULOSE BEI EINEM VORSCHULKINDE
Bernard Karlo und Miholić Vilim

Es wurde über einem Fall der Nierentuberkulose bei einem 5 Jahre und 4 Monate alten Mädchen berichtet, ihrem Verlauf und Heilung.

Es wurde die Seltenheit dieser Erkrankung in diesem Alter hervorgehoben, und im Allgemeinen die Symptomatologie, Diagnostik und Therapie der Nierentuberkulose dargestellt.

Lipoproteinosis cutis et mucosae (Hyalinosis cutis et mucosae) Morbus Urbach-Withe

Miljenko Mrakovčić i Štefica Krilčić

Hyalinosis cutis et mucosae prema Withe-u ili lipoproteinosis cutis et mucosae prema Urbach-u spada u veću grupu kožnih bolesti prouzročenih taloženjem tijelu svojstvenih supstancija u koži.

Prvi opis bolesti potječe iz 1924. godine kada je Withe na osnovu nalaza nakupina hijalina u koži bolest nazvao hijalinom. 1929. godine uspjelo je međutim Urbach-u da dokaže histokemijskim ispitivanjem kože prisustvo lipoida koji su sadržavali fosfor. Smatrajući da se radi o nepoznatim fosfolipoidima vezanim na bjelančevine, nazvao je bolest lipoproteinomom. Kasnije su preciznijim histokemijskim ispitivanjima brojni autori (Holtz, Schulze, Braun, Weöhbrecht) dokazali da se u svakom slučaju ove bolesti radilo o taloženju hijalina, a kvantitet i kvalitet istaloženih masnih tvari varirao je od slučaja do slučaja. U pravilu se ne radi o taloženju jedne jedinstvene masne tvari nego o mješavini neutralnih masti, holesterinestera i fosfatida u raznim ukupnim količinama i međusobnim odnosima, a mogu i potpuno nedostajati. Prema nalazima Ungara i Katzenellenboga moglo bi se zaključiti da kvantitet i kvalitet istaloženih masnih supstancija ne varira samo od slučaja do slučaja, nego i kod pojedinog slučaja ovisno o stadiju bolesti. Jedno je sigurno, nakupine hijalina su uvijek prisutne, pa se bolest u novije vrijeme sve češće i opisuje kao hyalinosis cutis et mucosae.

Bolest je prilično rijetka, pa je opisano manje od stotinu slučajeva, podjednako često kod oba spola. Obično počinje u ranoj mladosti, a rjeđe u dječjoj i kasnije u odrasloj dobi.

Vodeći, često prirodni, simptom je promuklost koja u pravi prethodi ostalim promjenama. Tok bolesti je lagan, postepen, s periodima iznenadnih pogoršanja, zastoja i remisija. Izgleda da stresovi raznih naravi (akutna infekcija, vakcinacija, graviditet, sunčanje) mogu provocirati šubove pogoršanja.

Početne eflorescencije na koži su vrlo često sitne, tvrdo elastične papule veličine zrna prosa do zrna leće, žučkasto bijele boje poput voska. Konfluiranjem ovakvih eflorescencija ili difuznom infiltracijom kože stvaraju se slabije ili jače rasprostranjena zadebljanja nekad u nivou okolne kože, a nekad u vidu lagano uzdignutih ne oštro ograničenih plakova žučkasto-bijele ili smeđkaste boje poput štavljene kože. Površina kože je nekad glatka, sjajna poput voska, nekad hiperkeratotička, verukozna ili papilomatozna. Difuzno infiltrirana područja kože nabiru se u debljim kožnim naborima. Svojstveni neravni, hrpavi izgled kože uvjetovan laganim udubljenjima zdrave kože u odnosu prema infiltriranim arealima i ožiljcima sličnim onima nakon vakcinacije protiv varirole, koji nastaju poslije regresije infiltrata kože i nakon otpadanja krasta. Pored navedenih promjena, rjeđe su zapažene i opisivane i bulozne, nekad s bistrim, nekad s hemoragičnim sadržajem, ispunjene eflorescencije i kruste kao posljedica njihovog prskanja. Ove promjene najčešće nastupaju uporedo sa pogoršanjem bolesti, a pripisivane su djelovanju pritiska ili sunčanih zraka na oboljelu kožu.

Opisane promjene zahvataju najčešće lice, vrat, zatiljak, vlastiti dio glave, aksile, leđa, laktove, koljena, a rjeđe donje ekstremitete, dlanove i tabane, genitalni i analni predio. Lice često pruža prilično karakterističan izgled, što ovisi o intenzitetu promjena. Ako su promjene naročito jako izražene, lice može poprimiti izgled »facies leontina« (Sl. 1). Kada promjene jače zahvataju kožu kapilicija ili očnih kapaka, nastaje atrofija papila, opada kosa i trepavice. U predjelu lakata, koljena i prstiju, koža poprima često lihenificirani izgled, a nerijetko su jače izražene i hiperkeratotičke promjene.

Kožne promjene su redovito popraćene promjenama na sluznicama, dapače ove su često naročito jako zahvaćene. Najjače promjene nalaze se na sluznici usne šupljine, ždrijela, epiglottisa i larinksa. Već prema intenzitetu bolesti i ovdje se nalazi vrlo šarolika slika od bjelkasto-žutih čvorića i plakova pa do difuznih neravnih infiltrata koji daju dojam ožiljaka ili leukoplakije. Jezik je kod toga često zadebljan, povećan, na opip tvrdo elastične hrskavične konzistencije. Papile nestaju, pa je jezik glatke i sjajne površine, a nerijetko se vide bolne erozije i ulceracije. Infiltrirani frenulum jezika može prijeći da se jezik isplazi. Opisivana su i povećanja parotisa prouzročena zastojem sekreta uslijed suženja izvodnih otvora infiltratima u bukalnoj sluznici kao i infiltratima u samoj žlijezdi. Promjene na sluznici grkljana prouzrokuju često vrlo jako izraženu promuklost, koja je nerijetko najvažniji i vodeći simptom bolesti. Jako zadebljanje sluznice može prouzročiti i otežano disanje s napadajima guše nja. Od ostalih sluznica, obično u manjoj mjeri, mogu biti zahvaćene sluznice uretre, vulve i anusa. Opisivane su i promjene na sluznici jednjaka i želuca.

Od ostalih nalaza potrebno je spomenuti kod više slučajeva opisane defekte gornjih sjekutića. Opisivane su intrakranijalne kalcifikacije, promjene na moždanim jezgrama i promjene na fundusu, a spominju se kod ovih bolesnika i epileptički napadaji i psihičke smetnje.

Laboratorijski nalazi redovito ne daju ništa karakterističnog. U većine bolesnika nalazila se hipohromna anemija, a opisivana je i anemija tipa pernicioze, što bi se moglo tumačiti opisanim promjenama na sluznici želuca.

S obzirom na histoemijske nalaze kože, velika je pažnja poklonjena ispitivanju serumskih lipida i proteina. Ove pretrage nisu međutim pružile ništa osobito. Dok su jedni autori izvještavali na primjer o povišenim vrijednostima serumskih lipida, drugi su nalazili snižene vrijednosti, a neki su mogli ustanoviti znatna kolebanja vrijednosti kod istog bolesnika i u kratkim vremenskim intervalima. Ni ispitivanja serumskih proteina ne pružaju neki sigurniji dijagnostički zaključak. Uz normalne vrijednosti ukupnih proteina obično se nalaze snižene vrijednosti albumina uz nešto povišene vrijednosti alfa i gama, a rjeđe beta globulina. Kod nekih slučajeva nađen je normalni nivo amino kiselina u krvi, a povišene vrijednosti u mokraći.

Mnoge publikacije govore o familijarnom karakteru bolesti, a kod nekih slučajeva ustanovljen je konsangvinitet u porodici, što bi moglo ukazivati na recesivni tok nasljeđa.

Patogeneza bolesti nije najuvjerljivije objašnjena. U novije vrijeme navodi se (Weyhbrecht i Korting) da u osnovi bolesti leži oštećenje perifernog krvotoka s pojačanim permeabilitetom kapilara. Kroz oštećene kapilare dolazi do propuštanja bjelancevina, u početku naročito velikih količina lipoproteina, koji dovode do hijalinizacije kolagena i propadanja elastičnih niti, a taloženje masnih supstancija nastupa tek kasnije kao posljedica lokalnog poremećaja mijene tvari.

Djelotvorna terapija do danas nije poznata, pa je prognoza quo ad sanationem loša. Smrtni ishod od osnovne bolesti nije

opisan, ali su opisivani po život opasni napadaji gušenja uslijed jačih promjena na sluznici grkljana i epiglotisa, koji su zahtjevali traheotomiju.

Prikaz bolesnice

Bolesnica stara 17 godina, treći put (uvijek zbog iste bolesti) primljena u bolnicu. Roditelji su već od rođenja, od rane novorođenačke dobi kod djeteta primjećivali promukli plač i jaku salivaciju. U dobi od jedne godine, prvi su put primjetili promjene na jeziku, i bezuspješno ih liječili nekom tekućinom i praškom koji su dobili od svog liječnika. Odmah nakon toga pojavile su se ranice na jeziku i boljelo ju je grlo, a istovremeno pojavili su se najprije na koži lica, zatim i čitavog tijela, brojni mjehuri ispunjeni bistrom tekućinom koji su pucali i pretvarali se u kraste. Nakon što su kraste otpadale, ostajali su ožiljci. Ove promjene na koži kasnije su se u nepravilnim intervalima javljale sve do danas, godišnje tri do četiri puta. 1953. godine prvi put je ležala u našoj bolnici zbog tuberkuloze pluća i tada dijagnosticiranog tuberkuloznog laringitisa.

Od tada se zbog povremenih pogoršanja sa strane larinksa pojačane promuklosti i kašlja, povremeno kontrolira kod laringologa i prima streptomycin, eutizon i PAS.

Iz porodične anamneze doznajemo da su pradjed pacijentice po ocu i pradjed po majci braća. Ostali anamnestički podaci bez osobitosti.

Kod prijema, bolesnica za svoju dob slabije razvijena i uhranjena, afebrilna, vrlo blijeda, potištena, odgovara na postavljena pitanja promuklim glasom.

Koža lica vrlo blijeda, bjelkasto-žute boje, zadebljana uslijed brojnih bjelkastih ožiljaka od veličine zrna prosa do veličine zrna leće, hrapavog neravnog izgleda (Sl. 1). Koža nosa naročito



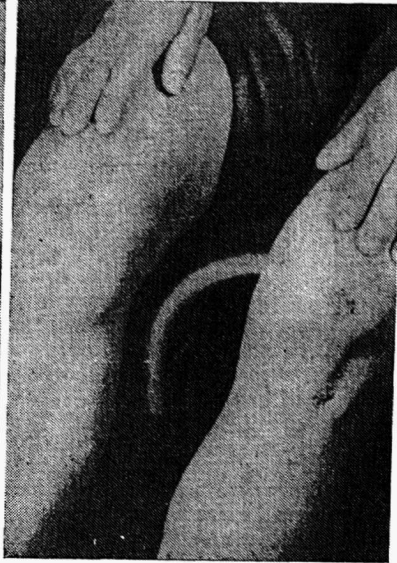
Sl. 1

jako hrapava, sa brojnim bjelkastim ožiljcima i sitnim smeđim pigmentacijama. Nad lijevom uglom usta sasušena smeđa krasta veličine dinara. Očni kapci zadebljali, a na rubovima gornjih kapaka vide se sitni bjelkasto-žuti čvorići veličine zrna prosa. Koža na opip tvrda, odiže se u deblje nabore. Normalni kožni nabori plitki. Na vratu, toraksu, leđima, gornjim i donjim ekstremitetima, naročito na nadlakticama i nadkoljenicama koža mje-

stimično zadebljana, odiže se u debljim naborima, žućkasto je bijele boje poput voska, a pokrivena negdje gušće negdje rjeđe smještenim istim ožiljcima kao i na licu (Sl. 2). Koža u predjelu lakta i koljena pojačanog je crteža, lihenificirana, a u predjelu



Sl. 2



Sl. 3

oba koljena vide se svježi nešto veći ožiljci nakon tek otpalih krusta (Sl. 3). Koža na dlanovima i tabanima žućkasta, hiperkeratotična. Mjestimično na ranije opisanim ožiljcima na licu, trupu i ekstremitetima sitni punktiformni otvori. Sluznica usnica i konjunktiva blijeda. Na usnicama blizu usnih uglova ragade koje radijarno prelaze na okolnu kožu. Gingive nešto zadebljale. Sluznica usta, nepca i ždrijela bjelkasto žute boje, sjajna, zadebljala, na opip tvrda, pa pruža dojam ožiljka (Sl. 4).



Sl. 4

Tonzile vrlo velike, razrovane, bjelkasto-žute boje, na opip vrlo tvrde.

Jezik jako povećan, zadebljan, površina jezika neravna, glatka i sjajna, prekrivena ožiljcima, bez papila (Sl. 5). Jezik na opip tvrde elastične konzistencije poput hrskavice.



Sl. 5

Analna sluznica zahvaćena sličnim promjenama kao ove upravo opisane na sluznici usta, a sluznica vulve, vagine i rektuma nepromijenjena.

Kosa rijetka, suha, ispucala, a na obrvama, trepavicama i noktima nema promjena.

U ostalom statusu pacijentice, osim laganog sistoličnog šuma nad iktusom srca nema patološkog nalaza. Na rendgen snimkama pluća i srca nema patoloških promjena. Na kranioogramu se vidi intrakranijalna, supraselarno smještena kalcifikacija.

Laboratorijski nalazi: SE jako povišena. Nađena je i srednje izražena sideropenična anemija. U elektroforezi serumskih proteina uz normalne vrijednosti ukupnih bjelančevina nešto su povišeni gama globulini. Broj leukocita je nešto povišen i kreće se između 10 i 12.000, ali su odnosi u diferencijalnoj krvnoj slici normalni. Ostale pretrage: kao nalazi urina, jonograma, hepatograma, transaminaza i holesterina u krvi u normalnim granicama. LE stanice nisu nađene.

Nalaz biopsije (dr Š. Puretić): epidermis parakeratotičan, i nepravilno akantotičan, u centru reza na više mjesta defektan. Na periferiji manja pukotina u spinoznom sloju. U korijumu kolagena vezivo homogenizirano, pogotovo u površnim slojevima. Fibrile u subpapilarnom sloju debele, deformirane (eozinom lividno obojene). U papilarnom i subpapilarnom sloju nalaze se dilatirane krvne žile i oko njih nespecifična upalna infiltracija građena od limfocita, polinukleara i po kojeg fibrocita. Orcein bojenje: elastika u papilarnom sloju prorijeđena, gdje

-gdje manjka, a u subpapilarnom nepravilno zgusnuta u debele tračke. PAS pozitivne supstancije crvenolividno obojenih i nešto manje plavo alcijanom obojenog vezinog tkiva.

Histološka dijagnoza: govori u prilog lipoproteinosis cutis.

Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza:

Usprkos karakterističnim promjenama na koži i sluznicama dijagnoza je postavljena prilikom trećeg boravka u bolnici i potvrđena biopsijom kože.

Ranije smo uvijek pomišljali na sve one bolesti koje bi diferencijalno dijagnostički mogle doći u obzir. Pomišljali smo tako na epidermolysis bulosa hereditaria, pa je pod tom dijagnozom bolesnica jedno vrijeme i vođena.

Diferencijalno dijagnostički dolazili su u obzir i Morb. Dühring i pemphigus, ali je prva dijagnoza bila malo vjerovatna zbog atipične lokalizacije kožnih promjena, a druga zbog brojnih ožiljaka. Anamnestički podatak, da se kožne promjene pogoršavaju u proljetnim i ljetnim mjesecima nakon izlaganja kože sunčanim zracima, naveo nas je i na pomisao o korfiriji, ali ju nismo mogli dokazati.

Dijagnoza ove bolesti, uprkos karakterističnim promjenama na koži i sluznicama, zbog svoje rijetkosti i malobrojnih prikaza u pedijatrijskoj literaturi, obično nije laka, dok se makar jednom ne vidi, pa je to i razlog prikaza našeg jedinog slučaja.

Zaključak

Prikazan je slučaj Lipoproteinosis cutis et mucosae (Hyalinosis cutis et mucosae) kod djevojke od 17 godina. Prikazana je klinička slika, tok i prognoza bolesti i ukazano na dijagnostičke i diferencijalno dijagnostičke teškoće u postavljanju dijagnoze ove bolesti.

LITERATURA

- Weybrecht H. Korting G. W.: Arch. Derm. Syph 197, 459, 1954.
 Burnett J. W., Marcy S. M.: J. Dis. Child. 105, 81, 1963.
 Nowak T.: Helv. Ped. Acz. 19, 69, 1964.
 H. A. Cottron, W. Schönfeld: Dermatologie und Vererologie B. III/2, 1959.

SUMMARY

Department of pediatrics Medical center, Banja Luka

LIPOPROTEINOSIS CUTIS ET MUCOSAE

M. Mrakovčić and š. Krilić

A case of Lipoproteinosis cutis et mucosae (Hyalinosis cutis of mucosae) in 17 years old girl is reported. The clinical picture, the course and the prognosis of the disease are presented. The author stresses the difficulties in making the correct diagnosis because of the rarity of the disease and the similarity with other diseases.

Povodom dva slučaja neurofibromatoze Recklinghausen

Stanislava Jovičević

Ovo oboljenje je ranije opisivano kao pachydermatocoele, elephantiasis neuromatosa, neuroma pleäiforme itd. Recklinghausen ga je prije 85 godina razradio i prvi shvatio kao jednu nozološku cjelinu.

Bolest nije tako rijetka. Crowe, Schul i Neel smatraju da je frekvencija 1:3.000. Ispoljava se po rođenju, češće u djetinjstvu, a rjeđe u adolescenciji. Bolest izbija na mahove i na kraju definitivno perzistira. Opisane su međutim i spontane regresije.

Dominiraju četiri glavna simptoma:

1. pojava pigmentnih nevusa, tačkastih ili u vidu slivenih mrlja («café au lait»);
2. kožni tumori: mekani, često u formi molluscum penduluma ili tvrdi, varijabilnog izgleda i dimenzije, diseminirani na jednom regionu ili po čitavom tijelu;
3. tumori perifernih nerava, najčešće na ekstremitetima, vratu i čelu, osjetljivi na pritisak i spontano bolni;
4. tumori lokalizirani duž kranijalnih nerava. Intrakranijalno najčešće u ponto-cerebelarnom uglu, a rjeđe u samoj moždanoj supstanciji. Nalazi se još u kičmenoj moždini, oku i koštanom tkivu. Simptomi koji nastaju uslijed kompresije i ovakve lokalizacije su veoma raznovrsni, od psihičkih i neuroloških ispada do pojave epilepsije. Postoje još i »forme fruste«, kada postoje samo pigmentne mrlje bez nervnih tumora ili drugih simptoma. Njihov je izgled međutim tipičan pa se često bez teškoća može postaviti dijagnoza.

Histološki: nastaju proliferacijom glijе, što znači naročito Schwan-ovih ćelija i amijelinskih vlakana. Opisane su i maligne alteracije.

Liječenje je hirurško i indicirano je u onim slučajevima kada tumor vrši kompresiju, kada postoji opasnost maligne degeneracije ili iz estetskih razloga. Zračenje je bez dejstva.

Oboljenje je često familijarno i hereditarno. Opisano je postojanje oboljenja kroz četiri generacije. Međutim, kod mnogih ispitivanih porodica nađen je samo po jedan slučaj ove bolesti, što je dalo povoda shvaćanju da oboljenje može nastati mutacijom (Crowe i sar.).

KAZUISTIKA

1. V. K. stara 4 godine

Anamneza: Od rođenja dijete ima plavkaste otekline u predjelu gornje usne, na polnom organu i na jeziku. Po tijelu i predjelu desnog skočnog zgloba vide se nešto tvrdi manji čvorići.

Unazad tri dana dijete je počelo kašljati i otežano disati. Prošle godine liječena ambulantno od upale pluća. Stolica i mokrenje uredno.

Roditelji zdravi, negiraju da je itko u familiji imao sličnih promjena.

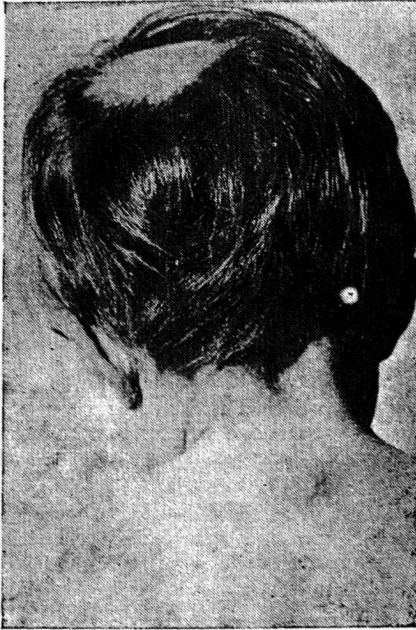
Peti porod, kod kuće, doneseno. Ostala djeca živa. Sisala do dvije godine. Glavu držala od tri mjeseca. Zubi od 14 mjeseci, počelo sjediti sa 7 mjeseci a prohodala sa 14 mjeseci.

STATUS PRAESENS

Srednje razvijena, srednje uhranjena, febrilna. Daje utisak bolesnog djeteta.

Koža: u predjelu gornje usne vidi se tumor plavkastocrvenkaste boje, veličine manjeg jajeta, elastične konzistencije. Slična tumorozna formacija vidi se u predjelu desnog labija. Na vratu ispod granice kosmatog dijela, na dorzalnoj strani grudnog koša, krstiju i u predjelu desnog skočnog zgloba vide se čvorići veličine zrna graha do lješnjaka, čvrste konzistencije, na pritisak bezbolni, nepromijenjene boje.

Glava: normalne konfiguracije. U okcipitalnoj regiji polje veličine dječjeg dlana bjeličasto-žute boje koje nije pokriveno kosom. Vidljive sluzokože bez promjena.



S. 1. Kožni tumor i alopecija

Usta: lijeva polovina jezika zahvaćena tumoroznom formacijom veličine lješnika, boje okolne sluzokože.

Oči: lijevi bulbus dislociran prema dolje, nepokretan.

Nos: b.o.

Krajnici: povećani, razrovani.

Vrat: pasivno pokretan.

Grudni koš: simetričan, respiratorno pokretan.

Pluća: vezikularno disanje sa sitnim i bronhitičnim šumovima.

Cor: b.o.

Jetra i slezena se ne pipaju.

Ekstremiteti: u predjelu desnog skočnog zgloba vidi se čvorić veličine manjeg jajeta, elastične konzistencije, bezbolan na pritisak.



Sl. 2. Tumor velike usne

18. 3. 1966. godine izvršena biopsija tumora kože na lijevoj ruci.

Histološki nalaz: Neuroma amyelinicum.

Opis: u koži tumor od racemoznih amijeliničkih neurofibrila.

16. 7. 1966. godine izvršena operativna intervencija. Ekstirpacija tumora gornje usne, brade i genitalija (dr Klepac).

Histološka dijagnoza: Neurofibromatosis.

Opis: tumori građeni od isprepletenih vlakana perineurija (Zavod za patologiju Zagreb).

Oftalmološki nalaz: Vizus se ne može odrediti.

Desno oko: adneksa i biomikroskopski nalaz prednjeg segmenta su bez patoloških promjena.

Fundus: papila vidnog živca je bez promjene. Krvni sudovi su normalnog izgleda i kalibra. Predio makule kao i ostali detalji na očnoj dnu su bez patoloških nalaza.

Lijevo oko: adneksa bez patoloških nalaza. Bulbus dislociran maksimalno prema dolje, tako da je uvid u detalje prednjeg segmenta i očnoj dna nemoguć. Poslije lokalne anestezije fiksacionom pincetom pokušano je da se bulbus pomjeri iz tog položaja kako bi se dobio uvid u detalje na oku, ali nije bilo moguće jer je bio čvrsto fiksiran. Pri ovom pokušaju primjećeno je da je sadržaj orbite čvrsto fiksiran za bulbus.

ORL nalaz: tonzile i vegetacije su patološki promijenjene. Na gornjoj usni i medijalnoj liniji vidi se tumorozna tvorevina veličine lješnika. Savjetuje se ekstirpacija.

Rtg nalaz: na kraniogramu nema morfoloških i traumatski vidljivih promjena. Takođe skeletni dijelovi toraksa, ekstremiteta i karlice nemaju patoloških promjena.

Laboratorijski nalazi:

K.S.: E: 4.900.000, Hgb: 11,2%, L: 11.000; Seg: 25, Limfo: 62, Neseg 3, Mono 4, Eo 6.

Stolica: Ascaris, Trichocephalus. Urin: Albumen pozitivan. Šećer u tragu. Aceton: neg.. Sediment: dosta bakterija i kristala kalcijevog oksalata. Se: 4/9. Jonogram: Na: 141 meq/l, K: 4,9 meq/l, Ca: 4,3 meq/l, Cl: 96 meq/l. Fosfor 4,4 meq/l, alkalna fosfatasa 5 jed. K.A.

2. J. M. stara 11 godina

Anamneza: djevojčica je upućena iz Čelince radi obrade. Stalno slabi, nema apetita, slabo vidi.

Stolica uredna, mokri uredno.

Do sada nije liječena. Dječje zarazne bolesti nije bolovala. Roditelji zdravi. U porodici nitko nije imao slične promjene.

Cijepljena i besežirana.

Deseti porod. Rođena kod kuće. Donesena. Devetoro žive djece. Jedno žensko dijete umrlo u porodu.

STATUS PRAESENS

Slabije razvijena, slabije uhranjena, afebrilna, pokretna, orijentisana djevojčica. Daje utisak lakšeg bolesnika.

Meningitični sindrom: nije izražen.

Koža: mrko-sive boje. Po cijelom tijelu, ali više po trbuhu, ekstremitetima i to najviše duž nerava, pipaju se pod kožom tvrde tvorevine veličine zrna prosa, jako tvrde, bezbolne i pokretne.

Skelet i hrptenica: b.o.

Limfni čvorići: b.o.

Vidljive sluzokože hiperemične.

Glava: normalne konfiguracije, u koštanom dijelu se također pipaju sitni čvorići veličine prosa do pirinča.

Usta, jezik, nos b.o.

Oči: postoji naznačen egzoftalmus, te razrokost slabijeg intenziteta.

Vrat: duž nerava pipaju se čvorići veličine manjeg zrna pasulja boje okolne kože, bezbolni, na pritisak lako osjetljivi, pokretni.

Ostali fizikalni nalaz uredan.



Sl. 3. Dislokacija očne jabučice. Tumor na gornjoj usni i bradi

Neurološki nalaz: Strabismus divergens. Jezik skreće u lijevo, facijalis desno paretičan po centralnom tipu. Ostali neurološki nalaz uredan. Somatski: pjege («Café au lait») — fibromi.

Dg: Neurofibromatosis.

Oftalmološki nalaz: Astigmatismus mixtus, Anisometropia. Strabismus divergens ferre alternans.

Fundus: bez patološkog nalaza.

Histološki nalaz (ekscindirani kožni tumor): Neurofibromata. Opis: tumor građen od isprepletenih vlakana perineurija (Zavod za patologiju Zagreb).

Laboratorijski nalazi:

KS: Er.: 4,010.000, Hgb.: 14,5 g%, L: 7.350, Seg.: 63, Limfo: 31, Mo: 1, Eo: 5.

Se: 16/40.

Urin: alb. neg. Sediment: po koji leukocit.

Stolica na parazite: negativna.

Likvor: 10/3, bjelančevina: 0,15 gr%, Pandy: opalescentan. Šećer: 40 mg%, Cl: 613 mg%.

Zaključak

Prikazana su dva slučaja neurofibromatoze Recklinghausen zbog toga što su slična kazuistička saopštenja u našoj literaturi dosta rijetka. Prvi slučaj zaslužuje veću pažnju zbog prisustva mnogobrojnih tumora različite lokalizacije (na koži, jeziku, labija major, skočnom zglobu i orbiti). Lokalizacija tumora u orbiti s dislokacijom očne jabučice predstavlja rjeđu manifestaciju neurofibromatoze i sreće se u svega 5% svih opisanih slučajeva. Veličina i veliki broj tumoralnih tvorevina doveli su do znatne estetske defektnosti, a nisu mogli biti otkriveni nikakvi mentalni ili visceralni ispadi.

Histološki nalaz tumora različite lokalizacije, kod iste osobe, pokazao je različitu strukturu, što govori u prilog činjenici da može postojati istovremeno nekoliko tipova tumora.

Drugi je slučaj s oskudnom simptomatologijom otkriven slučajno, jer su se roditelji obratili pedijatru iz drugog razloga, a da nisu pridavali nikakvu pažnju i značaj kožnim promjenama.

Brižljivom anamnezom, anketom i pregledom rodbine nije moglo biti utvrđeno hereditarno i familijarno porijeklo bolesti.

RESUME

Service de Pédiatrie, Centre Médical de Banja Luka

A PROPOS DE DEUX CAS DE NEUROFIBROMATOSE DE RECKLINGHAUSEN Stanislava Jovičević

Les auteurs rapportent deux cas de neurofibromatose de Recklinghausen. Le premier cas attire attention par sa localisation et existence chez le même malade des tumeurs avec différents types histologiques.

Le deuxième cas présente une «forme fruste».

Apparition hereditaire et familiale n'a pas été confirmée.

Prosječna tjelesna razvijenost osamnaestogodišnjih mladića sa urbaniziranog i neurbaniziranog dijela opštine Banja Luka

Čedo Aleksić

Uvod

Antropologija, između ostalog, ima zadatak da kvantitativno ocjenjuje morfološke osobine čovječijeg tijela, proučavajući čovjeka u prostoru i vremenu. Jedna od metoda kojima se služi je antropometrija. Ona se može svrstati u fizičku antropologiju, koja proučava čovjeka, njegove anatomske, morfološke i druge osobine, zajedno s prirodnom sredinom i svim onim što je čovjek u njoj izmijenio i stvorio.

Istraživanjem varijabilnosti, antropometrijskim i drugim mjerenjima pokušavaju se stvoriti prosjeci (standardi).

Antropometrija je već dugo poznata nauka. Hipokrat je raspravljao o izvjesnim deformacijama u razvoju čovjeka. Prve antropometrijske metode preporučuje B. de Polossy (1563.). Oko sto godina kasnije G. S. Elcholtz izdaje prvu Antropometriju. Pojam medicinske antropologije obradio je O. Schwarz (1929). Tu je predmet teoretskog razmišljanja uticaj okoline na čovjeka, koja, zajedno s unutrašnjim faktorima, opredjeljuje njegovu formiranje u fiziološkom ili patološkom smislu.

Rezultati antropometrijskih mjerenja donedavno su posmatrani suviše statički. Primijenjivani su normativi tjelesnog razvoja jedne populacije na drugu i kada vremenski i geografski nisu bliske.

U Jugoslaviji su vršena antropometrijska istraživanja (Škrelj, Smodlaka i dr.) u cilju iznalaženja opštih normativa, bliskih određenoj populaciji. Opsežnije mjerenje tjelesne razvijenosti školske djece i omladine organizirao je Savezni zavod za fizičku kulturu (Medved). Obuhvaćen je veliki broj školske djece i omladine raznih dobnih uzrasta, spola i iz raznih republika. Tako objavljeni normativi tjelesnog razvoja su primjenljivi u svakodnevnoj praksi, pošto su novog datuma i dobijeni iz populacije određene republike. Zbog veze sa našim zapažanjima, prikazujemo iz objavljene tabele standarda visine i težine samo standard za osamnaestogodišnje mladiće za SFRJ i BiH (tab. 1).

Standard se može dobiti metodom indeksa ili metodom standarda. Metoda indeksa koja pokušava ustanoviti određene odnose pojedinih antropometrijskih varijabli (npr. da li težina odgovara visini itd.) nije prihvatljiva za osobe u razvoju. Metoda standarda je jednostavnija, a sastoji se u tome da se određena antropometrijska varijabla upoređuje s normativom za dotični uzrast, spol itd. Ova metoda je tačna samo onda ako je normativ dobijen iz iste populacije iz koje potiče i dotična osoba, i ako je novog datuma.

Kod mjerenja antropometrijskih varijabli treba se pridržavati priznate antropometrijske tehnike (Smodlaka, Martin i dr.).

Naše zapažanje i metod rada

Pri sistematskom pregledu pred regrutaciju osamnaestogodišnjih mladića sa područja opštine Banja Luka, nakon izvjesnog vremena rada stekao se utisak da su mladići koji žive na urbaniziranom dijelu opštine tjelesno razvijeniji od svojih vršnjaka s neurbaniziranog područja.

Smatrali smo da se standardi visine, težine i srednjeg obima grudi ovog uzrasta za BiH mogu primijeniti i na naše području. Žato smo htjeli vidjeti da li se naši mladići sa seoskog i gradskog područja opštine razlikuju u rastu i razvijenosti.

Posmatrali smo dvije grupe. U jednu smo svrstali mladiće koji su rođeni i žive u jednom od sela naše opštine, ukupno 300. U drugu grupu su svrstani oni koji su rođeni i žive u našem gradu, ukupno 280. Mladiće koji su rođeni na selu, a kasnije su preselili u grad i obratno, nismo uzeli u obzir. Izostavljeni su i svi ostali koji su rođeni na bilo kojem području van naše opštine, a kasnije doseljeni, kao i svi oni koji su u toku svoga života mijenjali mjesto boravka. Izbor grupa nije vršen nikakvom posebnom metodom pošto su svi mladići osamnaestogodišnjeg uzrasta bili podvrgnuti sistematskom pregledu.

Za posmatranje su uzete najjednostavnije i osnovne antropometrijske varijable; visina, težina i obim grudi. Visina je mjerena drvenim antropometrom, sa ravnom podlogom i pokretnom horizontalnom šipkom. Mladići bosu, u stavu »mirno«, sa stastav ljenim stopalima i ravno upravnim tijelom. Težina je mjerena decimalnom vagom, čija je ispravnost provjerena prije početka rada. Mladići su pristupali mjerenju potpuno nagi. Obim grudi je mjeran platnenom centimetarskom pantljikom dužine 150 cm. Pantljika je postavljena preko grudi, tačno u visini bradavica, u horizontalnoj ravnini. Obim je mjeran prvo pri maksimalnom izdisaju, a onda pri maksimalnom udisaju. Kao vrijednost obima uzimana je sredina između izdisaja i udisaja. Mjerenje svih mladića, obadvije grupe, obavljeno je u isto doba dana (između 13 i 17 sati). To je vrijeme odredio organizator sistematskog pregleda. Mjerenje je vršilo stručno lice u obadvije grupe istim instrumentarijem.

Aritmetičke sredine pojedinih mjerenih varijabli, jedne i druge grupe, tražene su skraćenom metodom, grupiranjem u razrede (Petz). Rezultati su prikazani na tabeli 2.

Tabela 1

Standardi visine i težine osamnaestogodišnjih mladića za SFRJ i BiH

Antrop. varijab.	SFRJ	BiH
Visina u cm	172,35	173,53
Težina u kg	63,63	64,62

Tabela 2

Prosječna visina, težina i obim grudi osamnaestogodišnjih mladića sa seoskog i gradskog područja opštine Banja Luka

Antrop. varijab.	Selo	Grad
Visina u cm	169,55	173,25
Težina u kg	58,58	62,25
Obim grudi u cm	86,24	88,52

Standardne devijacije se kreću između 5,65 i 7,98. Kod testiranja dobivenih razlika aritmetičkih sredina, posmatrali smo naše grupe kao dva velika nezavisna uzorka. Tražene su standardne pogreške razlika aritmetičkih sredina jednog i drugog uzorka (Petz), i dobili slijedeće: kod visine je standardna pogreška razlika aritmetičkih sredina 0,6, kod težine 0,5 i kod obima grudi 0,4. Pošto su razlike aritmetičkih sredina kod sve tri mjerene varijable veće od svojih pogrešaka preko dva puta, znači da su razlike statistički značajne (signifikantne), a ne slučajne.

Zaključak i komentar

Osamnaestogodišnji mladići koji žive na neurbaniziranom dijelu naše opštine su stvarno tjelesno nerazvijeniji od svojih vršnjaka koji su rođeni i žive u urbaniziranom dijelu.

Ostaje otvoreno pitanje, da li postoji razlika i kod ostalih dobnih skupina u razvoju, i kod oba spola. To bi bilo od interesa istražiti i stvoriti naš standard tjelesne razvijenosti po dobnim skupinama, pošto se ni najnoviji standardi Saveznog zavoda za fizičku kulturu ne mogu bez prigovora primijeniti na naše područje. Bili bismo bliže istini kad bismo imali takav standard posebno za seosku, posebnu za gradsku populaciju u razvoju. Isto tako, bilo bi interesantno i potrebno znati koji faktori djeluju nepovoljno na rast i razvoj seoske populacije, mada je vjerovatno da su faktori socijalne sredine. Na prvom mjestu je, vjerovatno, nekompletna prehrana (Radovanović, Ferber), za tim zdravstvena i opšta neprosvjećenost itd.

L I T E R A T U R A

- 1) Medicinska enciklopedija, sv. I, 1959, Zagreb.
- 2) Medved, R.: Normativi osnovnih antropometrijskih mjera naše školske omladine, Lij, Vijes., 86:1265, 1964.
- 3) Petz, B.: Osnovne statističke metode, 1964, Zagreb.
- 4) Smodlaka, V.: Vojno-sanitetski pregled, 3/46:327, 1946.
- 5) Smodlaka, V.: Antropometrijska tehnika, 1948, Beograd.
- 6) Wolff, G.: Die Nachwirkung der Kriegshungerperiode auf dans Schulkinderwachstum, 1932, Leipzig.

S U M M A R Y

Department of General Practice, Medic Center Banja Luka
 THE AVERAGE PHYSICAL GROWTH OF THE 18 YEARS OLD BOYS IN
 THE TOWN AND COUNTRY OF BANJA LUKA
 Ćedo Aleksić

The results of the measurement of height, weight and chest circumference of the 18, years old boys are shown and discussed.

The boys were divided into two groups: the first group (altogether 300 boys) consisted of the boys born in the country and still living there. The second group (altogether 280 boys) consisted of the boys who were born and still live in the town.

As judged by the average value of height, weight and chest circumference, the boys from the town are physically more developed than the boys of the same age from the country.

The difference of the arithmetical mean value was tested and found to be statistically significant.

Služba opšte medicine
Medicinskog centra Banja Luka
Direktor: dr Ladislav Korcmaroš

Postavljanje indikacija za terapiju nepravilnosti vilica i zuba

Dušan Pišteljić

Nepravilnosti vilica i zuba nisu bolest u užem smislu reči nego su posledica nepravilnog razvitka i naslednih faktora. Uzroci koji ometaju pravilan razvitak zuba, vilica i lica, veoma su brojni te su zato disgnatije česte.

Ti mnogobrojni uzroci se mogu podeliti u dve osnovne grupe: endogene i egzogene.

Nepravilnosti u kojima etiološki prevladava endogena komponenta:

a) nasljeđe, jer je nesumnjivo da se neke anomalije nasljeđuju kao progenia vera, degbis, genuini distalni zagrižaj;

b) hormonalna disfunkcija, jer ona utiče ne samo na razvitak vilica i nicanje zuba nego i na ceo organizam.

Razne bolesti jer su posredno endogene, kao rahitis, lues, tbc i druge.

Nepravilnosti u kojima etiološki dominiraju egzogeni faktori delimo na: *prenatalne* — za vrijeme trudnoće, poremećaj u ishrani kao i oboljenja majke mogu uticati na razvitak ploda pa i na razvitak vilica.

Postnatalne — ishrana odojčeta, polaganje odojčeta, navika sisanja, funkcija žvakanja, prerani gubitak mlečnih i stalnih zuba.

Treba odmah reći da u jednoj i drugoj grupi nepravilnosti najčešće nalazimo oba uzroka zajedno i istodobno. Zato s pravom kažemo da je geneza okluzivnih anomalija multikauzalna, pa je nemoguće uvijek utvrditi u kojoj su meri došli do izražaja pojedini etiološki faktori. Samo poznavanje etiologije omogućava stvarnu ljekarsku delatnost, kauzalnu terapiju.

Nepravilnosti vilica i zuba danas su česta pojava. Ove se nepravilnosti javljaju češće u civiliziranih naroda nego u primitivnih. Ovdje se misli na ishranu u primitivnih naroda za koju je potrebna snažna upotreba žvačnog aparata, dok je ishrana civiliziranog čoveka takva da je upotreba žvačnog aparata gotovo minimalna s mnogo kariogenih supstancija.

Ova je činjenica karakteristična i na nju je ukazao još Fletcher; ona upućuje na etiološki faktor, koji bi se djelimično bar teoretski, mogao koristiti u profilaksi nepravilnosti vilica i zuba.

Našim ispitivanjem, odnosno sistematskim pregledom, u više osmogodišnjih škola došli smo do ovih rezultata:

Pregledano	485 učenika
s anomalijama	238 učenika ili 49%
s karijesom	302 učenika ili 62,2%

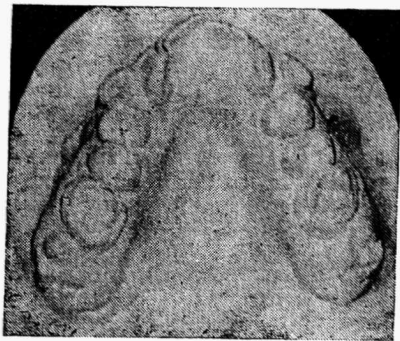
Ovaj visoki procenat nepravilnosti dobija nešto umereniji značaj ako se one ne promatraju samo sa statičko-morfološkog gledišta, već ako ih gledamo i dinamički, sa gledišta funkcije i značaja žvačnog organa za opšti rast i razvoj. Posmatrajući ove dvije okolnosti, dolazimo do zaključka da svaka okluziona anomalija ne mora istodobno imati negativni medicinski značaj. Ima nepravilnosti koje nemaju ni lokalni ni opšti zdravstveni karakter.

Zato indikaciju za tretiranje nepravilnosti nije uvijek lako postaviti. Neki autori, prvenstveno Hotz, dele nepravilnosti u one koje se apsolutno moraju ispravljati i one za koje je to samo poželjno. Drugi autori indikaciju za ispravljanje nepravilnosti dijele na neophodno potrebnu, potrebnu i poželjnu. Svi se ipak slažu da je potrebno ispravljati one nepravilnosti za koje smatramo da će biti štetne:

za opšte zdravlje, odnosno koje ugrožavaju normalan rast i razvitak,

za zdravlje zuba i pravilan razvoj žvačnog aparata.

Opšti značaj imaju one okluzione anomalije koje utiču na funkciju disanja, zbog nedovoljno razvijene gornje vilice. Gornja vilica nije samo krov usne šupljine, nego i podnosne. Zato se uskost gornje vilice odražava i na nosnoj duplji što može otežavati pravilan način disanja. Radna sposobnost ovakvih osoba je manja kao i sposobnost koncentracije. Ovakva djeca su obično slabiji đaci i pate od sekundarne hronične upale respiratornog trakta.



Sl. 1. Uskost gornje vilice

Funkcija žvakanja sa sekundarnim posledicama na digestivni trakt.

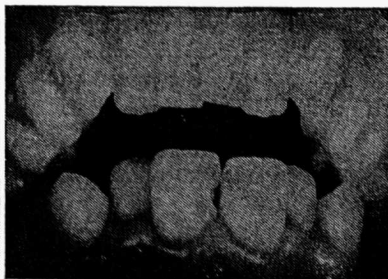
Poremećena funkcija žvakanja nastaje kao posledica anomalija koju uzrokuje funkcionalno manja vrednost žvačnog aparata. Treba istaći distalni zagrižaj II/1 po ANGLU, progeni-vera i otvoreni zagrižaj.



Sl. 2. Distalni zagrižaj KL II/1 po Anglu



Sl. 3. Progeni zagrižaj
KL III po Anglu



Sl. 4. Otvoreni zagružaj

Fonetske smetnje: na osnovu mnogobrojnih statističkih ispitivanja utvrđeno je da postoji izvesna podudarnost između pojedinih disgnatija i poremećaja u govoru odnosno obe ove anomalije često postoje istovremeno. Od svih poremećaja u izgovoru najčešći su sigmatizam i palatinalne dislalije. Sigmatizam ili vrskanje kako se to kaže u narodu, jeste nepravilnost u izgovoru glasa »S«, i drugih fiktiva, a naročito »Z«, »Š« i »Ž«. Poznato je da zubi u sklopu usne duplje služe kao zidovi rezonatora u izgovoru. Zato nepravilnosti zubnog luka mogu dovesti do nepravilnog oblika rezonatora a time i do nepravilne artikulacije glasova. Prema lokalizaciji nepravilnosti zubnog luka nastaju i odgovarajući poremećaji izgovora. Otvoreni zagrižaj koji se karakteriše zjapom u predelu frontalnih zuba pri sklopu bočnih zuba, dovodi do vrskanja isturanjem jezika kroz slobodan prostor, tako da se u mesto glasa »S« i »Z« mogu dobiti glasovi »T« i »D«. To je samo jedna vrsta sigmatizma tzv. syngmatismus interdentalis. No, kod drugih nepravilnosti nalazimo druge vrste sigmatizma kao syngmatismus lateralis, syg. stridens, syg. lateroflexus. Česta povezanost sigmatizma sa pojedinim dizgnatijama nameće i pitanje prioriteta njihovog nastanka.

Reitchenbach navodi da se o pitanju primata između dizgnatija i dislalija još diskutuje, ali smatra da su nepravilnosti vilica i zuba predisponirajući faktori za nastanak sigmatizma. Najteži poremećaji izgovora su palatinalne dislalije koje uvek nastaju usled nepravilnosti nepca, odnosno nepravilne komunikacije između nosne i usne šupljine.

Ove i druge nepravilnosti vilice i zuba koje se odražavaju na izgledu lica mogu dovesti do psihičkih depresija.

O lokalnom značaju govorimo kada postoji povećana karies frekvencija i sklonost ka paradentopatiji, kao posledica retencije hrane zbog nedovoljnog prirodnog čišćenja. To ujedno ugrožava i pravilnu funkciju žvačnog aparata, a ona je preduslov za očuvanje zuba.

Ortopedija vilica posredno utiče na opšte zdravstveno stanje jer smanjuje broj mrtvih zuba i fokusa. Tom zadatku služe i ostale grane stomatologije, ali ortopedija ima i poseban značaj jer starajući se za razvitak vilice usmerava i opšti razvitak organizma.

Prema ovako postavljenoj indikaciji, mi smo našli da je neophodno tretirati 22% od pregledane dece, odnosno, od 485 pregledanih učenika 108 ima takve nepravilnosti zuba i vilica koje bi prema navedenim indikacijama došle u grupu neophodno potrebnih za tretiranje.

Zaključak:

Procenat od 22% anomalija, neophodno potrebnih za tretiranje, postaje ogroman kada se primeni na 30.000 dece i omladine koja žive na našoj teritoriji.

Zato smo prisiljeni odabrati za tretman one najneophodnije. Pored funkcionalnih i estetskih potreba, indikaciju određuje i broj kadra.

L I T E R A T U R A

- 1) Bikar I.: Osnovi ortopedije vilica, Beograd, 1962.
- 2) Walter D. P.: Ortodontic notes, Bristol, 1960.
- 3) Nikolić V.: Stomatološki glasnik Srbije, Beograd, 1965.
- 4) Volf Ž.: Stomatološki glasnik Srbije, Beograd, 1955.

S U M M A R Y

Department of Stomatology, Medical Center Banjaluka
INDICATIONS FOR TREATMENT OF JAW AND TEETH ABNORMALITIES
D. Pišteljić

The contemporary nutrition habits are one of the most important reasons for increasing caries frequency and abnormalities of the teeth and jaw.

During an examination of 485 pupils aged 7 to 14 years in several schools in Banjaluka, the authors found 238 pupils with abnormalities of the teeth and jaw, and 302 with caries.

According to the Hotz's indications, conservative treatment is considered as indispensable in 22% of patients and as desirable in 27% of all cases.

From the everyday work it is evident that the indications of Hotz are a very helpful tool, but every case is a special problem and needs separate consideration.

*Stomatološka služba
Medicinskog centra u Banjoj Luci
Načelnik: dr Kemal Halimović*

Terapija trigeminus neuralgije

Milan Ferković

Sedare dolorem
opus divinum est.

(Hipokrat)

Svaki se ljekar u svojoj svakodnevnoj praksi susreće s bolesnikom koji se žali na bol. Bol je najčešći razlog zbog kojeg pacijent traži pomoć. Druge smetnje su manje neugodne i čovjek ih lakše podnosi. Jedna od najtežih manifestacija bola sva kako je već dobro poznata neuralgija trigeminusa.

O kliničkoj slici oboljenja nije potrebno opširnije govoriti. Poznato je da se radi o stanju za koje su karakteristične bolne atake u području perifernih grana trigeminusa. Atake bola su kratke (traju pola do jedne minute, a katkad su i kraće), praćene su refleksnim trzajima lica (zbog toga naziv oboljenja »tic douloureux« po francuskim autorima). Najčešće pate osobe između 50—70 godina, više žene. Pretežno je zahvaćena desna strana lica. U najvećem broju slučajeva nije moguće naći uzrok ni najpomnijom obradom. Zbog toga i kauzalna terapija rijetko dolazi u obzir. »Genuine« neuralgije trigeminusa su i danas velik terapeutski problem. Još uvijek se traži medikament koji bi bio efikasniji od dosadašnjih uobičajenih sredstava. U zadnjih nekoliko godina pojavio se Tegretol-Geigy (antiepileptik s izraženim djelovanjem na trigeminus neuralgiju).

Međutim, unatoč tome farmakoterapija nije u mnogim slučajevima dala zadovoljavajući efekat, dok je u nekim slučajevima ostala bez ikakvog djelovanja. Zbog toga se pokušavalo operativnim metodama pomoći bolesnicima koji su zbog nesnošnih bolova pomišljali i na suicid.

Schloesser već 1903. nakon prethodne anestezije daje nekoliko ccm 70—80% alkohola u područje izlazišta n. supraorbitalisa, infraorbitalisa i mandibularisa. Tim načinom izaziva dugotrajnu anesteziju odgovarajućeg područja i nestanak bola. To potvrđuju i drugi autori (Patrick, Alexander i dr.) Neki daju umjesto alkohola novokain, adrenalin, impletol, cibalgin, kombinaciju B 12 s analgeticima. Zahvati se moraju ponavljati, ali ipak predstavljaju metodu koja ima trajniji efekat od običnog medikamentoznog liječenja. Naročito su podesni za starije ljude kod kojih neurokirurška terapija ne dolazi u obzir.

Wilms je 1918. uveo u terapiju RTG zračenje. Ono je bilo uspješno samo kod početnih stanja u jednom broju slučajeva, dok je kod kroničnih stanja potpuno zakazalo.

Bitno efikasnije, ali tehnički mnogo teže su injekcije u trigeminus na bazi lubanje, ili u sam ganglion Gasseri (kroz foramen ovale). Harris je ubrizgao oko 0,5 ccm 70—80% alkohola u ganglion iglom koju je kroz foramen ovale uveo lateralnim infrazigomatičnim putem. Härtel je do gangliona dolazio prednjim putem (nakon incizije kože lica u visini drugog molarnog zuba lateralno od usnog kuta). Kulenkampff i W. Felix su također tim načinom postigli 50% trajnih izlječenja. U novije vrijeme su Ecker i Perl svojom metodom, koja je slična Härte-lovoj, postigli veoma povoljne rezultate (72% nakon tri do pet godina nije imalo ataka bolova). Shealy, Kaufman i Tomaro

objavili su 1966. svoju metodu izolirane destrukcije druge grane trigeminusa alkoholom. Njihov pristup do okruglog foramena (f. rotundum) bitno se razlikuje od Harrisovog. Pod kontrolom rendgena prolaze iglom kroz foramen palatale magnum i u najvećem broju slučajeva odmah vrh igle dolazi do foramen rotundum. Nezgoda tih metoda leži u tom što uspjeh ovisi u znatnoj mjeri o individualnoj spretnosti i izvježbanosti operatera.

Kirschner je upravo zbog toga konstruirao stereotaktički aparat pomoću kojeg je mogao tačno ciljati na foramen ovale (uz RTG kontrolu). Destrukciju gangliona vršio je elektrokoagulacijom. Sve ove metode nemaju praktički nikakav mortalitet, podesne su za starije i fizički slabije bolesnike. Međutim, recidivi su mnogo brojniji (oko 31,5% prema Heycku⁵) nego kod neurokirurških operativnih metoda.

Operativnim liječenjem počeo je 1893. Krause. On je ekstirpirao čitav ganglion Gasseri. Metoda je napuštena zbog stalnih komplikacija (vidi dalje). Frazier (1925) izvodi suptotalnu resekciju senzitivnog korijena trigeminusa. Istovremeno Dandy vrši presijecanje korijena u stražnjoj lubanjskoj jami. Taarnhoj (1952) vrši dekompresiju postganglionarnog korijena trigeminusa na ulazu u stražnju lubanjsku jamu u visini ruba piramide. Stender modificira Taarnhojevu operaciju, incizijom dure u području cavum Meckeli oslobađa ganglion od pritiska. Shelden radi upravo obrnuto, vrši kompresiju gangliona kroz nekoliko minuta disektorom. Sjöquist 1937. izveo je zahvat na spinalnom dijelu trigeminusa (tractotomia). Osim toga vršene su talamotomije stereotaktičkim aparatom (Spiegel i Wycis, 1949) i leukotomije (prefrontalna po Freemanu i Wattsu). Za posljednje tri operacije postoje posebne, uske indikacije. Sjöquistova operacija ima najviše uspjeha, dok su rezultati talamotomija i leukotomija više nego skromni pa se zbog toga te operacije više gotovo i ne izvode.

Recidivi su kod operativnih metoda općenito mnogo rjeđi. Olivecrona je imao sa 3% recidiva nakon operacije po Frazieru, 11,5% nakon Dandyjeve operacije. Međutim, Bohm i Höjeberg (1960.) izvještavaju da su nakon operacije po Taarnhoju u toku pet godina imali 40% recidiva u 110 bolesnika, što svakako ovu metodu znatno diskreditira.⁵)

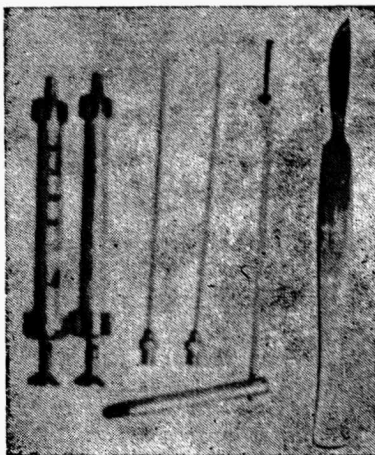
Iz ovog što je spomenuto vidimo da ni operativne tehnike uvijek ne zadovoljavaju. Stalno se javljao novim pokušajima da se bolesniku pomogne na što lakši i bolji način.

Suočeni s bolesnicima u kojih medikamentozna terapija i blokade (infiltracije) perifernih grana trigeminusa nisu nimalo poboljšale stanje, mi smo se odlučili na destrukciju gangliona Gasseri po modificiranoj Härtelovoj metodi koju je uveo i jedini radio u našoj zemlji Jelašić.⁶)

Opis metode: nakon prethodnih rutinskih pretraga (SE, KKS, urin, EKG, internistički pregled) i RTG snimke baze lubanje (prikaz ovalnog foramena) u kemital narkozi incidira se koža lica oko 2 cm lateralno od usnog kuta. Tad se uvodi dvostruka

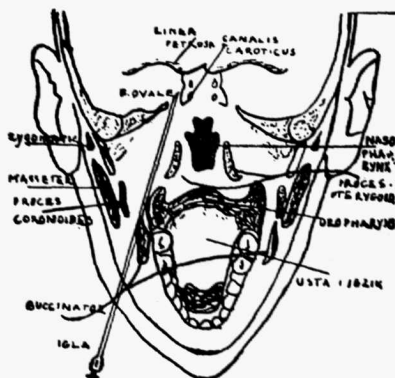
Zahvaljujem se prof. dr F. Jelašiću na savjetu i nesebičnoj pomoći.

igla koja ima poseban držak (vidi sliku 1) pokraj drugog gornjeg molarnog zuba u smjeru »trigeminalne osi« (Trigeminus Achse) do ovalnog otvora na bazi lubanje (oko 6—7 cm dubine). Tad



Sl. 1. Instrumentarij. Strelica pokazuje dvostruku iglu vodilju kroz koju se uvodi tanja injekciona igla.

se kroz tu iglu uvodi tanja i duža igla koja može doprijeti do u sam ganglion (vidi sl. 2). Čeka se da se bolesnik iz narkoze probudi i daje mu se veoma mala količina prokaina (Mantoux špri-



Sl. 2. Shematski prikaz operativnog područja i smjera igle.

com). Kad nastupi anestezija cijele polovine lica, daje se 0,5 ccm 70—80% alkohola. Nakon 40—50 min. može se dati još 0,5 ccm alkohola. Budući da je igla vodilja dvostruka, može se okrećući je oko uzdužne osi destruirati veći dio ganglion. Neki daju umjesto alkohola vrelu vodu.

Komplikacije se mogu pojaviti kao i kod drugih injekcionih metoda. Smrtnost praktički ne dolazi u obzir. Ecker i Perl u 133 slučaja nisu imali ni jedan smrtni ishod. Jelašić također nije imao smrtnih slučajeva. Međutim, treba ipak naglasiti da je Heyck analizirajući literaturu i vlastita iskustva u svojoj monografiji naveo mortalitet od 0,42% i kod ovih metoda.



Sl. 3. Mjesto incizije i položaj igle.

Meningitis kao komplikacija, također se spominje, iako nije čest. Liječenje se određuje prema poznatim principima.

Kornealna anestezija se pojavljuje u različitim procentima kod pojedinih autora. Rezultat anestezije je keratitis neuroparalytica (8,8% po Schifferliju). Kod operativnih metoda keratitis je mnogo češća komplikacija (18% Pannybacker, 15% Peet i Schneider).

Anestezija doloroza. Nakon denervacije trigeminusa mogu da se jave disestezije u formi žarenja, svrbeža, osjećaja hladnoće i drugih neugodnih senzacija, ali najveći ih broj bolesnika podnosi dobro jer su znatno manjeg intenziteta od prijašnjih strašnih bolova. Međutim, u jednom broju slučajeva (oko 5%) te su pojave bolesnicima veoma neugodne, a katkada i teže od same neuralgije. Smetnje su slične kauzalgiji. Budući da se javljaju u anestetičnoj polovini lica, mnogi smatraju da je za nastanak tih smetnji odgovoran simpatikus (Harris, Olivecrona i dr.). Svi se slažu da je psihogeni faktor veoma važan za nastanak tih smetnji.

Zaključak

Neuralgija trigeminusa nije rijetko oboljenje. Zato smo tražeći način da pomognemo našim bolesnicima, koji nisu povoljno reagirali na medikamentoznu terapiju, odlučili da uvedemo jednu od operativnih metoda. Opredijelili smo se za Jelašićevu metodu. Destrukcija ganglionu Gasseri može se izvesti i ambulantno kao što rade Ecker i Perl. Mi ipak hospitaliziramo bolesnika, jer su saobraćajne prilike loše, pa bi bolesnik u slučaju neke od akutnih komplikacija teško mogao na vrijeme da se javi na odjeljenje. Bolesnika otpuštamo kući dva do tri dana nakon izvršene operacije. Prednost metode je u tom što se u

slučaju recidiva veoma lako može ponoviti. Mi smo do sada tu metodu primijenili kod pet naših bolesnika. Kod jednog je došlo do recidiva, pa je nakon deset mjeseci zahvat ponovljen s uspjehom. Prvi naš bolesnik već tri godine nema bolova. Broj naših slučajeva je malen, pa ne možemo na osnovu njega dati vlastitu ocjenu metode. Zato bolesnike nismo prikazali opširnije. Htjeli smo dati samo pregled terapijskih mogućnosti i prikazati operativnu metodu koja nam se čini najpodesnijom i koju smo zbog toga usvojili.

Sadržaj

Autor je u ovom referatu dao pregled operativnih metoda u liječenju neuralgije trigeminusa. Prikazana je detaljnije Jelašićeva metoda alkoholne destrukcije ganglionu Gasseri koja se izvodi iz Neuropsihijatrijskom odjelu Medicinskog centra u Banjaluci.

LITERATURA

- 1) Scheller, H.: Handbuch der Inneren Medizin, IV Aufl. V Band, 2 Teil, 85—102. Springer Verlag, 1953.
- 2) Ecker, A. and Perl, Th.: Neurol. Neurosurg. Psychiat., 28, 65, 1965.
- 3) Shealy, C. N., Kauflan, B., Tomaro, A. J.: Neurol. Neurosurg. Psychiat., 29, 560, 1966.
- 4) Penman, J.: Lancet, 1, 760, 1953.
- 5) Heyck, H.: Der Kopfschmerz, Thieme Verlag, Stuttgart., 1964.
- 6) Jelašić, F.: Usmena saopćenje, 1963.

ZUSAMMENFASSUNG

Neuropsychiatrische Abteilung des Allgemeines Krankenhauses, Banja Luka
THERAPIE DER TRIGEMINUS-NEURALGIE
Milan Ferković

Der Verfasser hat in diesem Referat die operative Methoden bei der Behandlung der Trigemineuralgie beschrieben. Es ist die Methode der Alkoholinjektion ins Ganglion Gasseri nach Jelašić eingehend dargestellt, die an der Neuropsychiatrischen Abteilung in Banja Luka angewendet wird.

*Neuopsihijatrijska služba
Medicinskog centra Banja Luka
Načelnik: dr Milan Ferković*

Neophodnost i značaj hitnog zbrinjavanja povreda organa vida

Boško Jovičević

Česti i evidentni propusti u tretiranju očnih povreda kao pri pružanju prve pomoći kao i pri specijalizovanom liječenju, zapaženi su kod nas, a i u mnogim drugim razvijenijim zemljama. Ograničena oftalmološka edukacija ljekara opšte prakse i slabo organizovana specijalizovana hitna oftalmološka služba su osnovni uzroci ovakvom stanju. Zbog toga smo željeli da istaknemo neke najbitnije principe da bi se postiglo bolje razumijevanje za probleme traumatologije organa vida i poboljšala saradnja oftalmologa s ljekarima opšte prakse.

Statistički podaci iz mnogih zemalja, pa i kod nas, govore da je broj očnih povreda u osjetnom i neprekidnom porastu. One se dešavaju pod veoma različitim okolnostima, a među njima dominiraju povrede na radu (metalurgija, hemijska industrija i sl.), u saobraćajnim nezgodama (naročito često od komadića razbijenog stakla pri udaru glavom naprijed), u dječjoj igri i u nedozvoljenom baratanju oštrim oruđima i eksplozivnim predmetima. Radi ilustracije navešćemo da na Odjeljenju za očne bolesti u Banjoj Luci u 1966. godini slučajevi sa traumom organa vida čine 39% svih hospitalizovanih. Ovom broju treba pridati i veliki broj povređenih, koji su ambulantno liječeni zbog toga što su ozljede bile lakše prirode (strana tijela rožnice, lake hemijske ozljede, električna oftalmija i lake kontuzione povrede). U SAD, na primjer, dešava se godišnje 300.000 samo perforativnih povreda.

Za bolje razumijevanje ovog problema i bolju orijentaciju, navešćemo nekoliko značajnijih detalja iz traumatologije organa vida sa akcentom na one povrede, u kojih je postupak ljekara opšte prakse od velikog značaja za krajnji ishod liječenja.

Očna jabučica sa svojim položajem je odlično zaštićena od povreda. Orbitalna šupljina u kojoj je smještena štiti je sa svih strana, naročito sa nazalne strane i gore, dok je dolje i temporalno, a naročito naprijed, znatno više izložena povredama. Pored toga fluidno masno tkivo orbite dozvoljava oku da se povlači unatrag, te se na taj način ublažuju udari. No svi ovi prirodni faktori zaštite nisu često dovoljni, naročito kada je povreda nanesena predmetom manjim od orbitalnog otvora, ili kada je velike jačine.

KONTUZIONE POVREDE OKA: — u ove povrede spadaju edem, hematoma i emfizem kapka, hemoza i sufuzija konjunktive. Na rožnici nastaje erozija, edem i traumatski keratitis. U prednjoj očnoj komori izliv krvi (hyphema). Na irisu nastaje ruptura sfinktera ili iridodijaliza, ili traumatski iritis sa midrijazom. Lens može biti subluksiran ili potpuno luksiran, bilo u staklasto tijelo ili u prednju očnu komoru, što dovodi redovno do sekundarnog glaukoma. Kontuzija može izazvati potpuno zamucenje sočiva (kontuziona katarakta). U staklastom tijelu krvni izlivi (haemophthalmus), kontuzioni sindrom retine i optikusa uz pojavu ruptur horioidne, hemoragija, edema i komocije retine (Berlin). Kod najjačih kontuzionih ozljeda može doći do ablacije retine, avulzije vidnog živca i do ruptur fibrozne kapsule

sa ekspulzijom organoida oka. U ratnim uslovima kontuzione »blast povrede« dovode do veoma teških lezija. Talas pritiska dovodi ili do zatvorene povrede ili otvorene s rupturom fibrozne kapsule, kada sukcionim ili negativnim talas dovodi do prolapsa uvealnog tkiva, a nekada i do potpunog pražnjenja sadržaja očne jabučice, tj. do totalne evisceracije organa.

PERFORATIVNE OZLJEDE: — su one kod kojih je prekinut integritet tunica fibrosa nastale dejstvom oštrog predmeta ili eksplozijom. Pogađaju korneu ili skleru, ili obje zajedno s lezijom dubokih membrana oka (irisa, cilijarnog tijela, lensa i horioretine). One su obično vrlo teške, a naročito one sa zaostalim intraokularnim stranim tijelom, jer su obično praćene obimnim razaranjem očne jabučice. Veliki broj stranih tijela nije moguće izvaditi, tako da dolazi do propadanja oka uslijed hemijskog djelovanja metala (halikoza i sideroza).

OPEKOTINE OKA: — mogu biti: termičke dejstvom plamena ili metala s visokom tačkom topljenja; hemijske: bazama, kiselinama, organskim materijama i solima. Da pobrojimo još na kraju oštećenja oka koja nastaju raznim produktima animalnog porijekla, povrede električnom strujom i infracrvenim, ultravioletnim zracima, iradijacijama, fototraume i povrede izazvane bojnim otrovima.

Sasvim je razumljivo da poznavanje ovako složene i delikatne traumatologije, a naročito zbrinjavanje izlazi iz kompetencije ljekara opšte prakse. No i pored toga, njegova uloga je u mnogim ovim slučajevima od značaja i nekada od neprocjenjive koristi.

Sta može i treba svaki ljekar da učini prilikom povrede organa vida

1. Ukapati u oko 3 x po jednu kap kornekaina u roku od 5 minuta prije pregleda oka, što mora biti provedeno vrlo pažljivo.
2. Umiriti bolesnika i ordinirati sedativa i analgetika.
3. Dati antibiotike, paranteralno i lokalno u vidu kapi (ne masti) da bi se predupredila infekcija, koja uvijek ugrožava oko, jer je očna tečnost odlična podloga za razvoj bakterija, a endo-okularne infekcije su dramatično brže i fatalne.
4. Dati antitetanusni serum, jer je tetanus kod očnih povreda veoma čest.
5. Staviti zavoj na povređeno oko ili još bolje na oba oka, ako je to moguće. Zavoj mora biti lagan i ne smije biti kompresivan. (Kod hemijskih ozljeda stavljanje zavoja na oko je kontraindicirano).
6. Ako je u pitanju hemijska ozljeda, onda treba dugo i izdašno isprati oči običnom tekućom vodom i pod mlazem. Antidote ne treba tražiti, jer je njihovo dejstvo od sekundarnog značaja.

7. Najhitnije uputiti pacijenta kolima hitne pomoći specijalizovanom oftalmološkom centru, pa čak i kod najmanje sumnje da postoji povreda oka.

Politraumatizovane osobe, koje zbrinjavaju druge hirurške discipline, oftalmolog obavezno mora pregledati. Težak šok, značajne organske i koštane lezije, kao i komatozna stanja bolesnika, privlače veću pažnju, te ove mogu da prođu nezapaženo. To se naročito dešava onda kada ne postoje povrede na licu.

Ovo nekoliko elementarnih postupaka je moguće provesti čak i u najskromnijim uslovima rada. Tamo gdje se ovi postupci provode, zabilježena su konstantna poboljšanja rezultata, što predstavlja ili faktor ili konsekvenciju skraćivanja vremenskog intervala do intervencije specijaliste.

Ne treba gubiti vrijeme u traženju i primjeni drugih adekvatnih lijekova i procedura, jer postoji mogućnost da se pogriješi, a njihova aplikacija nema ni izdaleka onakav značaj kao ovi elementarni postupci.

*Šta može i mora da pruži povrijeđenom
specijalizovani oftalmološki centar*

Organizacija: permanentno prisustvo ljekara oftalmologa, kome će stajati na raspoloženju anesteziolog ili anestezičar, koji po potrebi može da bude uvijek pozvan. Operacioni trakt i najvažnije kvalifikovano osoblje mora biti uvijek spremno. s

Oprema: mora biti moderna, a hirurški instrumentarij kompletan. Treba imati uvijek pripravne bulbuse za transplantaciju, kao i liofilizirano staklasto tijelo. Zatim elektromagnet veće snage i mogućnost za brzo otkrivanje i lokalizaciju stranih tijela. Postavljanje kornealnih sutura se najkorektnije može obaviti pomoću operacionog mikroskopa.

Ovako organizovani centar za hitno zbrinjavanje očnih povreda omogućava uspjeh i kod najtežih slučajeva. Hitna obrada je od velike koristi zbog toga što se samo na operacionom stolu može vidjeti tačan bilans lezija na svim membranama oka.

Uloga i značaj permanentne oftalmološke službe ne iscrpljuje se samo u zbrinjavanju povreda. Postoje očna oboljenja koja zahtijevaju najhitnije adekvatno liječenje, pa i hirurško. Neka mogu u toku nekoliko časova dovesti do ireparabilnog smanjenja, pa čak i do trajnog gubitka funkcije organa vida (akutni glaukom, embolije i spazmi centralne arterije retine, hipertenzivni iridocikliti, brutalne afekcije optikusa itd.).

Dvogodišnje iskustvo permanentne oftalmološke službe na Odjeljenju za očne bolesti u Banjoj Luci je bilo veoma pozitivno. Svaki slučaj se zbrinjava odmah po prijemu, bez obzira na čas hospitalizacije. Postignuti rezultati su značajni i kod većine slučajeva je spašena upotrebljiva oštrina vida, a zahvaljujući blagovremenoj hirurškoj intervenciji kod bilateralnih perforativnih i hemijskih ozljeda spašeno je nekoliko lica neminovnog sljepila.

Ovakva organizacija hitne i permanentne oftalmološke službe je pokazala svoju neophodnost i korisnost. Ona mora i dalje da se usavršava i razvija, služeći se najmodernijim operativnim tehnikama i opremom hirurgije, koja se zadnjih godina znatno usavršila i koja se neprekidno usavršava. Nužna je daljnja edukacija zdravstvenog osoblja i naroda u tom smislu, da vrijeme od povrede do hospitalizacije treba što je moguće više skraćivati, jer svaki čas koji prođe predstavlja izgubljeno dragocjeno vrijeme.

L I T E R A T U R A

- 1) Edvard th. S.: The Eye, Ear, Nose and Throat Monthly, 44, 48—50, 1965.
- 2) Panfrique L., Rouer J.: Le Jour de Medic. de Lyon, 1022, 1933, 1962.
- 3) Jovićević B., Pišteljić A., Muftić E., Smoljanović B., Kuštrić S.: Scripta medica, 2, 17, 1966.

RESUMÉ

Centre Medicale de Banja Luka
Service d'ophtalmologie

NECESSITÉ ET IMPORTANCE D'UN TRAITEMENT PRÉCOCE ET
URGENT DES BLESSURES OCULAIRES

Boško Jovičević

Après un bref exposé sur la traumatologie oculaire l'auteur donne quelques instructions élémentaires pour les premiers soins du blessé qui peut secourir chaque médecin.

On souligne qu'il est absolument nécessaire après les premiers soins d'envoyer immédiatement et de toute urgence chaque blessure oculaire dans un centre ophtalmologique spécialisée.

Dans la région du Bosanska Krajina nécessité d'un service d'urgence est confirmé de très bonnes expériences pendant deux dernières années au service d'ophtalmologie de Banja Luka.

*Medicinski centar, Banja Luka
Oftalmološka služba
Načelnik: dr Boško Jovičević*

Savremena rehabilitacija

Ivan Polak i Mira Bela

Rehabilitacija kao medicinska disciplina bila je poznata i u drevnoj medicini.

U Kini je poznata prije nove ere. Stari Rimljani grade u svojim kućama solarije koji im služe u terapeutske svrhe. Galen upotrebljava kineziterapiju kao metodu liječenja. U Hipokratovim djelima opisane su kontrakture i deformiteti za koje preporučuje vježbe da se izbjegne atrofija mišića. Caelius Aurelianus 200 god. prije n. ere služi se pored gimnastike i aparatima.

U Francuskoj (XVIII vijek) razvijaju se prvi zavodi za invalide i obrađuju problemi ortopedije (Dessault, Dupuytren Ombredanne, Mattieu). U to vrijeme Ling inaugurira u Švedskoj aktivan pokret kao način liječenja i time oponira pristashaama pasivnog liječenja. Međutim, Francuzi Pravaz i Delpech povezuju švedsku gimnastiku s medikomehaničkim liječenjem. Iz toga se kasnije razvija specijalna medicinska gimnastika kao konzervativna forma liječenja lokomotornog aparata.

U Italiji 1891. g. Rizzoli osniva u samostanu St. Michell zavod u kojem liječi bogalje. Danas je to poznati zavod za ortopediju i rehabilitaciju.

U toku I svjetskog rata u Engleskoj, Francuskoj i Americi razvijaju se pojedini rehabilitacioni centri. Međutim, ne dolazi do šire primjene fizikalnih metoda. Indolentnost prema rehabilitaciji u I svjetskom ratu dovela je do nepotpunog liječenja veliki broj povrijeđenih. Poučen tim iskustvom čitav niz hirurga kao npr. Watson—Jones u Engleskoj, Böhlner, Magnus i dr. u Njemačkoj stavljaju rehabilitaciju na mjesto koje joj u medicini pripada. U toku II svjetskog rata, a naročito poslije osnivaju se rehabilitacioni centri, kao i bolnice za funkcionalno liječenje velikog broja invalida.

U današnjem vremenu tehnike i dinamike svakodnevnog života češće se javljaju oboljenja koja dovode do invalidnosti, a uzroci su raznovrsni:

1. povrede na poslu, saobraćajne nesreće, povrede kod kuće,
2. degenerativna i upalna oboljenja,
3. neurološka oboljenja,
4. kongenitalne malformacije,
5. oboljenja razne etiologije koje ostavljaju djelimičan ili trajan invaliditet.

Rehabilitacija zasnovana na savremenim koncepcijama služi se dostignućima u medicini, tehnici i društvenim naukama s ciljem da onesposobljenoga osposobi do maksimuma, ne samo u medicinskom nego u ekonomsko-socijalnom smislu.

Rehabilitacija je kontinuiran proces, ali radi preglednosti možemo je podijeliti u:

- a) medicinsku rehabilitaciju,
- b) socijalnu rehabilitaciju,
- c) psihološku rehabilitaciju.

Medicinska rehabilitacija ima za cilj da invalidno lice osposobi u tolikoj mjeri da ono može zadovoljiti svoje potrebe i da postane neovisno o tuđoj pomoći, omogućava bržem vraćanju oboljelog ili povrijeđenog u aktivan život, porodicu i na radno mjesto.

U medicinskoj rehabilitaciji služimo se raznim procedurama koje predstavljaju doziranu fizičku aktivnost i savremene metode liječenja.

Osnovni metodi liječenja

a) Kineziterapija

Rehabilitacija počinje odmah po povredi ili oboljenju i izvada se simultano s ostalim liječenjem bilo operativnim ili konzervativnim.

Cilj je kineziterapije u prvoj fazi da tonizira organizam, pojačava opći metabolizam, djeluje na kardiopulmonalni sistem u smislu poboljšanja opšte cirkulacije. U drugoj fazi kineziterapija ima lokalni učinak. Sprečava inaktivnost muskulature, poboljšava cirkulaciju oboljelog ekstremiteta, dolazi do bolje drenaže metaboliteta i nutritivne. Naime, aktivna kontrakcija neuro-muskularnog aparata je jedini fiziološki impuls koji do vodi do regeneracije lokomotornog aparata.

b) Hidroterapija

Voda služi kao sredstvo koje olakšava izvođenje pokreta ako se izvode u laganom ritmu. Voda može poslužiti kao sredstvo otpora ako pokrete izvodimo u bržem ritmu. Daljnje dejstvo tople vode je termičko, analgetičko, poboljšava cirkulaciju i omogućava veću amplitudu pokreta.

c) Elektroterapija

U elektroterapiji služimo se faradskom, galvanskom, naizmjeničnom i visokofrekventnom strujom. Dejstvo raznih struja i raznih aparata u vezi s tim je veoma široko i djeluje analgetički, termički, mehanički, nadražajno, regenerativno, zavisno od vrste struje i aparata koji se primjenjuju.

d) Parafin terapija

Parafin djeluje termički, analgetički, pospješuje cirkulaciju, razmekšava indurirana tkiva. Primjenjuje se u vidu obloga.

e) Masaža

Služi za poboljšanje cirkulacije za relaksaciju mišića zavisno koja se vrsta masaže primjenjuje.

f) Škola hodanja

Predstavlja oblik osposobljavanja kroz koji se invalidi priučavaju na pravilan hod sa i bez pomagala.

g) Sportska rekreacija

Usmjerena je na podsticanje pravilnog fizičkog razvoja i rekreacije što je potrebno svakom invalidu. Sportska aktivnost invalida usko je vezana za saradnju ljekara i fizioterapeuta, koji svojim stručnim savjetima omogućuju da se invalid bavi sportom adekvatnim stepenu i vrsti njegova invaliditeta,

h) Radna terapija

Radna je terapija nadopuna fizioterapeutskom tretmanu. Može biti i okupaciona i funkcionalna. To je vrlo važna terapeutska koncepcija koja angažira i okupira bolesnika i uspostavlja normalne psihosomatske odnose. Pod djelovanjem radne terapije uspostavlja se blagotvorni uticaj centralnog nervnog sistema, što se očituje jačanjem fizičke snage, što opet dovodi do stimuliranja čitavog obrambenog sistema organizma.

Socijalna rehabilitacija je široka djelatnost koja dopunjuje i pomaže medicinski rad u cilju što kompleksnije rehabilitacije. Sastoji se u ispitivanju, proučavanju i rješavanju svih elemenata socijalne i lične prirode koji utiču na oboljele i usporavaju proces rehabilitacije.

Psihološka rehabilitacija ispituje psihičke sposobnosti i osobine ličnosti. Vrší psihoterapiju.

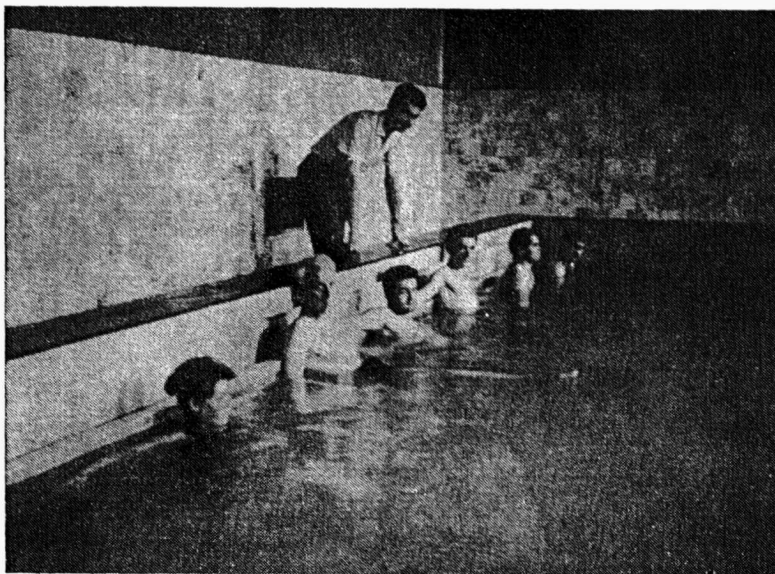
Ortopedska i reparatorna hirurgija zauzima vidno mjesto u kompleksnoj rehabilitaciji. Naime, kod mnogih oboljenja i lokomotornog aparata tek hirurškom intervencijom omogućujemo vraćanje funkcije, odnosno da fizikalne metode dođu do izražaja.

Tehnička ortopedska sredstva imaju u rehabilitaciji veliki značaj, što invalidu nadomještamo dijelove tijela, odnosno poboljšavamo funkciju lokomotornog aparata čime dovađamo medicinsku rehabilitaciju u završnu fazu.

Razvitkom rehabilitacije javlja se nova specijalnost. Tako je danas specijalista za rehabilitaciju, uz ortopeda i traumatologa, centralni stručnjak u provođenju rehabilitacionog tretmana.

Imajući u vidu kompleksnost rehabilitacije, rad se mora odvijati timski, u kojem osim ljekara sudjeluju i drugi stručnjaci.

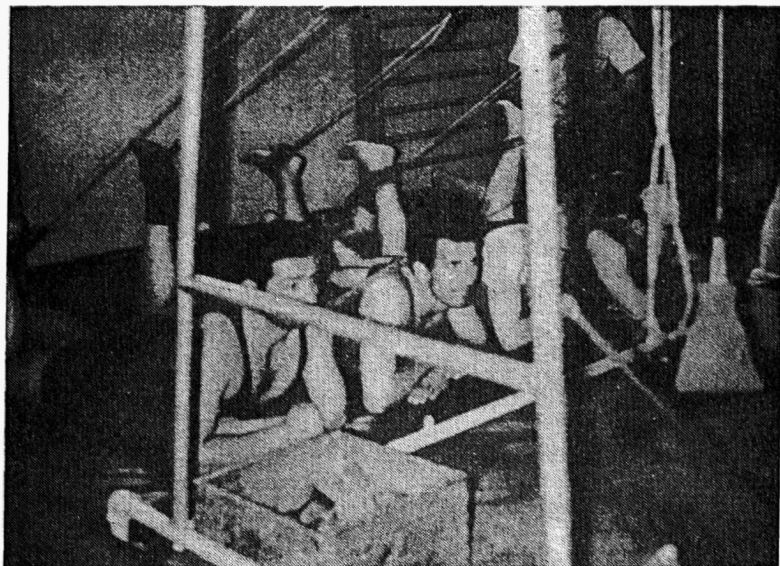
Većina medicinskih disciplina treba da bude zainteresirana za saradnju s rehabilitacijom, jer uspjesi kod mnogih oboljenja, iako su liječeni na savremen način, neće biti potpuni ako se na primarno liječenje ne nadoveže i rehabilitacioni tretman.



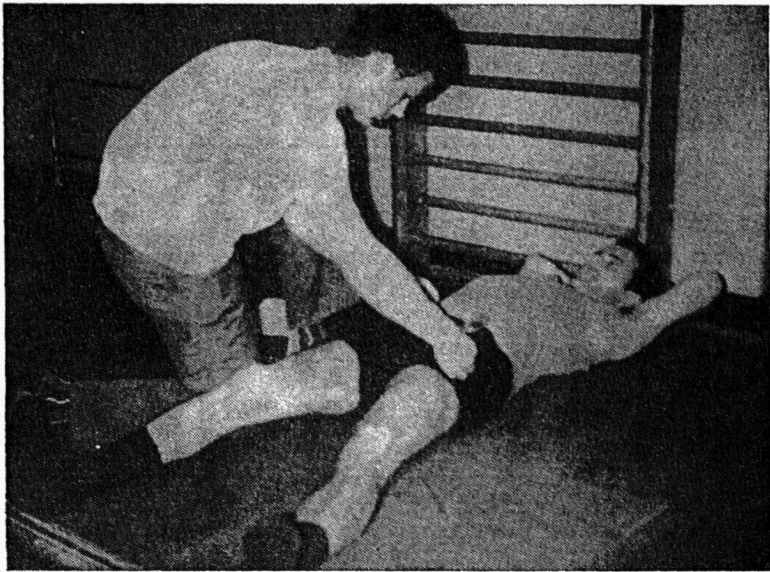
Sl. 1. Tretman koljena u bazenu.



Sl. 2 Tretman koljena u sali fizioterapije.



Sl. 3. Vježbe sa progresivnim opterećenjem za jačanje natkoljениčne muskulature.



Sl. 4. Mjerenje obima pokretljivosti kuka.

Zaključak

Rehabilitacija je kroz istoriju bila u medicini prisutna kao terapijska grana. Poslije II svjetskog rata dobiva naučni temelj i služi se medicinom, tehnikom i društvenim naukama. Kompleksnim načinom liječenja, osposobljava invalide za svakodnevne životne aktivnosti i ima ne samo humani nego i ekonomsko-društveni značaj.

ZUSAMMENFASSUNG

Anstalt für medizinische Rehabilitation, Banja Luka

DIE OMDERNE REHABILITATION

Ivan Polak und Mira Bela

Die Rehabilitation war durch die Geschichte der Medizin als therapeutischer Zweig anwesend.

Nach dem Zweiten Weltkrieg bekommt sie einen wissenschaftlichen Grund und bedient sich mit der Medizin, der Technik und gesellschaftlichen Wissenschaften. Durch komplexe Weise der Heilung macht die Invaliden für alltägliches Leben fähig und aktiv, hat nicht nur die humane sondern auch gesellschaftlich wirtschaftliche Bedeutung.

*Zavod za medicinsku rehabilitaciju
u Banjoj Luci
Načelnik: dr Ivan Polak*

Ulkusna bolest kao kirurški problem

(I. dio: Savremeni problemi)

Frane Stancić i Krsto Džepina

Ulkus želuca i duodeuma je ograničen, destruktivan i progresivan proces. Lokaliziran je na sluznici i submukozi, koji kasnije u svojoj evoluciji može prodrijeti i u dublje slojeve stijenke.

Erosio ili ulcus simplex — defekt ne prelazi muscularis mucosae. Veličina i oblik su različiti. Redovito su ovakve erozije mnogobrojnije.

Ulcus rotundum acutum — okrugli ili malo ovalni defekt sluznice, veliki 10—15 mm. U većini slučajeva radi se o multiplim lezijama koje obično ne prelaze granicu submukoze.

Ulcus rotundum chronicum — veći ovakovi ulkusi su eliptični, izduženi, uglasti, poligonalni a rijetko i cirkularni. Javlja ju se pojedinačno, a samo u 10% slučajeva su multipli. Prodire u muskularis i submukozu, pri tome zahvaća i peritoneum i prirasta za okolinu.

Ulcus calosum — je poseban oblik kroničnih ulkusa, velikih uzdignutih rubova, vrlo čvrstih, obično nepravilnog oblika. Okolina čira ima radijarne rubove, a dno je glatko i ne rijetko se vidi struktura organa u koji je prodro.

Ulcus duodeni — karakteristike ovog čira su morfološki iste kao i čira na želucu. Mnogo su manje sklone cikatrizaciji od želučanih. Najčešće su solitarni 73%, a u kombinaciji sa želučanim ulkusom 22% (14). Mogući su u svakoj životnoj dobi, a poznati su i kod novorođenčeta, pa se događaju i perforacije u ovoj dobi.

Ulcus pepticum jejuni je vrijed koja nastaje na stomi i distalno od nje. Češće se javlja kod duodenalnih ulkusa nego kod želučanih, i gotovo uvijek kod muškaraca, a učestalost mu je različita. Otpornost sluznice jejunuma na djelovanje kiseline opada proporcionalno sa udaljenosti od duodenuma.

Lokalizacija

Najčešća je lokalizacija želučanog ulkusa na maloj krivini i u najbližem susjedstvu, a dvanaestopalačnog ulkusa u neposrednoj blizini pilorasa. Kod ove lokalizacije je često puta teško odrediti da li ulkus pripada želucu ili duodenumu. Prema R. A. Mooreu odnos je 3:2 u korist želučanih, Marković, Perčić 178:201, Stewart 2,23%:3,83%, Hinton i Chardach 89%:11%. U kliničkom smislu znatno je češći čir dvanaesterca nego želuca i to u odnosu 2—3:1⁽³⁾. Magnus smatra da se ulkus dvanaestopalačnog crijeva javlja u oko 10% svih osoba. Taj broj u raznim statistikama znatno varira, (od 2,5%—18%). U statistikama nakon I svjetskog rata mnogo je manji broj oboljenja nego u toku i nakon II svjetskog rata. Učestalost u žena se povećala, tako da je taj omjer 3:1⁽²⁾, 88%:11%⁽¹⁸⁾. Fischer i suradnici iz Mayo klinike našli su da 0,1% pacijenata s duodenalnim čirom ima i karcinom želuca. Eusteman i Balfour su na svojoj statistici našli 1% pacijenata s duodenalnim ulkusom koji uz to imaju i benigni ulkus želuca.⁽²⁾

Gotovo 90% svih želučanih ulkusa nalazi se na maloj krivini, u predjelu incizure ili više antralno prema kardiji.⁽¹⁾

Etiologija

Etiologija i patogeneza ulkusa je još uvijek u fazi eksperimentalnih izučavanja. Smatra se da su u nastanku ulkusa osnovna dva faktora: jedan izaziva akutno oštećenje sluznice, a drugi smeta cijeljenju defekta. Kao osnovni uzroci ulkusne bolesti navode se hormonalni disbalans, upala, posljedica općeg stresa, način ishrane i mehanički momenat. Infekcija pogoduje stvaranju, ako ne da i direktno izaziva ulkusnu bolest. (2) Dugotrajna hepatična insuficijencija također igra ulogu u stvaranju ulkusne bolesti. Dragsteedt tvrdi da je duodenalni ulkus posljedica neurogene hipersekrecije želučane kiseline, a želučani ulkus hormonalne faze hipersekrecije. Ova teorija zapostavlja činjenicu da preko 50% želučanih ulkusa ima hipersekreciju. Vasant i suradnici, kao i mnogi drugi autori, dokazuju da se u većini slučajeva želučanog ulkusa producira manje kiseline na podražaj hranom nego u normalnih osoba. (16)

Gaetano Zamitti Mammana (7) tvrdi da postoje tri grupe faktora odgovornih za nastajanje ulkusne bolesti.

1. — Alergični fenomeni i vago-simpatički desekvilibrij koji pripadaju reakciji upale senzibilizirane sluznice, a pojavljuju se u zoni ishemije.

2. — Favorizirajući faktori su spazam antralnog sfinktera, pilorusa i sfinktera Ochsner, te retrakcija vlakana malog omen tuma koja spriječava prolaz hrane gastroduodenalnim tokom.

3. — Otežavajući faktori su staza u gastroduodenumu koji omogućuje prolongirano djelovanje digestivnog sadržaja na inflamiranu i ishemičnu sluznicu.

Ovim faktorima treba pridodati manje bogatu vaskularizaciju i rijetke anastomoze na stražnjoj stijenci mediobulbusa, što uslovljava veću incidenciju ulkusa na ovom području.

Fiziologija

Želudac se nalazi visoko na listi organa koji kirurg često atakira. I čovjek i životinja mogu živjeti bez želuca. Fiziološke promjene koje slijede nakon operacije ipak su toliko ekstenzivne da mogu ugroziti opće zdravstveno stanje. Ponekad su mnogo opasnije posljedice operacije nego osnovna bolest. Zbog toga poznavanje fiziologije želuca mora da je osnov odluke o vremenu operacije, opsežnosti i vrsti operacije kao i prevencije i tretiranja posljedica operativnog zahvata.

Ne postoji standardna terminologija podjele želuca.

Želudac je podijeljen svega na dva dijela: a) fundus, b) pilorus. Po ovoj podjeli na fundus otpada 85% a na pilorus svega 15% sluznice. Antrum se najbolje definira kao distalni dio želuca koji izlučuje gastrin, a u opsegu varira u velikim omjerima. Kod duodenalnog ulkusa on je neuporedivo veći nego kod želučanog ulkusa, dok je kod kombiniranih duodenalno-želučanih ulkusa njegova veličina negdje na sredini. Prema drugim autorima antralna mukoza zauzima 43,7% — 56,3% male krivine, a 15—16% velike krivine. (12) Oi i suradnici tvrde da sluznica antruma doseže do kardije u 10% slučajeva. Dean i Mason nalaze histološki sluznicu antruma 9 cm od pilorusa na maloj krivini, 7 cm na velikoj krivini. Fundusni dio želuca karakteriziran je relativno tankim muskularisom i mukozom sastavljenom od pravih gastričnih žlijezda, dok je pilorični dio sastavljen od debljeg muskularisa i mukoze koja sadrži jedino žlijezde za sekreciju mukusa,

Johnson (16) ovako klasificira ulkuse prema lokalizaciji:
 1. — Tip: čir korpusa želuca bez promjena na prepilorusu, pilorusu ili duodenumu. Krvarenja iz ovog ulkusa su rijetka i ovaj tip ulkusa ima dobru prognozu što se tiče sanacije (medikamentozno).

Tip 1a — U toku zahvata i eksploracije mogu se naći promjene u smislu lezije sluznice ili ožiljka i na drugim dijelovima.

2. — Tip: čir korpusa želuca kombiniran sa čirom ili ožiljkom na duodenumu ili pilorusu. Želučani čir je vjerojatno sekundaran. Ovi čirevi imaju lošu prognozu jer su obično jako rezistentni na konzervativnu terapiju i imaju tendenciju krvarenja.

3. — Tip: čir koji leži neposredno uz pilorus. Lezije na ovom mestu kombinirane s duodenalnim ulkusom ili s ulkusom tip 2 proksimalno od ovoga, klasificiraju se kao tip 3. Ovaj tip ulkusa se obično opisuje kao ulkus desnog ugla želuca (donja tačka male krivine).

Učestalost je slijedeća: tip 1 57%, tip 2 do 22%, tip 3 do 20%.

Svi peptički ulkusi nisu jednaki, a u zadnje se vrijeme želučani i duodenalni ulkusi promatraju kao zasebne — različite bolesti sa moguće diferentnom patogeneozom. Rezultati studija zahtijevaju da se klasifikacija ulkusa postavi na fiziološku osnovu, a ne na osnovu lokalizacije. Želučani ulkusi u kombinaciji s duodenalnim ili onim neposredno uz pilorus trebaju biti klasificirani kao ulkusi s hipersekrecijom, odnosno kao duodenalni ulkusi, a ulkusi korpusa želuca bez promjena na duodenumu kao ulkusi s hiposekrecijom. Oni predstavljaju posebno oboljenje s različitom patogeneozom i hereditarnom predispozicijom. Prema Johnsonu je u tipu 1 predominantna krvna grupa A, a u tipu 2 grupa O.

Funkcija želuca

1. — *Motorna funkcija* — to je peristaltika sa stvaranjem bolusa i pritiskom od 4 cm vode, u duodenumu od 1—2 cm. Kad bolus stigne do pilorusa, sfinkter se stisne, pritisak se poveća na 15—40 cm vode i tako forsira prolaz hrane kroz pilorični sfinkter u bulbos.

2. — *Sekretorna funkcija* želučane sluznice dijeli se na: a) interdigestivnu sekreciju HCL i b) digestivnu sekreciju.

Interdigestivna sekrecija je obično fazična, pa promatrajući normalnu osobu, može se naći i period do 15, minuta bez sekrecije. To je sekrecija u mirovanju.

Digestivna sekrecija se može podijeliti u tri faze: α) cefaličnu, β) gastričnu i γ) intestinalnu, — već prema tome na kom nivou se nalazi izvor stimulacije. Cefalična sekrecija je posredovana vagusom, gastrična gastrinom, dok mehanizam intestinalne sekrecije nije potpuno poznat (najvjerojatnije sadržaj gornjeg dijela tankog crijeva: visina proteina, masti, aciditet, vagovagalni refleks, hipertonična otopina itd.).

FIZIOLOŠKI PRINCIPI KIRURSKOG TRETMANA

A) Duodenalni ulkus

Acido-pepsin je neophodan za nastajanje i održavanje ulkusa. Najveća korist od tretiranja duodenalnog ulkusa je reduciranje sekrecije acido-pepsina na nivo niži od onog koji izaziva i održava ulkusnu bolest. Dva su osnovna puta za redukciju sekrecije:

1) Odstranjenje žlijezda koje secerniraju acido-pepsin. Prema ranije prikazanom 85% mukoze želuca producira acido-

-pepsin, a 15% mukoze producira alkalni sok koji sadrži mukus. Nikada se nije moglo dokazati niti na životinjama, niti na ljudima kojima je odstranjena sluznica fundusnog dijela, da su dobili peptički ulkus (4). To je bila osnova za traženje rješenja ulkusne bolesti u odstranjenju sluznice želuca, ali u tolikom opsegu da ne izazove neugodne posljedice. Tako se došlo do rješenja da 2/3 ili 3/4 resekcija želuca po metodi Billroth I daje bolje rezultate i više odgovara fiziološkim zahtjevima od Billroth II. Međutim, ova se resekcija radi u principu rutinski, ne vodeći računa o anatomskim varijacijama (12, 14). U zadnje vrijeme se čuje sve više glasova o potrebi određivanja visine sluznice antruma intra-operacionem (kemijskim sredstvima) i u skladu s tim treba da se odredi linija resekcije.

2) Suzbijanje stimulatornih faktora sekrecije acido-pepsina:

a) Resekcija piloričnog dijela želuca

Potpunu resekciju pilorusa s malim dijelom korpusa želuca prati velika učestalost recidiva. S druge strane, kod isključne resekcije po Finstereru, gdje je samo sluznica pilorusa isključena iz alimentarnog puta, recidivi su bili veoma česti, osim kada je skoro cijela stijenka želuca resecirana. Dakle, resekcija sa odstranjenjem pilorusa nije bila dovoljna da isključi pojavu recidiva ulkusa, a isključna resekcija stimulira pilorus na produkciju gastrina, koji opet sa svoje strane stimulira sluznicu želuca na pojačano stvaranje acido-pepsina. Produkcija gastrina je smanjena samo u onim slučajevima kada stijenk u oplakuje kiselina (4).

b) Mehanizam lučenja gastrina

Sluznica pilorusa luči gastrin kao odgovor na lokalne stimulanse: distenzija pilorusa, kemijski utjecaj hrane u kontaktu sa sluznicom pilorusa, u vodi topivi sastojci mesa (aminokiseline, polipeptidi, alkohol) i unutrašnja neurogena stimulacija. U odsutnosti stimulansa nema spontane produkcije gastrina. Gastrin djeluje na žlijezde fundusa stimulirajući sekreciju HCL-a. Lokalna analgezija sluznice, ganglioblokatori i atropin, lokalno ili opće spriječavaju reagiranje pilorusa na stimulanse, dok acetilholin podražuje sluznicu pilorusa na sekreciju gastrina.

c) Vagotomija

Dobro su poznati Pavlovljevi »uslovljeni refleksi«. Mnogi autori misle da emocionalna stanja nisu u vezi sa uzimanjem hrane, barem ne isključivo, nego da i gladovanje može aktivirati vagalne reflekse (4). Drugi stimulanse vagalne aktivacije sekrecije želuca je hipoglikemija. Značajna hipoglikemija (20—40 mg%) je izraziti stimulanse gastrične sekrecije kiseline, pepsina, mukusa i ovisan je od integriteta vagalne inervacije želuca. Ova je činjenica uzeta kao osnova ocjene vrijednosti, testiranja vagotomije. Snaga reakcije je ovisna o količini vagusnih fibrila. Jedino obostrana vagotomija znatnije smanjuje reakciju na podražaj. Umanjenje sekrecije nije proporcionalno umanjenju broja reseciranih fibrila. Nameće se zaključak da je svaki postganglionarni neuron u stanju da bude aktiviran od različitog broja preganglionarnih fibrila. Prema tome, vagotomija mora biti kompletna ili skoro kompletna da bi izazvala dovoljnu redukciju kiselne sekrecije i da bi spriječila recidiviranje ulkusa.

Vagotomija reducira kiselu sekreciju na dva načina. Prvo, eliminira dio sekrecije izazvane stimulacijom vagusa. Drugo, smanjuje sposobnost reagiranja želučanih žlijezda na sve ostale podražaje sposobne da izazovu produkciju kiseline.

Utjecaj vagotomije na motilitet želuca je snažan. Pražnjenje želuca nakon obroka je uvijek otežano i postoji diskretna tendencija restauracije motiliteta želuca. Najvjerojatnije je da uzrok leži u smanjenju kontraktilne snage želučane stijenke.

Mehanizam stimulacije vagusa na sekreciju želuca očituje se u impulsima na želučanu sekreciju kiseline, pepsina, mukusa. Svi ovi faktori su holinergički i mogu se potstaci davanjem parasimpatikomimetičkih droga. Pepsin i mukus rezultiraju iz direktnog djelovanja acetilholina na postganglionarne, neuroglandularne spojeve pod uticajem vagusa.

Butler i suradnici daju slijedeće norme za kirurški tretman duodenalnog ulkusa:

1. dovoljan bataljak želuca da prima srednje veliki obrok bez postprandijalnih smetnji,
2. osnova za maksimalnu apsorpciju je čuvanje kontinuiteta duodenuma,
3. da su što manji recidivi i posprandijalne smetnje,
4. da se čuvaju duodenalni inhibični mehanizmi, barem u jednom dijelu, i
5. mali dio antralne sluznice je dovoljan da održi hormonalnu fazu sekrecije. (12)

U novije vrijeme sve je više glasova za kombinirane operativne zahvate: antrektomija — vagotomija, vagotomija — piloroplastika, odnosno u svakom slučaju ako se ostavlja sluznica antruma, ovaj mora biti denerviran, mora ostati u struji hrane i biti slobodan od staze (12, 13).

Zamitti Mammana na osnovu svoje pretpostavke uvodi novi zahvat oslobađajući na granici duodenuma omentum minus i time upalnim fibrama fiksirani omentum (kao reakcija na epiploitis) i odstranjuje samo sluznicu antruma, a restaurira kontinuitet sluznice želuca i duodenuma. Vjeruje da je upalom promijenjeni i fibrozirani omentum uzrok boli, kao i distenzija živčanih vlakana u tom području, a ne djelovanje kiseline na defekt sluznice. Ovom operacijom se ne dira integritet piloričnog sfinktera i uklanja se mogućnost nastajanja dumping sindroma, a izbjegavaju se i ostale negativne posljedice gastrektomije.

B. Želučani ulkus

Za razliku od duodenalnih, želučane ulkuse ne prati hipersekrecija kiseline. Sama ekscizija ulkusa ima manju tendenciju recidiva nego kod duodenalnog. Suptotalna resekcija, uključujući i ulkus, samo iznimno dovodi do recidiva. Resekcija samo distalne partije želuca obično dovodi do sanacije benignog peptičkog ulkusa želuca koji leži proksimalno od mjesta resekcije. Na toj bazi je stvoren Madelenerov tip resekcije. Međutim, ahlorhidrija, koja nastaje u preostalom dijelu želuca, diskreditira ovakvu proceduru. Kako i nakon resekcije vagusa zbog duodenalnog ulkusa može nastati ulcus ventriculi, onda je to logično za ventrikularni ulkus. Još više se tome nadamo kada znamo da je prolaz hrane otežan nakon vagotomije.

POSTRESEKCIONE BOLESTI

A. Dumping syndrom

Skoro u svih pacijenata sa resekcijom želuca i s gastroenteroanastomozom mogu se primijetiti simptomi ubranog prolaza, odnosno pražnjenja hrane, koje možemo svesti pod isti naziv »dumping syndrom«. Prisutan je osjećaj punoće u epigastriju, pritiska, rjeđe bol, nagon na povraćanje, znojenje, slabost, palpitacije i osjećaj topline. Rjeđe mogu biti prisutne parestezije ekstremiteta, povraćanje, a u krajnje ozbiljnim slučajevima i sinkopa. Sindrom se javlja za vrijeme ili neposredno nakon obroka, duže traje nakon obilnog obroka šećera, a ležeći položaj olakšava stanje. Prateći objektivni simptom za vrijeme napada

je tahikardija, srednje povećanje tlaka, a u EKG-u se nalaze promjene u smislu depresije T vala i RS-T segmenta. Vremenom sindrom gubi na intenzitetu.

Autorima je uspjelo da izazovu ovaj sindrom hipertoničkom otopinom glukoze, dok se hipertoničkim otopinama: NaCl, Na sulfata, Mg sulfata, kazein hidrolizata i saharoze može izazvati samo urijetkim slučajevima (4). Direktno uvođenje hipertoničkih otopina u jejunum može izazvati u normalnih osoba dumping sindrom. Veliki osmotski pritisak navlači tekućinu iz intersticijalnih prostora kroz stijenku crijeva i tako naglo povećava volumen u crijevima, pa se pojava dumping sindroma tumači posljedicom distenzije stijenke crijeva. Međutim, pokus rađen pritiskom pomoću balona u zdravih osoba dovodi ozbiljno u pitanje ovu teoriju jer je ovdje efekat izostao (4). Drugo jedno mišljenje daje odlučujuću ulogu osmotskom pritisku i konsekutivno tome umanjenju volumena plazme. Prema trećem mišljenju jednaku ulogu ima i nagla pasaža sa regurgitacijom i antiperistaltikom, kao i naglo pražnjenje želuca.

Dokazano je da sfinkter pilorusa svojim toničkim kontrakcijama nema ulogu ventila, nego on pravi fizičke kontrakcije koordinirane s peristaltičkim valovima želuca. Svaki zahvat, koji eliminira ili ledira sfinkter, uzrokuje smanjenje želuca kao rezervoar hrane.

B. Pojačani gubitak hrane stolicom

Bolesnici nakon resekcije u visokom procentu (totalne ili suptotalne) gube bjelančevine i masti. Steatoreja je posljedica insuficijencije pankreasa i nalazi se i kod sprue. Ekscesivni gubitak bjelančevina nastaje samo kod 1/3 pacijenata sa steatorejom.

Faktori koji izazivaju ovaj poremećaj:

1. — Gubitak digestivne funkcije želuca. Međutim, malo je vjerojatno da je to osnovni momenat, jer pacijenti sa gastričkom ahilijom ne gube više bjelančevina i masti.

2. — Gubitak funkcije »rezervoara«. Nedostatak zadržavanja hrane i njene disperzije u želucu, pa onda postepenog pražnjenja, je sigurno daleko veći uzrok.

3. — Smanjenje stimulacije pankreasa i žuči igra sigurno značajnu ulogu na sekreciju:

a) Smanjenje kiseline smanjuje stimulaciju za lučenje sekretina i pankreozimina.

b) Koncentracija sekretina i pankreozimina opada proporcionalno udaljenosti od sfinktera pilorusa i stimulacija hranom je daleko manja što je veća udaljenost od duodenuma. Zbog toga pacijenti nakon resekcije po metodi Billroth I gube hranu manje nego oni sa Billroth II, iako je u oba slučaja reagovanje pankreasa jednako.

c) Smanjeno vrijeme ekspozicije gornjeg dijela crijeva kimusu je važan faktor u intenzitetu reagiranja pankreasa na obrok.

d) Razlika u udaljenosti ulaska hrane u jejunum, i pankreasnih i žučnih sokova s druge strane, uvjetuje da se jedan dio sokova na putu reapsorbira prije nego što se pomiješa s kimusom.

4. — Pojačano pražnjenje želuca uvjetuje i ubrzanje pasaže kroz proksimalni dio crijeva, što može biti odlučujuće za slabiju apsorpciju.

B. Gubitak na težini

Primarni uzrok gubitka težine je redukcija u uzimanju hrane. Ovo je rezultat voljnog smanjenja obroka po broju i količini zbog nelagodnosti, osjećaja punoće ili damping sindroma. Međutim, volumetrijski momenat nije jedini faktor. Brzina prolaza hrane kroz gornje partije tankog crijeva je drugi faktor. Adaptacija proksimalnih crijeva nije uvijek jednaka. Kod mnogih pacijenata ovaj dio crijeva jako brzo postaje pravi rezervoar za hranu, uključujući količinu hrane i mogućnost zadržavanja kao i postepene disocijacije.

D. Anemija

Nakon totalne gastrektomije izgubljena je sposobnost resorpcije B₁₂ vitamina. Za ovo je odgovoran nedostatak intrinzičnog faktora, koji nestaje sa žlijezdama fundusa. Ako se preventivno daje B₁₂, makrocitna anemija neće nastati. Hipohromna anemija nastaje u manjoj mjeri i češća je kod žena. Pretpostavlja se da HCL želuca olakšava i favorizira redukciju feru u feru spojeve željeza.

E. Hipoglikemija

Mnogi pacijenti nakon resekcije ili gastroenteroanastomoze imaju patološki glukoza-inzulin test. Ta se abnormalnost sastoji u visokom nivou šećera u prvom satu od peroralne aplikacije i u abnormalno visokom nivou u drugom i trećem satu. I glukoza tolerans test ne pokazuje deprivacije, pa se pretpostavlja da je uzrok u naglom pražnjenju želuca. Ovaj se efekat može postići i pri direktnom davanju glukoze intrajejunalno kod zdravih osoba. (4) Vjerovati je da portalna hiperglikemija može izazvati period refrakternosti na glikogenolitičku stimulaciju epinefrina i hipoglikemije.

KOMPLIKACIJE

Perforacija

Oko 10% svih ulkusa perforira. (1) Prema nekima ta brojka iznosi i 15%. (6) Odnos muškaraca prema ženama je u ogromnoj većini u korist muškaraca, 4:1 pa čak i 25:1, (1) 98% (6).

Obično se smatra da svega oko 25% pacijenata sa perforacijom ima simptome ulkusne bolesti prije perforacije. No, ako se uzme opširna anamneza, onda ćemo naći da skoro svi pacijenti imaju smetnje koje bi mogle upućivati na ulkus. (9)

Šta da se radi? Najstarija metoda tretiranja perforiranih ulkusa je metoda trajne sukcije po Tayloru. Međutim, ako i ne zahvatamo kod perforacije operacijom jer dolazi do privremenog zaliječenja, onda ćemo često morati zahvatati naknadno zbog posljedica perforacije, odnosno izljeva u trbušnu šupljinu, peritonitisa, adhezija, zbog recidiva ili pak krvarenja. Danas ovu metodu rezerviramo samo za zakašnjele, moribundne pacijente. Mortalitet se kod ove grupe kreće oko 8%. (8, 17)

Suture. Ova metoda je, prema nekima, metoda izbora, (9) i oko 40% pacijenata nema više nikakvih naknadnih smetnji (14). Ovo se pogotovo odnosi na pacijente u kojih je učinjena ekscizija ulkusa sa suturama. Po nekim autorima 75% pacijenata ne izbjegava ponovni operativni zahvat (6). Kod drugih su recidivi i krvarenja unutar 5 godina 10—17% (6, 14).

Ova metoda liječenja svakako ima svoje indikacije, pogotovo ako se radi o starijim perforacijama, došlim nakon 24 sata i dekrepidnim pacijentima. Citiramo: »Ako niste vični gastričnoj kirurgiji, učiniti ono što je minimum.« (8)

Mortalitet u ovoj grupi zahvata kreće se od: 23,2% do 42%. (14, 18) Međutim, treba reći da su sve statistike relativne, jer materijal na kome su rađene nije jednoobrazan. Tako treba diferencirati pacijente koji su došli unutar prvih 6—12 ili poslije 24 sata, stanje opće fizičke kondicije i godine života, pa se mortalitet kreće od 9% kod pacijenata prispjelih na kirurške odjele unutar prvih 6 sati, do 42% onih pacijenata koji su došli 30 i više sati nakon perforacije.

Resekcija. Na ovu metodu se nije moglo ni misliti do pred dvadesetak godina. Međutim, napredak u operativnoj tehnici, široke mogućnosti davanja transfuzije krvi, antibiotici i bolja dijagnostika, transport u savremenim mogućnostima, daju nam danas pravo da ovu metodu liječenja smatramo metodom izbora tamo gdje za nju postoje indikacije. Osnovni je kriterij da je pacijent došao unutar prvih 12 sati, da je zdrav, u dobroj kondiciji i da nije stariji od 50 godina. Mortalitet se kod ovih kreće: od 9 do 13,4% (14, 18). Ako se kod jednog pacijenta s perforiranim ulkusom odlučujemo na operativnu metodu liječenja, onda naš izbor metode treba biti usmjeren ka nastojanju da mu se spasi život. No međutim, ukoliko se nakon 12 sati odlučujemo na operaciju, pogotovu ako se radi o planiranoj resekaciji, onda su naša nastojanja usmjerena više u pravcu da on nadživi, a to su kvalitetno osjetne razlike.

Krvarenja

Krvarenja su česta komplikacija koja prati ulkusnu bolest. Od svih intraventrikularnih krvarenja otpada na ulkus 85% (1, 6), od svih krvarenja probavnog trakta na ulkus otpada 60—75% (1), 18—98% (7).

Do krvarenja dolazi zbog erozije krvnih sudova, koje po tipu mogu biti: a) lateralna erozija, b) kompletna sekcija arterije u cirkumferenciji, c) erozija na više odvojenih mjesta, d) erozija sakcioformnih proširenja arterija, kao što to zna biti kod aneurizme. Trajanje krvarenja je različito i zavisi o krvnom sudu koji je erodiran. Tako obično krvarenje iz ulkusa na maloj krivini traje oko 6 i po dana (a. coronaria, pylorica ili pancreatica), dok krvarenja iz kaloznog ulkusa na duodenumu (a. pancreatico-duodenalis ili gastro-duodenalis) traje i do 9 dana. (17) Neki pacijenti krvare permanentno, sa kratkim intervalima, a drugi imaju slobodne intervale do 24 sata. Obje ove grupe su prognostički loše. Treća grupa ima interval dulji od 48 sati i vjerojatno je da će jako dugo krvariti. Kod ove grupe krvarenja prognoza je dobra.

Pitanje je šta dovodi do erozije krvnog suda. Da li je to djelovanje kisele komponente želučanog soka na sluznicu želuca i duodenuma, ili je, najvjerojatnije, posrijedi upalna komponenta. Često se nailazi na koincidenciju s drugim oboljenjima.

I ovdje je odnos prema spolu u korist muškaraca 19:1 (10, 13). U tri četvrtine slučajeva se radi o ljudima između 40 i 65 godina života (10).

Obično se radi o pacijentima koji imaju i drugih ozbiljnih oboljenja (arterioskleroza, ciroza, emfizem), a ovi jako loše podnose gastrointestinalna krvarenja (10, 13). Nesposobnost organizma da kompenzira ponovljene gubitke krvi u dobi iznad 50 godina daleko je veći uzrok smrti nego lokalizacija i veličina ulkusa, ozbiljnost krvarenja i učestalost recidiva. Odlučujuće je

izbor najpogodnijeg trenutka za operativni zahvat. Ako je pacijent u lošoj kondiciji, onda indikaciju za operativni zahvat treba postaviti što ranije, jer takovi pacijenti slabije podnose redukciju volumena krvi. Prema nekim autorima svega je 31% pacijenata zadovoljavajuće tretirano konzervativno i ekspektativno, a u drugim slučajevima je bila potrebna operacija. Kod primarno operiranih unutar prvih 6 sati od perforacije, mortalitet je veoma nizak (0% (13)), a kod odloženih operacija mortalitet se povećava, tako da se nakon trećeg dana od početka krvarenja i kasnije mortalitet penje do 34% (1, 13, 14, 18).

Stenoza

je česta komplikacija, koja nastaje i u toku i nakon ulkusne bolesti u području pilorusa i bulbosa. Od posljedica je potrebno napomenuti: eksikozu, hipokloremiju, alkalozu, acetone-miju, anemiju, hipoproteinemiju i plurihipovitaminozu.

Maligna alteracija

se javlja kao komplikacija ulkusne bolesti. Učestalost varira prema različitim autorima. Mnogo je češća kao komplikacija želučanog čira i može iznositi kod pacijenata iznad 50 godina i do 50% (1).

(II. dio u sljedećem broju)

*Hirurška i traumatološka služba
Medicinskog centra u Banjoj Luci
Načelnik: dr Frane Stančić*

H. Folster:

Über die Wirkung von Penicillin auf die Nieren von Mensch und Tier

Dtsch. med. Wschr.
37, 1946, 1966.

(Djelovanje penicilina na bubrege ljudi i životinja)

Penicilin je jedan od najčešće upotrebljivanih antibiotika. Isprva se smatralo da ne dovodi ni do kakvih nuzpojava, ali je ubrzo uočeno njegovo alergijsko, a nešto kasnije i toksičko djelovanje. Apliciran dugotrajno i u vrlo velikim dozama, izaziva i izvjesna neurotoksička djelovanja.

U novije vrijeme je utvrđeno da penicilin ima i nefrotoksički efekt. Već godinama se neke bolesti, kao neka urološka oboljenja, a osobito subakutni bakterijski endokarditis, liječe visokim dozama penicilina. Ovo liječenje često, a pogotovo ako se provodi kod bolesnika koji već i prije toga imaju leziju bubrega, ne ostaje bez posljedica, a pogoršanje bolesti je nerijetko uzrokovano baš mogućim popratnim »penicilinskim« nefritisom.

Autor je svoja zapažanja o poremećaju i oštećenju bubrežne funkcije u toku prolongirane terapije visokim dozama penicilina stekao na osnovu određivanja i kretanja klirensa PAHa i inulina kod djece. Rezultati ovih ispitivanja mogu se rezimirati u sljedećem: u toku prolongirane terapije visokim dozama penicilina dolazi do smanjenja bubrežnih klirensa. Oštećena bubrežna funkcija rezultat je kumulacije penicilina u bubrežima, te njegovog kapilarno-

toksičkog djelovanja na krvne sudove glomerula. Taj je poremećaj u početku još reverzibilan.

Na eksperimentalnim životinjama autor je zapazio da penicilin, apliciran dugotrajno i u odgovarajućim velikim dozama, dovodi do histoloških promjena u smislu intersticijskog nefritisa. Prve histološke promjene u tom smislu zapažene su već nakon 14 dana, a jasno izražene nakon 30 dana aplikacije penicilina.

Autor smatra da kratkotrajno davanje penicilina kod akutnog difuznog glomerulonefritisa ne dovodi do daljeg oštećenja bubrega. Naprotiv, kod kroničnog nefritisa i kroničnih bubrežnih oboljenja pogoršanja bubrežne funkcije se mogu zapaziti već kod uobičajenih doza penicilina. Utvrđeno je nadalje da je zadržavanje penicilina u serumu kod bubrežne insuficijencije produženo, odnosno da je njegovo izlučivanje zavisno od stadija bubrežnog oboljenja i funkcije bubrega.

Na osnovu autorovih zapažanja treba se kloniti previsokih doza i dugotrajne penicilinske terapije osobito kod kroničnih bubrežnih oboljenja, i onih koja a priori vode do oštećenja bubrežne funkcije.

Zbog ograničene eliminacijske sposobnosti bubrega u takvim stanjima dolazi do kumulacije penicilina u bubrežnom parenhimu, do njegove retencije u krvi, te do toksičkog efekta u smislu oštećenja bubrežne funkcije, i do histoloških promjena u smislu nastanka intersticijskog nefritisa.

I. LABOS

G. Vignon, J. Durant,
R. Guinot:

L'osteoarthropathie nerveuse du diabete

Rhumatologie 18, 53, 1966.

(Neurogena osteoartropatija
kod dijabetesa)

Ova bolest nije kuriozitet, ali je dosta rijetka. Bayley i Root su našli 17 slučajeva kod 20.000 dijabetičara, dok je Martin našao 9 kod 150.

Nakon iscrpnog prikaza svog bolesnika i rezimirajući radove drugih, autori navode da osteoartropatija kod dijabetesa nije redovita pojava, ali na nju treba misliti. Odnos arteriitisa i osteoartropatije (u pogledu istovremenog prisustva ili uznapredovalosti procesa) nije upravo proporcionalan, dapače oba stanja se pojavljuju jedno bez drugoga. Neurološki ispadi daju posebno obilježje tom stanju. Zbog tog je i naziv osteoarthropathia neurogenes diabetica. Neurološki ispadi su osjetnog tipa, a ne motornog. Oštećenje ili nestanak refleksa Ahilove tetive gotovo je redovita pojava, dok alteracija patelarnih refleksa nije česta. Vrlo često je smanjen osjet vibracije, gotovo konstantno, a rjeđe je oštećen osjet položaja. Smetnje površnog osjeta javljaju se u obliku čarape a ne radikularno. Pojavljuju se ispadi osjeta za toplo-hladno i bol. U izvjesnom broju slučajeva prisutan je Argyll-Robertson-ov znak, a diferencijalna dijagnoza prema tabesu je otežana. Rombergov znak je također često prisutan.

Česte su rupture subst. corticalis na granici metafize i dijafize metatarzalnih kostiju. Osteoliza je znak uznapredovale osteoartropatije. Hiperostoze su rijetke i nisu patognomonične. Topografski se mogu izdvojiti slijedeće forme:

a) čiste tarzalne forme su i najčešće, u njih dominiraju promjene u formi destrukcije prednjeg dijela talusa i navikularne kosti,

b) tarzo-metatarzalne forme kod kojih su zahvaćeni tarzalni i distalni dijelovi metatarzusa,

c) metatarzo - falangne forme s intaktnim tarzusom,

d) tibiotarzalne forme,

e) promjene u formi otoka i bola u koljenima, što je sasvim rijetko.

Evolucija. Neurogena osteoartropatija dijabetičara ima nepovoljnu prognozu. Progresija je postepena, traje nekoliko mjeseci do nekoliko godina. Neurološki ispadi, trofičke promjene i promjene na kostima pojavljuju se na jednom mjestu ili u nekim slučajevima sukcesivno na više mjesta. Katkada dolazi do povremene remisije procesa, međutim nakon nekog vremena bolest ponovo uzima maha. Bolesnik koga su autori prikazali imao je sedam ataka. Sekundarna infekcija nije iznimka, mogu se razviti i osteitisi.

Infekciозна teorija se ne može prihvatiti. Vaskularna teorija je vjerojatnija, ali arteriitis često nije prisutan u ovoj bolesti. Neurogena teorija je najvjerojatnija. Njoj idu u prilog smetnje osjeta i vazomotorne smetnje.

Patoanatomski nalaz pokazuje degenerativne promjene sa sklerozom stražnjih korjenova spinalnih živaca, dorzalnih i lateralnih fascikula leđne moždine (Kourilsky).

Liječenje dijabetesa (najbolje inzulinom), lokalna terapija i terapija antibiotičima, eventualno simpatektomija (periarterijska ili lumbalna);

Ortopedska terapija (korekcija mehaničkog pritiska, prevencija novih deformacija — obuća),

Operativna terapija (artrodeze, ev. amputacije u finalnom stadiju).

— Svakako je najvažnija profilaksa, pravovremeno otkrivanje i ispravna terapija dijabetesa kao osnovnog oboljenja.

Slavko Topličanec

I. Stoia i C. Valner:
**Considerations
 cliniques et therapeutiques concernant
 800 cas de lombosciatiques**

Rhumatologie 18, 63, 1966.

(Kliničko terapeutska razmatranja u vezi sa 800 slučajeva lumboskiatije)

Ispitani: 800 bolesnika, od toga 550 hospitaliziranih a 250 ambulanti.

Etiopatogenetski: od spomenutih: 65,2% bilo je muških, a 34,8% žena. Bolest se dovodi u vezu s većim fizičkim naporima muškaraca. U muških je u centru pažnje labilnost lumbosakralnog prelaza, a u žena su važni ostali faktori: poremećaj statike, spuštene stopala, debljina, slabost trbušne stijenke, vaskularne smetnje, varikoziteti, endokrine bolesti (hipofiza, ovarium), osteoporoza kičme i dr.

Većina bolesnih je između 20—50 god., a uzrok je protruzija diskusa. 80% je muških, rijetko deblje osobe, jer su njihove kretnje sporije. Osobe iznad 50 god. života bolovale su od degeneracije diskusa. Ovdje su gojazni zastupljeni sa 62%.

Bolest je počela naglo kod 29% muških, a 18% u žena.

Kod ambulanti pacijenata u 94% bolest je počela postepeno i to pretežno kod onih preko 50 god.

U pravilu se primjećuje da su bili blaži slučajevi oni, kod kojih je išijalgija sledila iza lumbalgije odmah ili za 1—2 dana, za razliku od slučajeva gdje se to dogodilo nakon 7 do 14 dana. Ova konstatacija vrijedi za hospitalizirane pacijente.

Pacijenti koji su zbog traume doživjeli protruziju uz radikularne bolove odmah su imobilizirani, dok su drugi još hodali pa čak i obavljali svoju profesiju. Ovi drugi su u velikom broju slučajeva naknadno doživjeli fisuru anulusa diskusa zbog popratne nespecifičneupalne reakcije, što je pojačalo bolove i dovelo do komplikacija.

U aktivno doba tj. između 20 i 50 god. života prevladavaju radikularne a iznad 50 god. života fuzikularne smetnje.

Kod pacijenata gdje je bila svojevremeno izvršena operativna intervencija, recidivi su se mogli objasniti periradikularnim sklerozantnim procesom.

Osnovne smjernice u liječenju se date kroz tri etape. U prvoj etapi mirovanje na krevetu sa tvrdom podlogom, sedativa, relaksancija, antireumatika, kortikoterapija, blokada.

U drugoj etapi početna blaga fizioterapija na krevetu, trakcija na krevetu uz primjenu topline, jontoforeza, te dijadinamičke struje.

Treća etapa intenzivna fizioterapija uz kontrolu da se ne bi pojačala kongestija periradikularne regije. Radioterapija eventualno dolazi u obzir kod muških osobito iznad 40 godina života, a kod žena iznad 50 g. Nadalje ultraviolet, jontoforeza histaminom. Od medikamentata B vitamin, a antibiotika kod katarata gornjih respiratornih putova i kod genitalnih infekcija.

Zastupa se mišljenje da se ovim kompleksnim liječenjem riješava mehanička kompresija diskoligamentnog kuta, periradikularna kongestija i refleksa paravertebralna mišićna kontraktura.

Na navedenu terapiju autori su imali 64% izliječenja, 32% poboljšanja, a operiranih 4%.

Slavko Topličaneć

G. Holland:

**Verlauf und Prognose
 der totalen Okulomotoriusparese**

Medizinische Klinik, 27. 1965, 1966.

(Tok i prognoza totalne pareze okulomotorijusa)

Autor opisuje 14 bolesnika s totalnom parezom okulomotorijusa koji su liječeni na Očnoj klinici u Kielu. Samo su se trojica potpuno oporavila. U jednog je bolesnika stanje ostalo nepromijenjeno, a kod deset se razvila nepotpuna regeneracija što je dovelo do abnormalnih kretnji oka. U uvodu se navodi da pareza okulomotorijusa ima posebno znače-

nje. Kod pareze abducensa ili trohlearisa binokularno gledanje oštećeno je samo u jednom određenom smjeru, dok su smetnje kod okulomotorijusa pareze opsežnije. Kod totalne pareze okulomotorijusa nalazi se: potpuna ptoza gornje vjeđe, kljenuto oko u mirovanju divergira, addukcija, podizanje i spužtanje oka nisu izvedive. Zjenica je široka, ne reagira na svjetlo. Kod pokušaja spužtanja pogleda dolazi do rotacije oka prema unutra zbog akcije gornjeg kosog mišića (m. obliquus bulbi superior), koji je inerviran od trohlearisa. Subjektivne smetnje se očituju u formi dvoslika, ali ukoliko je ptoza potpuna, bolesnik odmah i ne opaža dvoslike, jer gleda monokularno. Autor citira statističke podatke Ruckera s klinike Mayo koji je našao na 1000 pareza očnih mišića 33,5% izoliranih pareza okulomotorijusa, 18,9% kombiniranih s abducensom ili trohlearisom. Iz toga se vidi da je okulomotorijus pogođen u preko 50% u stanjima pareza očnih mišića.

Uzroci. Kod izolirane pareze okulomotorijusa na prvom mjestu kao uzrok dolazi aneurizma interne karotide, ili prednjeg dijela circulus arteriosus Willisii. Ležište je najčešće supraklinoidno, paraselarno, lijevo više nego desno i kod žena češće nego kod muškaraca. U tim slučajevima kljenut je najčešće kompletna i nastupa akutno s jakim glavoboljama.

Traume glave i neoplazme rijetko izazivaju izoliranu kljenut okulomotorijusa. Kljenut je u najvećem broju slučajeva parcijalna i kombinirana s drugim kljenutima. Frakture baze lubanje u području prednjih klinoida izazivaju uklještenje n. okulomotorijusa u fissuri orbitalis superior (naročito u saobraćajnim nesrećama).

Arterioskleroza, dijabetes, rjeđe lues, encefalitis, herpes zoster, nodozni periarteriitis, temporalni arteriitis, multipla skleroza mogu biti uzrok, ali je i u tim slučajevima izolirana kljenut okulomotorijusa rijetka.

U nekim slučajevima geneza ostaje nerazjašnjena.

Ako se ubrzo nakon pojave totalne kljenute okulomotorijusa počinju pojavljivati znaci vraćanja funkcije (prvi znak je lagano podizanje gornje vjeđe), tad se može

očekivati u roku dva do tri mjeseca kompletni oporavak funkcije. Ako se u prva tri mjeseca stanje ne mijenja, a tek tad pojave prvi znaci vraćanja funkcije, sigurno će se razviti nepotpuna »kriva« regeneracija (Fehlregeneration). Za to stanje karakteristične su sinkinezije (kao i kod periferne kljenute facialisa). Kod pogleda ravno spušta se gornja vjeđa kljenutog oka, zjenica je široka i bez reakcije na svjetlo. Kod pogleda prema nazalno (addukcija kljenutog oka), vjeđa se podiže. Kod pogleda prema gore kljenuto oko jako adducira, kod pogleda prema dolje dolazi do addukcije i suženja zjenice.

Uzrok tim kretanjima je uraštanje aksona koji regeneriraju i u mišiće koji prije toga nisu bili inervirani tim živčanim nitima. Kod centralnog impulsa za kretanje oka dolazi tada do kontrakcija i antagonista što rezultira abnormalnim kretanjima. To se može i elektromiografski registrirati.

Kod slučajeva aneurizme, tumora, traume (kompresija okulomotorijusa u fissuri orbitalis ili pritisak hematoma) treba operativno intervenirati odmah ili najkasnije unutar prvih deset dana. Kod arterioskleroze, dijabetesa, luesa itd. potrebno je liječenje osnovne bolesti.

Kod definitivnih stanja, kad nije došlo do zadovoljavajućeg oporavka funkcije, dolaze u obzir plastičke operacije da se popravi ptoza. Rezultati međutim ne zadovoljavaju, a kao komplikacija može da se javi tvrdokorni keratitis.

Milan Ferković

H. G. Niebeling: Der diagnostische Wert der Elektroenzephalographie bei zystischen intrakraniellen raumbegrenzenden Prozessen,

Neurochirurgia, 5, 1966.

(Dijagnostička vrijednost EEG kod cističnih intrakranijskih procesa)

Cistični intrakranijski procesi, koji nisu tako rijetki, obično se zamjenjuju solidnim tumorima. Za

hiruršku intervenciju je tačna dijagnoza važna, jer se kod cističnih procesa već kroz prvi otvor na lobanji može da iscrpe cistična tečnost i time smanji intrakranijalni tlak. Tako se opšte stanje bolesnika popravlja i izgled na uspjeh operativnog zahvata povećava.

U literaturi kako navodi autor, nema tačnih podataka o učestalosti pojedinih intrakranijalnih procesa. U jednom materijalu od 417 intrakranijalnih procesa operiranih ili obduciranih na Neurohirurškom odjelu Klinike u Lajpcigu na cistične procese i solidne tumore sa cističnim dijelom otpadalo je 31,4% slučajeva.

U diferencijalnoj dijagnozi se koristi anamnezom, arteriografijom i pneumoencefalografijom. Tako npr. promjenljiv tok bolesti govori u prilog cističnom procesu. Isto tako određen raspored i pomjeranje krvnih sudova na arteriogramu govore za ovu bolest. Pneumoencefalografija nam pomaže samo onda ako vazduh prodire u cistu, što je jako rijetko (u prikazanom materijalu svega u 3% slučajeva).

Arteriogram je bio najsigurniji, jer je dao karakterističan nalaz kod 64% slučajeva, ali je dao isti nalaz i kod 30% solidnih procesa, što umanjuje njegovu vrijednost.

Radeći EEG kod intrakranijalnih procesa, među kojima su kasnije kod operacije ili obdukcije kod 271 slučaja nađene ciste ili tumori sa cističnim dijelom, autor je došao do slijedećih zapažanja:

1. Kod solidnih procesa u najvećem broju slučajeva žarišni ispadi su se pokazali u formi teta, delta ili teta-delta valova.

2. — Kod cističnih procesa intenzitet fokusa se mijenjao. Javljao se fenomen »intermitirajućeg žarišta« i to na dva načina:

a) Kod ponovljenog snimanja, tamo gdje je ranije postojao patološki nalaz, a kasnije bolesnik nije liječen, dobiven je normalan ili gotovo normalan nalaz.

b) U toku normalne krivulje javljale su se izmjene frekvencije, što bi odgovaralo patološkom nalazu, a što se kod ponovljenih snimanja javljalo na istom mjestu.

Autor je navedeni fenomen »intermitirajućeg žarišta« našao kod

87,1% slučajeva među cističnim procesima, dok se isti fenomen kod solidnih tumora javljao u 21,5% slučajeva.

Na pitanje: Kako objasniti postanak ovakve bioelektrične slike, autor nije dao odgovor. Navodi mogućnost da se tu radi o promjenljivom stanju punjenja ciste u vrijeme ispitivanja.

Na kraju autor izražava nadu, da će gore navedena zapažanja, uz ranije metode otkrivanja cističnih intrakranijalnih procesa, moći korisno da posluže u dijagnozi i diferencijalnoj dijagnozi intrakranijalnih procesa.

Z. Bilalbegović

U. W. Schnyder: Stellung und Aufgaben der Dermate - Venere- logie in der modernen Medizin

Der Hautartz 18, 89—94, 1967.
(Položaj i zadaci dermatovenerologije u modernoj medicini)

U članku autor iznosi nekoliko vrlo interesantnih momenata koji su u posljednjih 20 godina uticali na razvoj dermatovenerologije. U ambulantama opšte prakse 20% pacijenata dolazi zbog kožnih i polnih oboljenja. Prema tome postoji i veliki interes ljekara opšte prakse u savladavanju osnovnih dijagnostičkih i terapijskih problema s područja dermatovenerologije. Od vremena otkrića sulfonamida i antibiotika došlo je do velikog napretka u terapiji, osobito polnih bolesti. Međutim, još uvijek ostaju problemi dijagnostike i epidemiološkog ispitivanja.

Pogrešno je shvatanje da je liječenje upalnih kožnih oboljenja, zahvaljujući upotrebi steroida, vrlo lako i jednostavno. To se, možda, odnosi samo na posve banalne upale. Autor daje sljedeće direktive za lokalnu upotrebu steroida:

1. vrsta steroida,
2. koncentracija,

3. vrsta ekscipijensa (mast, krema ili losion),
4. lokalizacija dermatoze,
5. stadij upale (akutna, subakutna ili hronična),
6. način lokalne aplikacije.

Broj pacijenata na dermatološkim klinikama i poliklinikama u svijetu je u stalnom porastu. To je uslovljeno velikim porastom alergijskih oboljenja, oboljenja vlasišta te poremećajima fertiliteta i perifernih vaskularnih poremećaja.

A. Vasiljević

T. H. Schreus: Fortschritte in der hormonellen Therapie de Acne

Der Hautartz, 18, 70—73, 1967.
(Rezultati hormonske terapije
alaknekne)

Autor iznosi očitu vezu muških seksualnih hormona sa mehanizmom stimulacije lojnih žlezda u akni. Međutim i drugi androgeni spojevi, među njima i hormon žutog tela i ostali androgeni sa anaboličnim delovanjem, učestvuju u tom mehanizmu. Iako je korelacija između akne i hormona u kliničkim ispitivanjima i eksperimentima dovoljno jasno ustanovljena, terapijski efekat nije, u većini slučajeva, davao zadovoljavajuće rezultate.

Pored odnosa androgen-estrogen, i gestageni deluju u smislu smanjenja 17-ketosteroida sa konsekvativnim smanjenjem androgena. Interesantno je da naročito u pubertetu nastaju akne kao neželjena nuzpojava kortizonske terapije.

Autor naročito ističe potrebu ispitivanja eventualnih patoloških procesa u toku menstrualnog ciklusa, pri čemu je od najveće važnosti određivanje bazalne temperature i traganje za poremećajima u bifaznom ciklusu. Pokazalo se da upotreba hormonskih kontraceptivnih sredstava (koja se sastoje od mešavine spojeva estrogena

i gestagena) u znatnoj meri može da utiče na poboljšanje akne. Pri tome se pokazalo da je estrogenska komponenta aktivni dio koji utiče na akne.

Autor daje sledeće upute za sprovođenje terapije kod ženskih pacijenata:

1. 0,02 estradiola prvih deset i poslednja tri dana menstruacije;
2. Ukoliko se ova terapija pokaže kao nedovoljna, daje se kontraceptivno sredstvo od osmog do dvadesetšestog dana.

Za lokalnu terapiju preporučuje se sunčanje ili kvarcna lampa, te antibiotici širokog spektra u slučajevima jače infekcije, u trajanju od četiri do šest dana.

A. Vasiljević

F. H. Roy, A. R. Deutsch: The Congenital Rubella Syndrome. Ocular pathogenesis and related embryology

Amer. J. Ophtalm. 62, 236, 1966.
(Kongenitalni sindrom rubeole.
Okularna patogeneza i uporedna
embriologija)

Rubeola je hronična intrauterlna virusna infekcija sa teratogenim djelovanjem na plod, izazivajući na njemu mnogobrojne anomalije, a među njima i očne. Virus rubeole prenosi se preko placente bilo da se amnionska tekućina direktno inficira limfogeno, bilo da infekcija nastane hematogeno putem umbilikalne vene. To se obično dešava u prvom tromesečju trudnoće, to jest u vrijeme sazrijevanja placente (kao determinatnog faktora efektivnosti placentarne barijere) i maturacije fetusa (porastom otpornosti i sposobnosti odupiranja infekciji). Redovita odsutnost, u prvom tromesečju, zaštite vječama, Descemetovom i Bowman-ovom membranom od amnionske tekućine može se objasniti vulnerabilnošću leće za vrijeme razvoja, koja prestaje tek nakon desete sedmice, po razvoju kapsule leće.

Virus rubeole najviše oštećuje na očima leću, iris i retinu i to u vrijeme njihovog najintenzivnijeg metabolizma — najburnijeg razvoja. Za leću je to između druge i jedanaeste sedmice trudnoće. Virus oštećuje leću i prouzrokuje kataraktu.

Što se tiče šarenice, optimalno vrijeme za djelovanje virusa rubeole je od sedme do jedanaeste sedmice, također vrijeme njene najveće aktivnosti. Oštećenje se očituje u vidu hipoplazije prednjeg sloja, krvnih žila i stanične strukture, te gubitka vezivnog tkiva. Uz to sfinkter biva veoma stanjen, a dilatator skoro odsutan.

Pigmentni retinski epitel najčešće je zahvaćen promjenama u vremenu između pete i dvanaeste sedmice. Zbog mogućnosti istovremene pojave promjena na leći i retini, retinopatija može biti maskirana kataraktom.

Promjenama može biti zahvaćeno jedno oko jače od drugoga, a to zato što se jedno oko može embrionski sporije razvijati od drugoga, pa će ono koje je više imaturno biti teže oštećeno virusom rubeole. Jednostrane očne lezije mogu osim rubeole također izazvati i neke druge virusne intrauterine infekcije, kao epidemijski encefalitis, influencu, zaušnjake i ospice.

Mustafa Sefić

L. Paufigue, P. H. Michaud:

Manifestations oculaires des états para-diabetiques

Ann. Oculist (Paris) 1965 1—11.

(Očne manifestacije paradijabetičnih stanja)

U ovom članku autori podvlače interes ispitivanja paradijabetičnih stanja u toku izvesnih oftalmoloških manifestacija kao retino-vitreálnih hemoragija, tromboza vene retine sa ili bez hemoragičnog glaukoma i izvesnih katarakti.

Hemoragična retinopatija može se javiti u različitim oblicima od kojih su mikroaneurizme najznačajnije.

Recidivirajuće hemoragije ponekad dominiraju kliničkom slikom. Vene su dilatirane, nepravilne i tamne boje. Pojavu neovaskularne mreže treba brižljivo tražiti jer nas orijentiše u smislu dijabeta, ili nam otkriva izvor recidivirajućih hemoragija, koje se daju tretirati pomoću fotokoagulacije. Autori insistiraju na činjenici da pored potvrđenog dijabeta i paradijabetična stanja mogu dati ovakve promene na krvnim sudovima retine. To znači da se ne smemo zadovoljiti samo rezultatom glikemije ako je nalaz normalan, već treba vršiti finije probe u smislu ispitivanja ispada metabolizma šećera (krivulja provocirane hiperglikemije, Conn-ov test).

Tromboza vene retine i hemoragičnog glaukoma nisu samo pojave koje postoje u osoba s poremećenim metabolizmom šećera, već i paradijabetičnih stanja. Izvesne katarakte mladih osoba prije 60-te godine života kao polaris posterior ili tačkasta zamućenja imaju svoje endokrinološko poreklo i stavljaju se u vezu sa starijim dijabetičnim stanjem. Pored doktrinalnog interesa, ove očne manifestacije u toku paradijabetičnih stanja imaju i svoj značaj. Bolesnici moraju da budu podvrgnuti dijetetskom lečenju, gojaznost se mora smanjiti. Poznavanje paradijabetičnog stanja prije operacije katarakte je vrlo korisno. Ovi bolesnici ne predstavljaju povoljan teren u hirurškom smislu. Autori iznose da je bilo 44% operativnih incidenata, od kojih 15% gubitka staklasta tela. Zbog toga nijedan postupak koji povećava sigurnost i uspeh operacije katarakte ne treba da se izostavi.

I pored toga što hemoragične retinopatije i vaskularni ispadi retine kao i katarakte stoje u vezi s paradijabetičnim stanjima, autori podvlače da je neophodno u svim ovim stanjima tražiti poremećaj glikoregulacije.

Borislav Smoljanović

K. Arens:

Cytogenetische und klinische Untersuchungen bei Thalidomidgeschädigten Kindern mit Ohrmissbildungen

Arch klin. Ohren-Nasen- und Kehlkopfhilfkunde, 186, 264—278, 1966.

(Citogenetska i klinička ispitivanja kod talidomidskih oštećenja djece s defektima na uhu)

U zadnje je vrijeme izazvala veliku zabrinutost pojava nakaznosti pojedinih dijelova tijela u novorođenčadi, a naročito je uočena ta pojava u djece čije su majke za vrijeme graviditeta uzimale preparat talidomid.

Autor opisuje 6 slučajeva oštećenja uha s talidomidnom etiologijom. Prvi opisani slučaj: — Majka je u vrijeme porođaja stara 34 godine. Uzimala je 100 mg. Contergan »forte« 44-og i 45-og dana nakon posljednjeg menzesa. Normalan tok trudnoće. U vrijeme ispitivanja dijete je staro 2 godine i 10 mjeseci. Uši su s obadje strane duboko ulubljene. Mikrotija obostrano sa aplazijom heliksa i hipoplazijom antheliksa. Lumen hrskavičnog dijela zvukovoda je veličine glave čiode. Dijete do sada ne govori. Ima parezu abducensa obostrano i lijevo parezu facijalisa. Izgleda da ne postoje grublje psihičke smetnje niti su

vidljive promjene na unutrašnjim organima a niti na udovima.

Pojava talidomidne embriopatije u svojim različitim kliničkim formama povlači za sobom mnoštvo problema u čijem središtu stoji pitanje o dejstvu talidomida (imid N-phytalyl-glutarne kiseline) na embriogenezu. Uprkos intenzivnom ispitivanju do danas nije uspjelo da se razjasni biohemijski mehanizam dejstva talidomida.

Citogenetska ispitivanja su vršena na hromozomima limfocita koji su uzeti iz tekuće krvi djece oštećene talidomidom sa defektima uha. U svim slučajevima iznosi modalna količina hromozoma $2n=46$ a broj aberantnih hromozoma ni u kom slučaju ne prekoračuje 10%. Promjena strukture pojedinačnih hromozoma ne postoji ni u jednom slučaju, a raspored aberantnih hromozoma ne pokazuje nikakvu zakonitost.

Defekti uha posmatrani na pacijentima ne pokazuju nikakve morfološke osobenosti prema opisanim slučajevima nakaznosti uha čija geneza nije razjašnjena.

Autor navodi radove mnogobrojnih naučnih radnika koji su u ispitivanju ovog problema došli do sasvim različitih zaključaka. Postavlja pitanje da li dejstvo talidomida u vezi sa oštećenjem uha može da dovede do oboljenja novih vrsta i preporučuje da se razmotri problem, da li oštećenja uha uslovljena talidomidom mogu da se shvate kao fenokopija.

D. Banjac

Kretanja u službi

DOM ZDRAVLJA BANJA LUKA

U 1966. GODINI PRIMLJENI SU
SLIJEDEĆI LJEKARI:

1. Marinković dr Božana —
ljekar — ortoped
2. Dragosavljević dr Ljubo —
rendgenolog
3. Tadžić dr Reflik,
ljekar opšte prakse
4. Novkivić dr Dedžid,
ljekar opšte prakse
5. Gagić dr Predrag
ljekar opšte prakse
6. Joka dr Stojan,
ljekar opšte prakse
7. Ignjatović dr Miodrag,
ljekar opšte prakse
8. Martinović dr Selman,
ljekar opšte prakse
9. Kastelić dr Zvonimir,
ljekar opšte prakse
10. Petrović dr Mihajlo,
ljekar opšte prakse
11. Galjanić dr Marija, ljekar
opšte prakse primljena na odre-
đeno vrijeme
12. Knezović dr Ivan, stažer
13. Mrduljaš dr Mladen, stažer
14. Filipović dr Fahrudin, stažer
15. Smalagić dr Nedžad, stažer
16. Ignjatović dr Vesna, stažer
17. Kušmić dr Kasjad, stažer
18. Smoljanović dr Vladimir,
stažer
19. Akrap dr Miladinka,
stomatolog — stažer
20. Papić dr Jarmila,
stomatolog — stažer
21. Šulić dr Zada,
ljekar — stomatolog

U 1966. GODINI NAPUSTILI SU
USTANOVU SLIJEDEĆI
LJEKARI:

1. Lugonić dr Dimitrije, ljekar
opšte prakse — penzionisan
2. Ljubojević dr Nikola, stažer —
3. Vehabović dr Ekrem, ljekar
opšte medicine
4. Karadža dr Jerolim, ljekar op-
šte medicine
5. Jeremić dr Drago, stažer
6. Pejak dr Olga, epidemiolog —

7. Dževenica dr Dara, ljekar na
specijalizaciju opšte medicine
8. Knezović dr Ivan, stažer
9. Filipović dr Fahrudin, stažer

STRUČNA USAVRŠAVANJA
LJEKARA U 1966. GODINI

1. Martinović dr Selman, na spe-
cijalizaciji opšte medicine u ško-
li »Andrija štampar« u Zagrebu
2. Pišteljić dr Dušan, ljekar — sto-
matolog — na specijalizaciji iz
ortopedije vilice i protetike

NA SPECIJALIZACIJA OPŠTE
MEDICINE NALAZE SE:

1. Žabo dr Safet
2. Aleksić dr Čedo
3. Pučaj dr Benedikt
4. Ojdanić dr Marijan
5. Stagličić dr Stanka — iz
pedijatrije

PROMJENE U TOKU 1966. GOD.:

1. Dževenica dr Dara napustila
dužnost direktora i prešla na rad
u Komunalni zavod za soc. osi-
guranje u Banjoj Luci
2. Žabo dr Safet postavljen za vr-
šioca dužnosti direktora Doma
3. Aleksić dr Čedo, postavljen za
šefa službe opšte medicine u
Domu.

LJEKARI KOJI SU IZABRANI ZA
ODBORNIKE OPŠTINSKE,
REPUBLIČKE I SAVEZNE
SKUPŠTINE:

1. Vehabović dr Ekrem — izabran
za odbornika Skupštine opštine
Banja Luka

OPŠTA BOLNICA BANJA LUKA

LJEKARI PRIMLJENI U 1966. G.:

1. Lukić dr Branislav, ljekar
specijalista bakteriolog
2. Janković dr Jovan, ljekar na
specijalizaciji iz radiologije
3. Bilalbegović dr Zaim, ljekar na
spec. iz neuropsihijatrije
4. Vehabović dr Ekrem, ljekar na
spec. iz opšte kirurgije
5. Karadža dr Jerolim, ljekar na
spec. iz opšte kirurgije

6. Pantelić dr Vukosava, ljekar specijalista radiolog
7. Ilić dr Vlado, ljekar na spec. iz anesteziologije
8. Koludrović dr Milivoj, ljekar na spec. iz neuropsihijatrije

LJEKARI KOJI SU NAPUSTILI BOLNICU U 1966. GODINI:

1. Puljiz dr Ljubomir, ljekar specijalista internista
2. Dragosavljević dr Ljubo, ljekar spec. rentgenolog
3. Lukić dr Branislav, ljekar spec. bakteriolog
4. Lukač dr Vojislav, ljekar spec. neuropsihijatar

SPECIJALISTIČKI ISPITI:

1. Stojanovski dr Risto, iz kirurgije
2. Muslimović dr Zijad — ginekologija

LJEKARI IZABRANI ZA ODBORNIKE — POSLANIKE OPŠTINSKE, REPUBLIČKE I SAVEZNE SKUPŠTINE:

Opštinski odbornici:

1. Šalvarica dr Ljubidrag
2. Vehabović dr Ekrem

REPUBLIČKI POSLANIK:

- Korčmaroš dr Ladislav

ZAVOD ZA ZDRAVSTVENU ZASTITU BANJA LUKA

LJEKARI PRIMLJENI U TOKU 1966. GODINE:

1. Janković dr Natalija, ljekar spec. bakteriolog
2. Pejak dr Olga, ljekar spec. epidemiolog

LJEKARI KOJI SU NAPUSTILI ZAVOD U 1966. GODINI:

1. Lukić dr Branislav, ljekar spec. bakteriolog
2. Karadžinski dr Dragoljub.

CENTAR ZA MEDICINSKU REHABILITACIJU

LJEKARI PRIMLJENI U 1966. G.:

1. Orajić dr Dragutin, ljekar specijalista ortoped
2. Topličanec dr Slavko, ljekar na specijalizaciji iz fizikalne medicine i rehabilitacije

3. Topličanec dr Milica, ljekar na specijalizaciji iz fizikalne medicine i rehabilitacije
4. Došenović dr Milena, ljekar na specijalizaciji iz fizikalne medicine i rehabilitacije

DJEČJA BOLNICA

U 1966. godini nije zasnivan novi radni odnos s ljekarima.

Bodor dr Franjo sporazumno je raskinuo radni odnos sa 31. 7. 1966. godine.

Položile su ispit specijalnosti iz pedijatrije: Simić-Brković dr Nada i Grotić-Gaberšček dr Breda.

Mrakovčić dr Miljenko je poslanik u Socijalno zdravstvenom vijeću Savezne skupštine.

iz podružnice
Društva ljekara

PREDAVANJA ODRŽANA U OKVIRU PODRUŽNICE DRUŠTVA LJEKARA U BANJOJ LUCI U TOKU 1966. I POČETKOM 1967. GODINE.

29. I 1966. g. prof. dr Vinko Frančićković (Rijeka): Kongenitalna oboljenja toraksa
doc. dr Davor Gligo (Rijeka): Vid, svjetlo i radno mjesto, Vid i saobraćaj
18. III 1966. doc. dr Zvonimir Šušteršič (Ljubljana): Akutna renalna insuficijencija
prof. dr Mirko Derganc (Ljubljana): Uloga infekcije kod opekotina
prof. dr Slavko Rakovec (Ljubljana): Bolesti perifernog ožilja i njihovo liječenje
19. XI 1966.: dr Lidija Andolšek (Ljubljana): Naša gledanja na moderna kontracepcijska sredstva
dr Bojan Vrtovec (Ljubljana): Naša iskustva u dijagnostici i terapiji genitalne tuberkuloze kod žena
9. II 1967.: prof. dr Dimitrije Miletić (Novi Sad): Neka oboljenja tireoideje kod djece.

Sa stručnih
sastanaka



Izveštaj sa stručnog usavršavanja iz mikrokirurgije uha, u Freiburgu (Breisgau)

Od 3. do 23. XII 1966. god. boravio sam na otorinolaringološkoj klinici u Freiburgu i svakodnevno prisustvovao cjelokupnom radu. Direktor klinike prof. dr F. Zöllner i suradnici omogućili su mi i pokazali njihov način rada kod timpanoplastike uha. Upoznao sam preoperativnu obradu, audiometrijsko ispitivanje sluha, te na koji način se pristupa operaciji, kao i rezultate sluha nakon timpanoplastike.

Svi operativni zahvati na uhu vrše se pod binokularnim operacionim mikroskopom, isti se filmuju, ili fotografiraju i prenose televizijski za studente. Anestezija je totalna, katkada lokalna. Destruirane slušne koščiце zamjenju-

ju se polietilenskim cjevčicama ili specijalnom čeličnom žicom sa želafronom. Plastik u buhnića rade temporalnom fascijom, koja se pokazala podesnijom, nego venozni i kožni transplantati. Gotovo sve timpanoplastike operiraju endouralnim putem.

Klinika je suvremeno uređena, tako da se mogu vršiti svi operativni zahvati iz ORL područja, a posebno i naročito njeguju se operacije za poboljšanje sluha. Audiometrijski kabinet je izvanredno opremljen, pa se radi tonalna i vokalna audiometrija, kao i svi testovi a pri klinici je i fonijatrijska škola.

Na kliničkom sastanku 19. XII 1966. održao sam kraće izlaganje, a na zahtjev prof. Zöllner-a o našim iskustvima iz plastične kirurgije uške.

Stečena zapažanja moći ću primijeniti na ORL odjeljenju naše bolnice.

Z. Klepac

Nove knjige

Max Saegesser: Der Ulkus-Magen, Pathophysiologische und chirurgische Probleme.

Verlag von Hans Huber, Bern
1966. str. 176+3, ilustr. 193.

Ova knjiga nastala je pri obradi hirurških aspekata bolesti želuca i duodenuma za mnogo veće delo specijalne hirurške terapije. Tom prilikom se pokazalo da je za materiju potrebno mnogo više prostora, pa se pojavila kao zasebna sveska u seriji »Aktualni problemi u hirurgiji«.

Materijal je podeljen u 8 glava, u kojima je obrađeno: nastajanje peptičkog ulkusa, atipične kliničke slike duodenskog ulkusa, ulkusni želudac posle operacije, operativne mere u lečenju ulkusa, perforacija, krvavljenje i primena hipotermije u lečenju ulkusne bolesti. Na malo više od jedne stranice autor izlaže na kraju knjige svoje zaključke iz čitave materije, a zatim sledi kratak registar na tri strane, koji obuhvata samo najvažnije termine.

Način izlaganja je krajnje sažet, a sadržaj ekstremno sistematizovan, najčešće u vidu nabravanja činjenica pod rednim brojevima, što otežava dugo čitanje, ali povećava preglednost pri traženju podataka.

U maglovitoj sferi etiologije hi-
pergastroze koju sačinjava ulkus-
na bolest, jasno i praktički su za-
crtane nesumnjivo utvrđene činje-
nice. Duhovito je ilustrovan obed
poslovnog čoveka i njegove štetne
posledice. Kao stres navode se kon-
flikti na osnovnim ljudskim pod-
ručjima: novac, brak, deca i pret-
postavljeni (čemu bi kod nas od-
govarali problemi samoupravljanja
na nivou ekonomske jedinice).
Najzad, »čovekov ulkus, to je nje-
gova žena«.

Među atipičnim kliničkim silka-
ma opisani su: meteoristički ul-
kus, »hroničan apendicit«, »žučni
kamenac«, »želudačni karcinom«,
»hroničan pankreatit«, »karcinom
pankreas«, Mintz-ov ulkus sa »ta-
bičnim krizama«, i bezbolan sang-
vinirajući ulkus.

Od operativnih mera obrađene
su: gastroenterostomija, resekcija
želuca i vagotomija, sa svim svo-
jim preimućstvima, scilama i ha-
ribdama. Sasvim potanko su opi-
sane sve postoperativne kompli-
kacije i kasniji poremećaji funk-
cionalne i organske prirode. Na
preko 30 stranica proučena je di-
jagnoza, diferencijalna dijagnoza i
hirurška terapija perforacije i kr-
vavljenja.

Poslednja stranica posvećena je
ulozi hipotermije u lečenju ulku-
sa, kao što se može i očekivati
od autora, čoveka od skalpela, ali
nesumnjivo i od pera.

Činjenica da se sam pisac knjige
bavio patofiziologijom, naročito u
vezi s ulogom endokrinih faktora
u nastajanju i lečenju ulkusa, ob-
jašnjava vrlo solidne i privlačne
patofiziološke osnove na kojima
su obrađeni svi problemi ulkusa.
Ovo daje neuobičajeni karakter
knjizi namenjenoj pretežno hirur-
zima, i čini je vrlo korisnom i za
lekara opšte prakse i internistu.
Ona predstavlja kratak i vrlo pre-
gledan kompendijum eksperimen-
talno i klinički stečenih znanja o
ulkusu. Način na koji je materija
iznesena omogućuje kliničaru du-
bok uvid u dobre i rđave strane
hirurških poduhvata u vezi s ulku-
som, kao i zauzimanje čvrstog kri-
tičkog stava prema pojedinim pro-
blemima hirurške intervencije. Na
primer, »biće hirurgije ulkusa do-
god bude bilo ljudi sa želucom«,
ali, »činjenica da je znatan deo
želudačne sekrecije podložan hor-
monskim uticajima, prinuđuje nas
na razmišljanje da isključivo hi-
rurško lečenje ne može biti kraj-
nji cilj, jer predstavlja pretežno
morfološki poduhvat«.

Dragomir Todorović

Kongresi u 1967. i 1968. godini

17 — 19. maj 1967. godine

XVII Kongres internacionalnog društva za patologiju bronhija.
PRAG (Čehoslovačka)

Generalni sekretar: doc. dr K. Styblo.

* * *

20. maj 1967. godine

Francusko-čehoslovački dani.

Tema: Torakalna hirurgija

PRAG (Čehoslovačka)

Predsjednik: dr J. Lhotka, U. nemoćnice, 2, Prag 2, ČSSR

* * *

26. — 27. maj 1967. godine

38. francuska nedjelja »Reuve Internationale D' HÉPATOLOGIE«
VICHY (Allier)

Teme:

Cito-enzimologija jetre

Ultrastruktura hepatocita

Hepatička cirkulacija i njene alternacije u bolestima jetre

Subakutni hepatit alkoholičara

Generalni sekretar: dr Simone Veyne, Hôtel-Dieu de Paris, 1,
place du Parvis-Notre-Dame, Paris — 4e

* * *

5. — 7. jun 1967. godine

I Kongres Evropskog društva za proučavanje tireoideje

LOUVAIN (Belgija)

Generalni sekretar: dr C. Beckers, Laboratoire de Pathologie gé-
nérale, 69, rue de Bruxelles, Belgique

* * *

10. — 11. jun 1967. godine

V Simpozijum (internationalni) o hepatologiji

CHIANCIANO TERME (Italije)

Generalni sekretar: dr C. Cervini, Via Cassiodoro, 19, Rome
(Italia)

* * *

12. — 23. jun 1967. godine

XIII Internacionalni kolokvijum: Prevencija i tretman
alkoholizma

ZAGREB

* * *

18. — 25. jun 1967. godine

I Internacionalni kurs post-diplomskog usavršavanja
(Medicinski fakultet)

SARAJEVO

Organizator: Balkansko medicinsko društvo. Učestvuju: Bugarska, Grčka, Rumunija, Turska, Jugoslavija, Francuska, SSSR, Liban, Italija.

Tema:

Aktuelnosti u medicini. Zvaničan jezik: francuski.

Generalni sekretar: prof. agr. Popescu Buseu, 10, rue, Progresului, Bucurest (Rumunija)

* * *

3. — 5. juli 1967. godine

Evropski sastanak o kanceru

BEČ (Austrija)

Obavještenja: Wiener Medizinische Akademie, Alserstrasse 4, A. 1090 Wien (Austria)

* * *

6. — 8. juli 1967. godine

Godišnji skup evropskog Kluba za istraživanja u pedijatriji
KOPENHAGEN (Danska)

Generalni sekretar: E. Rossi, Universtäts Kinderklinik, Berne (Suisse)

* * *

9. — 14. juli 1967. godine

XIV Kongres evropskog urološkog društva

München (SR Njemačka)

Teme:

Transplantacija bubrega kod čoveka

Arterijska hipertenzija renalnog porekla

Hronični pijelonefrit

Okrugli sto: Traumatske ruptуре uretre

Okrugli sto: Rastvaranje urinarnih kalkulusa

Predsednik organizacionog komiteta: dr F. May, Pienzenauerstr. 125, 8 München 27

* * *

30. juli — 4. avgust 1967. godine

VI Kongres internacionalnog Saveza za dijabet

STOCKHOLM (Švedska)

Teme:

Epidemiologija dijabetesa

Definicija i kriterijumi predijabetičkog stanja

Dijabetička neuropatija

Metabolizam bazalne membrane

Geneza dijabetesa

Hipofizektomija u dijabetičkoj angiopatiji

Dijabet izazvan medikamentima

Generalni sekretar: dr Bo Andersson, Södersjukhuset, Stockholm (Sveden)

31. juli — 5. avgust 1967. godine

XIII Internacionalni kongres dermatologa

München (SR Njemačka)

Teme:

Kancer, prekanceroze i pseudo-kanceroze kože
 Kortikosteriodi u dermatologiji
 Kontaktni dermatit
 Virusne bolesti kože i sluzokoža
 Aktuelni problemi kod sifilisa

* * *

1. — 9. avgust 1967. godine

VII Svetska skupština Izraelskog medicinskog društva

TEL-AVIV (Israël)

Tema:

Humana genetika. Referati: hromozomi u Klinefelterovom
 sindromu
 Genetika mikrobske ćelije
 Patologija hromozoma kod čoveka
 Hromozomi somatskih ćelija

Prijave: Beth Harofè (Domus Medica), 1, Hoftman Street,
 Tel-Aviv (Israël)

* * *

25. avgust — septembar 1967. godine

V Naučni skup internacionalnog društva za epidemiologiju

KRAKOV (Poljska)

Generalni sekretar: dr J. Kostrezwski, Dept. of Epidemiology,
 State Institute of Hygiene, Chomiska 24, Varšava (Pologne).

* * *

2. — 7. septembar 1967. godine

XX Kongres internacionalnog društva za hirurgiju

BEČ (Austrija)

Teme:

Aktuelni tretman gastro-duodenskih ulkusa
 Simpozijum o urođenim malformacijama digestivnog
 trakta. Transplantacija organa (biološki problemi,
 histokompatibilija). Konzervisanje organa: bubreg, jetra,
 pluća, digestivni trakt, srce.

Generalni sekretar: dr J. Van Geertruyden, Société internationale
 de Chirurgie, 43, rue des Chomps-Elysées, Bruxelles 5 (Belgique)

* * *

4. — 8. septembar 1967. godine

V Skupština evropskog društva za radiologiju

SPINDLEROV MLYN (ČSSR)

Generalni sekretar: dr M. Arient, Ustredni Vojenska nemoćnice,
 Stresovice, Prague (ČSSR)

* * *

7. — 9. septembar 1967. godine

VIII Internacionalni kongres društva za kardiovaskularne bolesti
BEČ (Austrija)

Teme:

Hirurgija malih krvnih sudova
Histokompatibilija

* * *

10. — 14. septembar 1967. godine

XI Kongres evropske sekcije internacionalnog društva za
hematologiju

ATINA (Grčka)

Obaveštenja: dr J. Lewin, 10, rue Spielmann, 67 — Strasbourg
(France)

* * *

11. — 13. septembar 1967. godine

Internationalni simpozijum o somatotropnim hormonima

MILANO (Italija)

Tema:

Biohemija i fiziologija hormona rasta

Obaveštenja i prijave: dr A. Pecile i E. E. Müller, Département
de Pharmacologie, École de Médecine de l'Université de Milan,
Via A. del Sarto, 21. Milano, Italija

* * *

14. — 17. septembar 1967. godine

IX Internacionalni kongres opšte medicine

SALCBURG (Austrija)

Sekretar: dr K. Engelmeine, D-4740 Oelde/Westph., Lange Strasse
21 a (DDR)

* * *

23. — 30. septembar 1967. godine

V Svetski kongres internacionalne federacije za ginekologiju i
opstetriciju

SIDNEJ (Australija)

Generalni sekretar: dr R. P. Snearman, Box 4139, G. P. O., Sydney,
Australia

* * *

30. septembar — 1. oktobar 1967. godine

Francuski gastro-enterološki dani

PARIS

Tema:

Arterijelna i limfatična cirkulacija u patologiji digestivnog
trakta. Limfotok u afekcijama pankreasa i jetre. Hilozni
ascites. Arteriografija u dijagnostici digestivnih afekcija

Generalni sekretar: dr Roger Viguire, 79, Brd Malecherbes,
Paris 8e

3. — 7. oktobar 1967. godine

XIX Internacionalna konferencija o tuberkulozi
AMSTERDAM (Holandija)

Teme:

BCG i epidemija kod tuberkuloze
Tuberkuloza urogenitalnog trakta
Intermitentna hemioterapija
Mogućnost prenošenja tuberkuloze sa životinja na čoveka
i obratno

Prijave i obaveštenja: dr J. Meyer, K.N.C.V., B.P. 146, La Haye
(Pays-Bas)

* * *

13. — 14. oktobar 1967. godine

Internacionalni simpozium o neuro-endokrinologiji
PARIS

Generalni sekretar: dr H.P. Klotz, Hôpital Beaujon, 100, bvrđ.
du Général-Leclere, 92 — Clichy (France)

* * *

5. — 11. novembar 1967. godine

VI Internacionalni kongres o alergologiji
MONTREAL (Kanada)

Generalni sekretar: dr Francois Léger ili dr S. O. Freedman, 1390,
rue Sherbrook West, Montréal, 25 — (Québec—Canada)

* * *

20. — 25. novembar 1967. godine

XX Pariska endokrinološka nedelja (Hôpital Laennec)
Prijave: Secrétariat du prof. Albeaux-Fernet, Hôpital Laennec, 42
PARIS—7e (France)

* * *

Proleće 1968. godine

III Internacionalni salon knjiga i naučnih publikacija
PARIS

Prijave: Commissariat général, Cercle de la Libraire, 117, Bvrđ
St-Germain, Paris-6e (France)

* * *

21. — 27. april 1968. godine

VIII Internistički kongres o kardiologiji
LIMA (Perou)

Prijave: dr Guido Corneo Jo, Cervantes 290, Lima (Peru)

* * *

Jun 1968. godine

VII Kongres internacionalne Akademije za patologiju
MILANO (Italija)

Predsednik: dr Alfonso Giordano, Institut d'Anatomie patologi-
que, Université de Milan, Via Francisco Sforza 38, Milano (Italija)

7. — 13. juli 1968. godine

VIII Internacionalni kongres internacionalnog društva za gastroenterologiju (sekcija za Mediteran i Evropu) (A.S.N.E.M.G.E.)

PRAG (ČSSR)

Teme:

Regulacija gastrične sekrecije i metode kliničkog ispitivanja

Posledice operativnog tretmana gastričnih i duodenskih ulkusa i njihovo sprečavanje

Netumorozne afekcije ampule Vateri

Prekanceroze digestivnog trakta

Alergija i imonopatologija u gastroenterologiji

Simpozium:

Malapsorpcija

Generalni sekretar: dr Zdenek Maratka, Sokolska 31, Prague 2, ou Hôpital Bulovka, Prague 8 (ČSSR)

* * *

18. — 22. avgust 1968. godine

III Internacionalni kongres za histo i citohemiju

NEW YORK (USA)

Tema obuhvata sve što interpretira morfologiju i hemiju tkiva

i ćelije, normalne i patološke, uključujući i metode i tehniku

Generalni sekretar: dr Robert M. Rosenbaum, Department of Pathology, Albert Einstein College of Medicine, 1300 Morris Park Avenue, Bronx, New York 10461 (USA)

* * *

Septembar 1968. godine

X Internacionalni kongres za internu medicinu

WORCLAV ili VARSAVA (Poljska)

Obaveštenja: dr Ludwig, Hôpital universitaire, Bâle (Suisse)

* * *

1. — 8. septembar 1968. godine

IX Balkanska medicinska nedelja

ISTANBUL ili ANKARA (Turska)

Tema:

Borba protiv kardiovaskularnih bolesti u balkanskim zemljama

Generalni sekretar: prof. agr. Popescu Buzeu, 10, rue, Progresul, Bucarest (Roumanie)

* * *

8. — 14. septembar 1968. godine

V Evropski kongres o kardiologiji

ATHENES (Grèce)

Dr DIMITRIJE LUGONIĆ

31. VII 1896 — 13. I 1967.

Napustio je naše redove dr Dimitrije Lugonić. Prekinut je red od nekoliko stotina hiljada bolesnika koji se nizao preko 40 godina pred ambulantom opšte prakse starog doktora. Za oproštaj se iskupila pred njegovom kućom neočekivano velika grupa kolega, prijatelja i mnogo nepoznatih koji su došli da vrate dug za jedan pregled, jedan recept i toplu reč.

Dr Lugonić je bio običan čovek i običan lekar. Danas u njegovom dosijeu nema beležaka ni o briljantnim istraživanjima, ni o značajnim otkrićima. On nije vezao svoje ime za neki sindrom, čak ni za simptom. Čitav svoj život on je marljivo i strpljivo slušao o ljudskim tegobama i tražio im leka. Čitav svoj život izvršavao je isti zadatak, poslednji terapijski eksperiment vojske istraživača koja radi za nepoznatog lekara da bi povećala njegov armamentarijum. Kroz duge godine u njega su upirali poglede ljudi koje je mučilo bol, uznemirenost i strah od bolesti i smrti. Tako je jedan život proveden u čekaonicama i ordinacijama od Pirota, Niša, Andrijevice i Berova, preko Svrlijiga, Despotovca i Zaječara, do Ivanjske i Banjaluke. Na kraju tog puta stoji neugledan komad hartije sa naslovom »Rješenje o razrešenju«

i obaveznom daktilografskom greškom, naravno u prezimenu. Ali, time nije prekinuta sitna podela malih jedinica sopstvenog zdravlja doktora radi ublaženja tegoba drugih. Društvo koje je uvelo ekonomsku računicu i njemu je pružilo mogućnost male naknade za mobilizaciju preostale životne energije. I tako su se nastavili sada još duži ambulantski sati, iako u skraćenom radnom vremenu; sati koje je ponekad prekidao abdominalni bol toliko puta posmatran na drugima, ili kratke krize dispneje toliko puta sretane u opštoj praksi. To sve ipak nije poremetilo ljudski prijem pacijenta — čoveka i sapatnika. U takvim prilikama pojavila se ponovo bolest, istovremeno bliska i strašna, stari neprijatelj izbliza upoznat u dugim godinama borbe, da ispiše kraj za koji administracija nije imala dovoljno odlučnosti.

Napustio je naše redove dr Dimitrije Lugonić. Tako je upražnjeno jedno mesto na poprištu neposrednih zbivanja zdravstvenih problema, daleko od komisija i upravnih tela, sasvim blizu bolesnika. To evocira neznanog vojnika na isturenom delu fronta, tako jednakog s drugima i tako neophodnog na njegovom mestu da je nemoguće zaboraviti ga.

Dragomir Todorović

Dr BRANKO KOSANOVIĆ

Krajem 1966. godine umro je najstariji ljekar Banje Luke dr Branko Kosanović.

Sjećanja na njega su svijetla i prijatna, jer je bio divan i nesebičan čovjek, koji je tiho i skromno prošao svoj životni put, nastojeći da pomogne ljudima ne samo kao ljekar, nego kao čovjek, drug, kolega ili prijatelj.

Rođen je 1890. godine u Titovoj Korenici. U Sremskim Karlovcima je s odličnim uspjehom završio gimnaziju. Medicinski fakultet je počeo u Insbrodu a završio u Pragu 1920. godine. Po završetku radi dvije godine u Opštoj bolnici u Sarajevu. Odatle odlazi u Bosansku Krupu gdje radi kao ljekar opšte prakse sve do 1941. godine. Tu je svojim radom i odnosom prema ljudima stekao veliki ugled, pa ga se mnogi i danas sjećaju s ljubavlju i poštovanjem. 1941. godine je transportovan u Srbiju gdje je proveo ratne godine radeći u Donjem Milanovcu i Negotinu. Poslije oslobođenja je sanitarni inspektor pri Okružnom odбору u Zaječaru. Po povratku u Banju Luku, radi na organizovanju Gradske poliklinike i postaje njen upravnik. Sa te dužnosti odlazi u penziju. To je dugi niz go-

dina napornog i nesebičnog rada u koji je dr Kosanović unio mnogo ljubavi, požrtvovanja i samoodricanja.

Uvijek spreman da pomogne svakom ko bi mu se obratio, vjeran principima ljekarske etike, duboko human, beskrajno strpljiv i vrijedan može da posluži kao primjer čovjeka i ljekara. Svoje ogromno iskustvo ljekara praktičara, koje je stekao radeći često pod teškim okolnostima nestašice medikamentata i pomoćnih dijagnostičkih sredstava, poznavanje uslova života našeg čovjeka, njegovih običaja i navika, prenosio je na mlađe kolege sa željom da pomogne i njima i ljudima koje su liječili. Prema njima se odnosio korektno i prijateljski kao i prema osoblju s kojim je radio.

Stoga je njegov put, put visoko moralnog i poštenog čovjeka, all isto tako čovjeka s toplim ljudskim srcem, koji je svim tim kvalitetima stekao ljubav i poštovanje ne samo onih koji su bili s njim bliski nego i svih onih koji su ga poznavali.

Slava i hvala dr Branku Kosanoviću!

A. Pišteljić

IZVJEŠTAJ O KRETANJU ZARAZNIH BOLESTI SREZA BANJALUKA
od 1. 1. o 31. 12. 1966. godine

Redni broj	OPŠTINA	Broj stanovništva	Typhus exanth		Morbus Brill		Typhus abdomin		Parathyph		Dysenteria		Scarlatina		Diphtheria	Morbilli		Pertussis		Mening epid.		Mening serosa		Polio-myelit		Tetanus		Antrax		Erysipel		Hepatitis		Enteroco		Leptosplr		Toksiskoze			
			O	U	O	U	O	U	O	U	O	U	O	U	O	O	U	O	U	O	U	O	U	O	U	O	U	O	U	O	U	O	U	O	U	O	U	O	U		
1	Banja Luka	75752	5		4		34		1		75	1	125		4	612		41		13		7				5	1		9		21		500		68		2				
2	Barači	11093																																							
3	Bos. Gradiška	50213	1				4				2		3			129		1		1		1		1					1		144										
4	Bos. Dubica	24321					1				2		2		1	110		2											1		62										
5	Bos. Kostajnica	8258																																							
6	Bos. Novi	34631	1				29		3		6		2		1	40		6		6						1		1		2		138						1			
7	Bronzani Majdan	18017																																							
8	Bugojno	24052									3		16			6		14		4								2				60									
9	Čelinac	17029	2				2				3		4			13		4				2							1		48							1			
10	Donji Vakuf	16039					1													6												7									
11	Gornji Vakuf	16205					1				8		2																				99								
12	Glamoč	15856					2				15		11									1							3		60										
13	Ivanjska	20339																																							
14	Jajce	34487	1		2		1				4		3		2	31		110						2															227		
15	Ključ	31272	1				7				3		8		13	36		1		1	1						1		3		228	2	8								
16	Kotor-Varoš	32520	1		1		2				5		11			86		12		1		5				1			4		428		27					1			
17	Kozarac	14457																																							
18	Krupa na Vrbasu	17455																																							
19	Kupres	11818					1				1					3				2									1		6										
20	Laktaši	25929					1				2		9			13		4		3		3				1			2		89										
21	Lušci Palanka	11555			1											1		6	1										2		218										
22	Ljubija	20269																																							
23	Mrkonjić-Grad	21074	1				2				1		2			9		9		1		1						1		59											
24	Omarska	17661																																							
25	Prijedor	39382			2		6				11		15		20	177		37		6					1	1			10		659		25					2			
26	Prnjavor	46022					1				2		2			11		3		2						2	1		1		74		2								
27	Sanica	8522														2														2		48									
28	Sanski Most	39482	1				12		1		10		4			97		66		3			1		2			2		628		85									
29	Skender Vakuf	9189									5		2			113		9		1									2		78		51								
30	Srbac	21658														10		1											2		51										
31	Šipovo	18289					1									160		1		2							1		3		37										
UKUPNO:			752846	14		8	108		5		158	1	221		41	1659		327		1	53	1	19		4		13	3	14		64		3896	2	267		6		2		

Uputstvo saradnicima

Uredništvo prima samo radove koji nisu bili objavljeni.

Radovi predati uredništvu treba da ispunjavaju sljedeće uslove:

- da su napisani jasno, materija izložena razumljivo;
- da su napisani pravilnim književnim srpskohrvatskim jezikom;
- da su pisani pisaćom mašinom, s dvostrukim proredom i slobodnim rubom od 2 cm sa svake strane, samo na jednoj strani kvalitetnog papira;
- da na jednoj strani ne bude više od 5 autorovih korektura mastilom;
- da se svaka radnja preda u dva primjerka (original i kopija);
- da radovi ne prelaze 12 strana a prikazi slučajeva 3 strane.

Rad treba da je izložen prema uobičajenoj šemi (uvod, materijal, metodika — eksperimentalna ili klinička, rezultati, diskusija ili analiza, rezime).

Uz svaki rad treba priložiti i rezime na jednom od sljedećih stranih jezika: engleski, francuski, njemački ili ruski.

Naslov rada treba da je koncizan i jasan, da odgovara materiji izloženoj u radu.

Ispod naslova nalazi se ime autora bez titule.

Naziv ustanove iz koje rad potiče, ime i prezime stručnog rukovodioca ustanove — nalazi se na kraju rada.

Uz rad obavezno treba dodati literaturu kojom se autor služio. Ona se može napisati prema oznakama (brojevima) u tekstu, ili prema abecednom redu autora.

Upotrebljenu literaturu treba prikazati na sljedeći način: prezime autora i prvo slovo imena, naziv časopisa, volumen, strana i godište

ili

navedena knjiga:

prezime i prvo slovo imena autora, naslov knjige, izdavač, mjesto izdavača, godina izdanja,

npr.

Pavlović D., Medicinski pregled, 12, 158, 1962.

ili

Stefanović S., Bolesti jetre, Med. knjiga, Beograd, 1961.

Bilješke o tome da je rad eventualno čitan na nekom stručnom sastanku, kao i zahvale — treba pisati na posebnom listu papira.

Uz tekst se mogu priložiti tablice, grafikoni ili slike samo u najneophodnijem broju s objašnjenjem. Tehnička obrada dokumentacionog materijala mora da bude besprijeekorna.

U tekstovima se izuzetno mogu upotrijebiti kratice.

Ukoliko rad ne ispunjava navedene uslove, biće vraćen autoru.

Radovi će se objavljivati po redoslijedu kako ih Urednički odbor bude prihvatao. Uredništvo zadržava pravo da naručene radove ili one koje ocijeni da predstvaljaju značajan doprinos, štampa mimo ovog rasporeda.

FIDEMYCIN

NOVO!

kapi

- širokospektralni antibiotik indiciran kod svih infekcija koje prouzrokuju mikroorganizmi osetljivi na tetraciklin

Oprema:

bočice sa suhom supstancom za 10 ccm kapi

PALEROL

NOVO!

- spazmoanalgetik

Indikacije:

- spastična stanja različite geneze;
- spazmi želuca i crijeva, ulkusni bolovi, gastroduodenitis, spastična opstipacija, crijevne kolike;
- teškoće nakon rektoskopije ili laparoskopije, postoperativni spazmi;
- funkcionalni bolovi žučne kesice, holelitijaza;
- nefrolitijaza, polakizurija uslijed organskih ili funkcionalnih smetnji (cistitis, prostatoneuritis, inkontinencija uslijed stresa, neurohormonalno iritirana bešika, početna hipertrofija prostate i sl.), paradokсна inkontinencija, bolovi kod katerizacije;
- cistoskopija (kao premedikacija), bolovi nakon cistoskopije, postoperativne teškoće;
- pospješavanje normalnog i zakasnjelog toka poroda (spazmi grlića uterusa, rigiditet mekih puteva), bolovi nakon poroda;
- dismenoreje;
- histerosalpingografija i persuflacija tuba (kao pomoćno sredstvo), spastične reakcije nakon histerosalpinografije i persuflacije tuba;
- diferencijalna dijagnoza između spastičkih i organskih ste-
noza probavnog trakta.

Oprema:

bočice sa 20 i 100 dražeja

boce sa 500 dražeja

PROIZVODI:



»KRKA« tovarna zdravil,
NOVO MESTO

BREVICID

plv. mitte, forte
ung., kapi za uho

JESTOFER

amp. 10 × 2 ccm.
amp. 100 × 2 ccm.

MELLERETTEN

draž. à 25, 100 i
1000 kom.
kapi à 10 ccm.

NONA—GEL

vag. blog à 3 i
10 kom.

RODOVAN

draž. à 4 i 10 kom

Antibiotik —

za lokalnu primjenu kod površinskih infekcija rana u maloj hirurgiji i hirurgiji nesrećnih slučajeva, zatim kod sekundarnih infekcija u dermatologiji, oftalmologiji i zubarstvu

Preparat željeza —

za intramuskularnu upotrebu, djeluje brzo i pouzdano, aplikacija podesna i bezbolna. Ispitan na karcinogeni efekt

Psihorelaksans —

Namjenjen svakodnevnoj praksi u internoj medicini, pedijatriji, ginekologiji i akušerstvu, gerijatriji, oftalmologiji

Antikonciptions —

moderno sredstvo za sprječavanje trudnoće sa veoma jednostavnom primjenom

Antiemetik —

primjenjuje se kod kinetoza, hyperemesis gravidarum, toksičnih povraćanja, postnarkotičnih i postkomocionalnih povraćanja, kao i mučnine i povraćanja iz drugih razloga



Proizvodi **BOSNALIJEK** Sarajevo