

SCRIPTA MEDICA

časopis ljekara Bosanske krajine

3-4

Godina II



Banja Luka, 1967.

SCRIPTA MEDICA

ČASOPIS LJEKARA
BOSANSKE KRAJINE

Glavni urednik:

Andrija Mikeš

Članovi redakcije:

Babić Vera

Ferković Milan

Glavaš Ana

Halimović 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:

Katušić Vladimir

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

Štampa NP »Glas« Banja Luka

SADRŽAJ — CONTENTS

	Strana
RADOVI — ORIGINAL ARTICLES	
A. Ramljak, V. Bratić-Mikeš, M. Đurđević i M. Ljolje: <i>Pojava hemoragične groznice u Bosanskoj krajini Haemorrhagic fever in Bosanska krajina . . .</i>	5
B. Brujić i M. Pleša: <i>Primipara vetusa</i>	15
F. Stančić i K. Džepina: <i>Ulkusna bolest kao kirurški problem Ulcers of gastroduodenum as surgical problem . .</i>	24
D. Todorović: <i>Značaj akutnog virusnog hepatita za nastajanje hroničnog oboljenja Acute viral hepatitis in the development of chronic liver disease</i>	31
A. Mikeš, M. Mrakovčić, D. Terzić i A. Glavaš-Klindić: <i>Dijagnostički problemi kod infektivne mononukleoze Diagnostic problems in infectious mononucleosis . .</i>	35
MEDIKO-SOCIJALNI PROBLEMI — MEDICO-SOCIAL PROBLEMS	
Z. Bilalbegović i M. Ferković: <i>Alkoholizam na području Bosanske krajine Problem of alcoholism in Bosanska krajina . . .</i>	49
TERAPIJSKA ISKUSTVA — THERAPEUTIC EXPERIMENCES	
V. Milošević i B. Grotić-Gaberščik: <i>Primena polimiksina B u terapiji dojenačkih dis- persija Polymyxin B in treatment of infantil dyspepsia . .</i>	57
KAZUISTIKA — CASE REPORTS	
J. Jović i F. Čurić: <i>Cistična slezina u Douglasu Cystic spleen at Douglas cavity</i>	61
K. Bernard i S. Zrilić: <i>Waardenburgov sindrom u dvije porodice Waardenburg's syndrom in two families</i>	65
SASTANAK PODRUŽNICE DRUŠTVA LJEKARA MEETING OF THE SECTION OOF MEDICAL ASSOCIATION, BANJA LUKA	
M. Likar: <i>Virologijska dijagnostika u laboratoriju Laboratory diagnosis of viral infection</i>	73

A. Glavaš, M. Ljolje, N. Najdanov, K. Omerhodžić i M. Rule:	
<i>Serozni meningitis na zaraznom odeljenju Medicinskog centra Banja Luka u 1966. godini</i> <i>Serous meningitis i 1966, treated in the Department of infectious and contagious diseases, Banja Luka</i>	83
V. Milošević:	
<i>Primarni akutni miokardit dojenčadi</i> <i>Acute myocarditis in infants</i>	87
Z. Budimir-Barbir i S. Zrilić:	
<i>Akutni vjerojatno virusni encefalitis liječen u Dječjoj bolnici u Banja Luci</i> <i>Acute probably viral encephalitis treated in Pediatric Hospital Banja Luka</i>	93
AKTUELNE MEDICINSKE TEME — ACTUAL MEDICAL PROBLEMS	
B. Jovičević:	
<i>Cephalea u oftalmološkoj praksi</i> <i>Headache in ophthalmologic practice</i>	97
D. Pišteljić:	
<i>Disfunkcija disanja i anomalije orofacijalnog sistema</i> <i>Disjunction of breathing and anomalies of orofacial system</i>	103
LABORATORIJA — LABORATORY	
S. Osmančević:	
<i>Oprema laboratorijske službe i iskorištenost</i> <i>Equipment of laboratory service and their utilization</i>	107
IZ STRANE LITERATURE — ABSTRACTS	111
SA STRUČNIH SASTANAKA — MEETINGS AND CONGRESSES	119
STUDIJSKA PUTOVANJA — AN OUTLOOK IN FOREIGN MEDICINE	121
NOVE KNJIGE — BOOKS	122
TROMJESEČNI IZVJEŠTAJ O KRETANJU ZARAZNIH BOLESTI, 1. VII — 30. IX 1967. — INFECTIOUS AND CONTAGIOUS DISEASES IN THE PERIOD JULY—SEPTEMBER 1967.	
UPUTSTVO SARADNICIMA — INSTRUCTIONS TO AUTHORS	

Radove slati na adresu

Uredništva »Scripta medica«, Ošta bolnica u Banjoj Luci
Administracija: Opšta bolnica, Banja Luka, za »Scripta medica«

Pojava hemoragične groznice u Bosanskoj krajini

A. Ramljak, V. Bratić-Mikeš, M. Đurđević i M. Ljolje

Ovim radom ukazujemo na pojavu prvih slučajeva hemoragične groznice u regionu Bosanske krajine.

Invazija poljskih glodara je prethodila izbijanju novog talasa hemoragične groznice u našoj zemlji, s kojima je epidemiološki, kao rezervoarom, ova bolest u tijesnoj vezi.

Kao posebno ističemo da se naši slučajevi prezentirani u ovom radu, pojavljuju dosta ranije od epidemije u okolini Fojnice i u istočnoj Bosni. Istina, nisu blagovremeno dijagnostificirani prvi slučajevi, tek je na upozorenje o pojavi ove bolesti u istočnoj Bosni navelo da kritički razmotrimo i klinički analiziramo naše prve slučajeve i naknadno izvršimo reviziju u pogledu kliničko-dijagnostičkih ispitivanja i definitivnog postavljanja dijagnoze. Kasnije pristigli bolesnici blagovremeno su bili poznati.

Na ovom mjestu nećemo se osvrtni na epidemiološke aspekte ove bolesti, budući da na tom polju postoje još nejasnoće i stalno su predmet svestranih i intenzivnih istraživanja. To se naročito odnosi na uzročnika bolesti, čija bi detekcija bila presudna u postavljanju etiološke dijagnoze. On nije konačno identifikovan mada se pretpostavlja da je filtrabilni virus. Sporan je i prenosilac agensa, a potpuno je nejasan mehanizam prenosa na domaćina.

Ova rijetka infektivna i egzotična bolest vezana je za Daleki istok. U literaturi (1, 10, 11, 12) se prvi put spominje 1935. godine, kada su sovjetski i japanski autori upozorili na pojavu do tada nepoznate, »misteriozne bolesti« na tlu Mandžurije. Oni su zapažili u tih bolesnika izrazita bubrežna oštećenja, te otuda prvobitni naziv »endemski nefrozo-nefrit«, kao patognomonična karakteristika ove bolesti.

Bolest je postala predmet živih istraživanja i pobudila naročiti interes 1951. godine, za vrijeme eksplozivne epidemije hemoragične groznice u okolini Seula, u Korejskom ratu. Tada se, zahvaljujući američkim istraživačima, nešto više saznalo o etiopatogenezi, simptomatologiji kao i epidemiološkim odlikama hemoragične groznice. Kasnije, brojni autori izvještavaju o sporadičnim slučajevima širom svijeta.

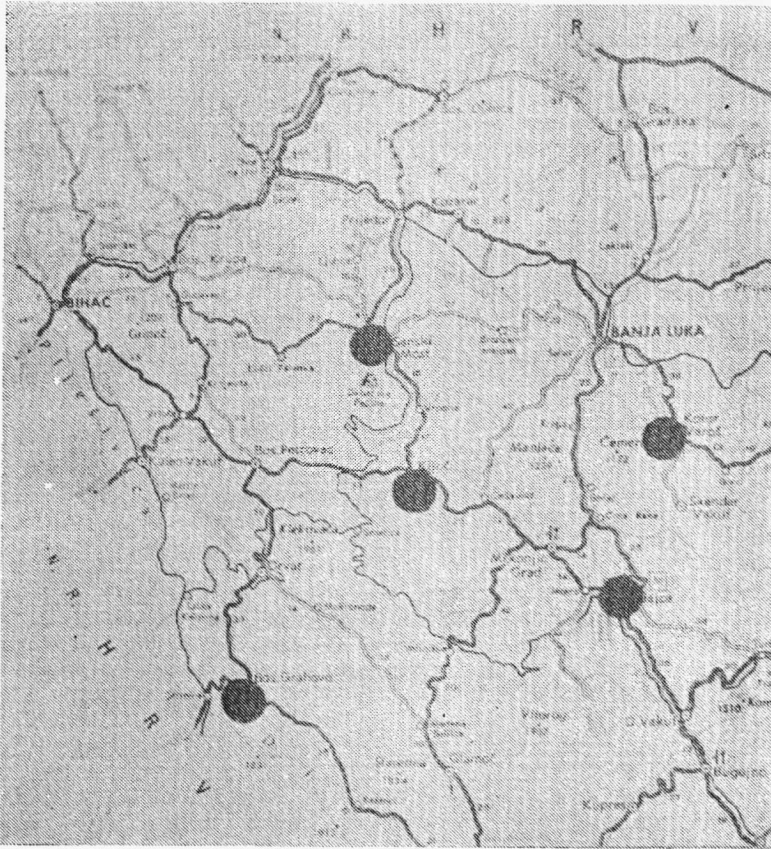
U našoj zemlji prve slučajeve hemoragične groznice opisali su Radošević i Mohaček (8) (1954. g.). 1961. godine zabilježena je i epidemija hemoragične groznice u jednoj vojnoj jedinici kod sela Erdevika u Fruškoj gori (5, 6, 7, 8 i 11). Poslije 1961. god. registrovano je još pet sporadičnih slučajeva u okolini Zagreba i Tuzle.

KLINIČKA ANALIZA NAŠIH BOLESNIKA

U periodu od februara do septembra 1967. god. na internom i infektivnom odjeljenju Medicinskog centra Banja Luka, liječeno je 9 bolesnika od hemoragične groznice.

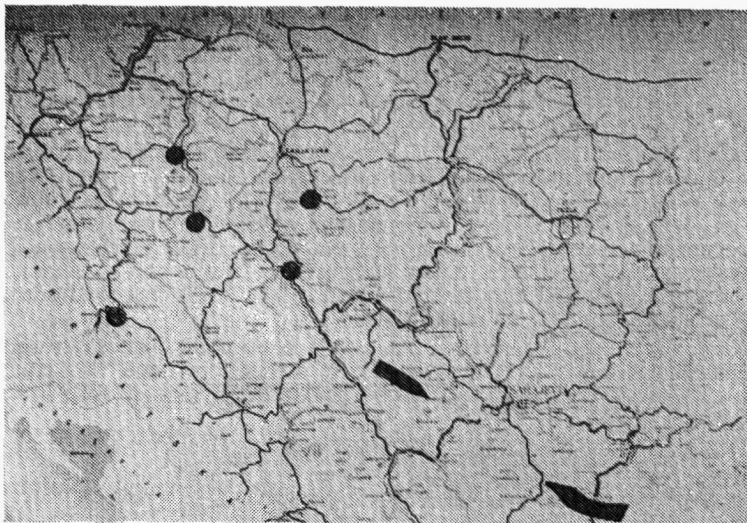
U analizi naših slučajeva odmah pada u oči da su gotovo svi *muškarci* (izuzetak jedne bolesnice, koja je istovremeno i »slučajno« oboljela kada i muž), dok su različite *dobi* (od 17 do 59 god.). Po *zanimanju* to su bili radnici i poljoprivrednici koji žive na selu ili na periferiji grada u higijenski vrlo nepovoljnim uslovima.

Bolesnici su nastanjeni u raznim i međusobno udaljenim mjestima dosta prostranog regiona Bosanske krajine (sl. 1).



Sl. 1. Rasprostranjenost H. G. u regionu Bosanske krajine

Kod tri bolesnika postoji jasna epidemiološka veza. Oni su zaposleni kao šumski radnici i žive pod potpuno istim i zajedničkim uslovima (*zajedno stanuju u jednoj radničkoj baraci i hrane se u menzi na radilištu!*). Ništa manje značajne su i epidemiološke okolnosti razboljevanja dvoje supružnika iz Jajca, koji su uoči nastanka bolesti zajedno radili oko gradnje kuće i živjeli pod vrlo nepovoljnim higijenskim uslovima (u improviziranom stanu, u kojem »borave« brojni miševi i pacovi), u isto vrijeme su se razboljeli, sa identičnim znacima bolesti, te zajedno smješteni u bolnicu. Do tada su bili uzornog zdravlja, nikada se nisu javljali ljekaru zbog ozbiljnijeg oboljenja.



Sl. 2. Geografski odnos slučajeva H. G. u Bosanskoj krajini sa epidemijom u istočnoj Bosni

Što se tiče distribucije oboljenja po mjesecima zabilježen je porast u *ljetnom periodu* (tab. 1).

						Ljetnji period		
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
	1		2	1		1	4	

Tab. 1. Sezonska distribucija oboljenja

I u radovima drugih autora (1, 6, 7, 10, 11) najveća učestalost oboljenja je u ljetnoj sezoni, a uslovljena najintenzivnijom populacijom glodara u tom periodu.

Poredbe radi s našim slučajevima, u kratkim crtama iznosi-mo osnovne kliničke karakteristike hemoragične groznice (H. G.).

H. G. se odlikuje povišenom temperaturom, prostracijom, povraćanjem, proteinurijom, hemoragičnim manifestacijama, šokom i renalnom insuficijom (1, 9, 11).

Klinički tok, prema američkim autorima, protiče kroz 4 faze:

- febrilnu (4—6 dana),
- hipotenzivnu (nekoliko h do 3 dana),
- oliguričnu (3—5 dana) i
- diuretičnu (od 10 dana bolesti do ozdravljenja (10, 11).

Ovo raščlanjivanje toka bolesti prema dominirajućim simptomima učinjeno je samo iz didaktičkih razloga. Granice između faza nisu jasne, simptomi se međusobno prepliću. Često pre-valiraju skupine simptoma, vodeći sindromi, odnosno tipovi oboljenja: nefrozo-nefritični, abdominalni, encefalitični i meningalni.

Osnovne kliničke osobine hemoragične groznice su *groznica* i *krvavljenja*. Groznica je naročito izražena u početku bolesti i traje 3—8 dana. Hemoragije se javljaju u raznim tkivima i organima, raznog su inteziteta, počev od diskretnog hemoragičnog osipa, ekhimoza i petehija, pa do smrtonosnog krvavljenja. Ovo posljednje najčešće se viđa u krimskoj i tajlandskoj hemoragičnoj groznici, dok su u korejskoj hemoragičnoj groznici (s bubrežnim sindromom) obično prisutna samo krvarenja manjeg obima (1, 4, 10, 11). Naime, prema vrstama uzročnika, prenosiocu agensa, kao i intenzitetu hemoragičnih manifestacija i prevaliranju uremičnog sindroma, H. G. se dijeli u više zasebnih nozoloških jedinica. Tako su poznate filipinska, tajlandska, argentinska i bolivijska, krimska i korejska H. G. Ova posljednja se odlikuje bubrežnim sindromom.

Uzročnici H. G. su virusi iz grupe tzv. »arbor-virusa« (arbor je engleska kovanica od dvije riječi: arthropod-borne, što znači »prenošen zglavkarima«, jer su vektori ovih virusa insekti, krpelji i grinje). (11)

Inkubacija bolesti varira od 11—23 dana.

U *anamnezi* zajedničko je za sve bolesnike, dominira nagli početak bolesti. Svi navode da su prvo osjetili zimicu, tresavicu, a neposredno iza toga je uslijedio porast temperature. Povišena temperatura imala je monofazičan karakter, penjala se do 39°C, a trajala je prosječno od 3—9 dana, praćena profuznim znojenjem. Redovita pojava su *bolovi* u rukama, nogama ili krstima. *Glavobolja* je konstantan simptom, a kod jednog bolesnika tolikog inteziteta i žestine, a kako je uz to imao i zakočen vrat (meningealni sindrom), osnovano se posumnjalo na meningit, i smješten je na zarazno odjeljenje. Kod većine su bile oči »zakrvavljene«, što su i sami bolesnici primjećivali, a imali su i smetnje vida, a naročito izraženu *fotofobiju*. Kod jednog bolesnika postojale su supkonjunktivalne sufuzije osobito upadljive, kakve se viđaju kod ozljeda očiju ili kod teških oblika pertusisa. *Mučnina* i usiljeno povraćanje nalazilo se kod svih bolesnika. Kod jednog je postojala evidentna hematemeza, bolovi u žličici, te je klinička slika imponirala kao sangvinirajući ulkus; u prvi mah bolesnik je smješten na hirurgsko odjeljenje. Trojica su imala težak *enterokolit*, kod jednog od njih s čistim hemoragičnim sadržajem, što je pobudilo sumnju na dizenteriju.

Većina bolesnika imala je *zažareno* lice kao »suncem opaljeno«. *Krvarenje iz nosa* dogodilo se samo kod jednog bolesnika, a *krvarenja po koži* kod dvojice. Nesvjestice, i to vrlo izrazite, imali su svi, a kod nekih bolesnika i vrtoglavice. Svi navode krajnju malaksalost, umor (tab. 2.).

zimica	9	gubitak apetita	9
tresavica	9	mučnina	9
povišena T.	9	povraćanje	9
prostracija	8	crvenilo vežnjača	9
jake nesvjestice	9	zažarenost lica	
vrtoglavice	7	(»suncem opaljeno«)	9
glavobolja	9	hemoragične manifesta-	
umor	9	cije	9
meningealni sind.	1	dizurične tegobe	5
dizenteriformne tegobe	3		

Tab. 2. Simptomi H. G.

Pored pobrojanih hemoragičnih manifestacija, svi bolesnici su imali evidentnu mikrohematuriju, a kod nekih i makrohema-
turiju (tab. 3.).

epistaksa	1
hemoragična purpura	2
subkonjunktivalna hemor.	1
krvarenja na nepcu	3
hematemeza	1
hemoragični enterokolitis	1
mikro — i makrohema- turija	9

Tab. 3. Hemoragične manifestacije

U kliničkom statusu notirani su ovi nalazi:

Arterijska tenzija pri prijemu u bolnicu u većeg broja bolesnika kretala se u granicama normale ili je bila lagano povišena. Kod trojice je izrazito snižen krvni pritisak, a kod jednog bolesnika nemjerljiv. U onih bolesnika koji su stizali u bolnicu osmog dana bolesti ili kasnije, tenzija se kretala u granicama normale ili je pokazivala tendenciju porasta. Međutim, i oni navode u anamnezi »krize« kod kuće, prije dolaska u bolnicu, a manifestirale su se kao nesvjestica i vrtoglavica. I pri ležanju se pojavljivalo pomućenje svijesti, »gubljenje«, stalne omaglice. Navedene subjektivne tegobe iščezavale su pred dolazak u bolnicu.

Kod pretežnog broja bolesnika prvih dana hospitalizacije zabilježeno je znatno *smanjenje diureze*, a kod 2 bolesnika blizu anurije. Nastanak oligurije, navode neki, još za vrijeme ležanja kod kuće. Prvih dana boravka u bolnici diureza se kretala od 150 i 200 do 600 i 700 ml/24 h, sa hipostenurijom.

Laboratorijski nalazi. — SE je prosječno srednje ubrzana, a kod 2 bolesnika veoma ubrzana. *Leukocitozu* je imala većina bolesnika, kod četiri 17.000 do 28.000/cm³; u dks je izrazito »skretanje u lijevo«. Hb i Er su normalnim granicama, ili umjereno sniženi. *Hematokrit* povišen ili normalan. *Urin* je redovito patološki, sa proteinurijom, a u sedimentu masa eritrocita, hijalini i granulirani cilindri.

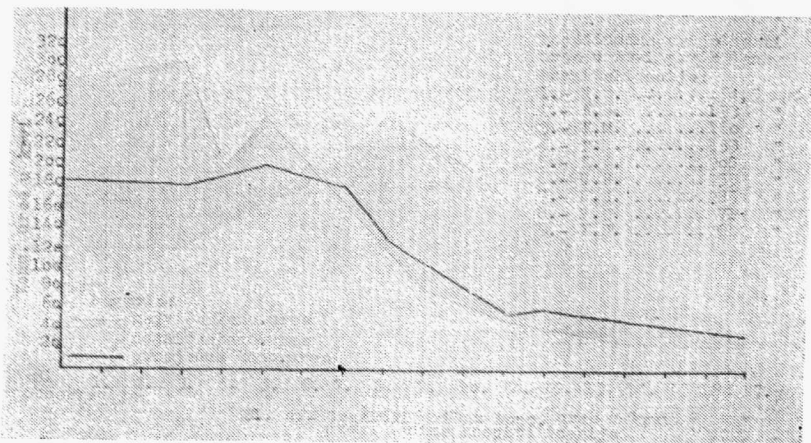
Koagulacioni status urađen je kod dva bolesnika i to iza 10 dana hospitalizacije. Nalazi su bili normalni. Kod ovog tipa H. G. koagulacioni status nema onaj praktični značaj, niti su velika patološka odstupanja, kao što se sreće i što je tipično za krimsku i tajlandsku H. G. Moglo bi se očekivati umjereno sniženje trombocita (oko 120.000/cm³).

Rumpel-Leede urađen je kod 2 bolesnika, negativan.

Uremični sindrom predstavlja glavnu odliku ove vrste hemoragične groznice. Prvih dana razvijao se kod svih bolesnika, kod nekih su već u početku postojali manifestni znaci uremije sa vrijednostima ureje u krvi i preko 200 mg^o%. Porast ureje u krvi i razvoj uremičnog sindroma paralelno se odvijao sa nastankom i tokom oligurične faze oboljenja. Ističemo kao značajno da je normaliziranje ureje u krvi i iščezavanje svih znakova uremičnog sindroma nastupalo za kratko vrijeme, najranije za 8 i najkasnije u toku 17 dana (prosječno za 11,5 dana).

Na početku liječenja vrijednosti ureje u krvi su se kretale od 61 do 285 mg^o%.

Iščezavanjem uremičnog sindroma uslijedio je postepeni ali sigurni prelaz oligurične u diuretičnu fazu. U jonogramu postojala je hiperkalijemija i hiperfosfatemija. Mokraćna kiselina je kod svih bolesnika u krvi povišena, ekstremno i do 23 mg^o%. Pozitivne su i indikanska i ksantoproteinska reakcija.



Grafikon. — Prosječne vrijednosti ureje u krvi u toku hospitalizacije

Bubrežne funkcije ispitane s metodama tenolfaleinski test, Volhard konc. i urea clearance. One su nedvosmisleno govorile za renalnu insuficijenciju. U daljem toku bolesti ponovljene kontrolne pretrage pokazivale su osjetno poboljšanje. (tab. 4.)

	PSP	Urea clearance	Volhard konc.	Mokrać. kis.	Indikan i ksantopr
1. N. M.	47 ^o / _o	37 ^o / _o	1013	7,2	++
2. K. M.	48 ^o / _o	53,7 ^o / _o	1008	8,8	++
3. K. M.	39 ^o / _o	44 ^o / _o	1010	8,9	++
4. Đ. N.	61 ^o / _o		1012	7,5	++
5. K. Ž.	33 ^o / _o		1008	22,0	+++
6. N. B.			1010	8,0	++
7. N. S.			1012	12,0	++
8. P. D.			1010		++
9. K. B.	41 ^o / _o	52 ^o / _o	1005	15,0	+++

Tab. 4. Vrijednost testova bubrežnih funkcija u početku bolesti

EKG nalazi na početku liječenja bili su tipični: uz febrilno stanje sinus bradikardija. Naglašava se u radovima drugih autora (1,4,9,10) da je bradikardija redoviti nalaz kod hemoragične groznice.

Izvršene su sve pretrage i isključena oboljenja koja diferencijalno-dijagnostički dolaze u obzir. RVK na rikecije, Q-fever i psitakozu, zatim aglutinacija na leptospire i Wright na brucele. Kod svih bolesnika ovi testovi su negativni. Isključena je i renalna tuberkuloza sa negativnim nalazom kulture po Löwestein-u, a i povoljnim tokom bolesti.

I. v. pijelografije bile su u granicama normale.

Diskusija

Iako je hemoragična groznica vrlo rijetka bolest, vezana za sjevero-istočnu Aziju, posljednjih 10—15 godina sve se više spominje sporadično javljanje širom svijeta i tako bolest počinje da poprima kosmopolitski karakter. U posljednje vrijeme i u našoj zemlji ponovno postaje aktualna.

U patologiji Bosanske krajine hemoragična groznica je do sada bila nepoznata. I inače, duž Dinarskog sistema nije zabilježen ni jedan slučaj ovog oboljenja. To donekle opravdava i ublažuje propuste u dijagnostici prvih naših slučajeva. Naime, dijagnostičke teškoće proistekle su iz činjenice što se oboljenje nije moglo svrstati i uklopiti niti pod jednu kliničku sliku sličnih oboljenja na ovom području. Poslan je serum dvojice bolesnika na virusološka istraživanja u Sarajevo, a odatle prosljeđen u jedan od virusoloških instituta u SAD, na »arbor-viruse« (rezultati nisu primljeni).

Etiološka dijagnoza nije utvrđena u naših bolesnika. Do sada nikom nije pošlo za rukom da kultiviše uzročnike — »arbor-viruse«, niti je usavršen neki drugi metod. Za sada su ti radovi u fazi eksperimentisanja. Vjerovatni uzročnici klasificirani su u nekoliko vrsta, a za svaki soj virusa postoji i određeni vektor. Na bazi te podjele razlikuje se više tipova H. G.

Čine se pokušaji uvođenja seroloških pretraga ali nije usavršen taj metod niti je našao širu primjenu.

Dijagnoza naših bolesnika zasnovana je prije svega na anamnestičkim podacima, vrlo ispoljenim i tipičnim kliničkim znacima, na isključivanju drugih oboljenja, kao i karakterističnim epidemiološkim okolnostima. Norton i Hillard⁽¹⁾ navode iste ove kriterije u dijagnostici hemoragične groznice kod velikog broja slučajeva liječenih u Bruklinškoj bolnici. Hemoragična simptomatologija nije dominirala u kliničkoj slici, ali je akutni renalni sindrom bio manifestan kod svih naših slučajeva. U tome i leži osnovna odlika ove forme H. G. Heneberg i Arsenijević^(6, 7, 4) ističu da H. G. u našoj zemlji, kao i slučajevi opisani u Bugarskoj, Mađarskoj, Čehoslovačkoj, imaju vrlo slične kliničke karakteristike sa korejskom H. G. sa renalnim sindromom. Ova zasebna nozološka forma H. G. ima vrlo oskudne hemoragične simptome. Kod tajlandske i njoj sličnih H. G., hemoragične manifestacije prosto dominiraju kliničkom slikom bolesti. Te kliničke varijacije uslovljene su patogenetskom selektivnošću različitih sojeva virusa za pojedine organe. Pri ovome se mora imati u vidu činjenica da tu nisu u pitanju strogo izolovani procesi pojedinih organa, jer patogenetska suština ove bolesti je generalizirani proces endotela krvnih žila, generalizirani endovaskulit. Najviše stradaju bubrezi, nadbubrežne žlijezde, zatim srce, pluća i intestinalni trakt. U kojoj mjeri će biti zahvaćeni pojedini organi svakako da je ovisno o afinitetu virusa prema dotičnom organu. Ovisno o tome kod nekih formi H. G. dominiraće hemoragični sindrom, kod drugih renalna insuficijencija sa uremičnim sindromom. Mc Kay i Margaretten⁽³⁾ kod većeg broja slučajeva tajlandske hemoragične groznice sa ispoljenim znacima hemoragične dijateze, ukazali su na uzročnu vezu agensa

i složenog procesa useminovane intravaskularne koagulacije. Kompletaniju studiju koagulacionog mehanizma kod H. G. dali su Weiss i Halstead. Značajne promjene su sniženje trombocita ispod 50.000/cmm; vrijeme krvarenja je produženo preko 7, zatim produženo vrijeme zgrušavanja i pozitivan Rumpel-Leede-ov test. Test generacije tromboplastina bio je umjereno promjenjen.

Promjene na bubrezima kod hemoragične groznice su tipične: nekrotične piramide s nepromijenjenim korteksom bubrega toliko su karakteristične da predstavljaju svojevrsan nalaz u dijagnostičkom pogledu (1, 3, 5, 10 i 12). Mi nismo imali ni jedan smrtni slučaj. Kod nekih autora (1, 3, 5) histološki nalaz bubrega bio je presudan u definitivnom postavljanju dijagnoze. Budući da ne postoji uveden metod etiološke dijagnostike, to bi biopsija bubrega bila najezaktnija pretraga i svakako bi imala odlučujuću značaj u postavljanju dijagnoze H. G.

Na kraju, od posebnog dokaznog značaja u dijagnostici naših slučajeva su uvjerljiviji i karakteristični epidemiološki podaci dviju manjih grupa bolesnika: istovremeno razboljevanje muža i žene, s druge strane trojica šumskih radnika, koji su živjeli pod potpuno istim uslovima na šumskom radilištu; i jedni i drugi okruženi su bili mnogim pacovima koji su se u to vrijeme namnožili kao nikad do tada.

Zaključak

Prikazani su prvi dijagnostikovani i opisani slučajevi hemoragične groznice u Bosanskoj krajini.

Dijagnoza je postavljena na osnovu uvjerljivih anamnestičkih podataka, manifestnih i tipičnih kliničkih nalaza, te isključivanjem oboljenja koja diferencijalno-dijagnostički dolaze u obzir. Karakteristični epidemiološki podaci kod dvije manje grupe bolesnika, imaju zasebnu dokaznu vrijednost u potvrdi dijagnoze. Značajno je, u sklopu ostalih činjenica, i vremensko poklapanje pojave H. G. sa invazijom poljskih glodara u ovom kraju i nešto kasnije, izbijanje masovne epidemije u istočnoj Bosni.

Ukazano je i na nemogućnost postavljanja etiološke dijagnoze, budući da ne postoji metoda za sigurnu detekciju uzročnika.

Ističe se da ovaj rad može korisno poslužiti kao baza za dalje praćenje i istraživanje H. G. u ovom regionu.

LITERATURA

- 1) Norton M-L Hillard Himes: Epidemic haemorrhagic fever appearing in the United States, Arch. of Internal Medicine, 98, 112, 1953;
- 2) Rubini, M. E., Jablon, S. and Mc. Dowell, M. E.: Renal residuals of acute epidemic haemorrhagic fever, Arch. of Internal Medicine, 106, 128, 1960;
- 3) D. G. Mc Kay and W. Margaretten: Disseminated Intravascular Coagulation in Virus Diseases, Arch. of Internal Medic., 120, 129, 1967;
- 4) Arsenijević M. i sar.: Klinička opažanja u epidemiji hemoragične groznice u jednom vojnom kolektivu, Zbornik VMA, 1962;
- 5) Bojanić N. i sar.: Patološko-anatomska slika jednog slučaja hemoragične groznice, Zbornik VMA, 1962, 272, 1963;
- 6) Heneberg Đ.: Hemoragična groznica i prirodna žarišta, Zbornik VMA, 1962, 250, 1963;

- 7) Heneberg D. i sar.: Epidemija hemoragične groznice na jednom gradilištu u Fruškoj Gori, Zbornik VMA, 263, 1962;
- 8) Radošević Z. i Mohaček J.: Acta Med. Scand. 149, 221, 1954;
- 9) Hemoragična groznica, Med. enciklopedija, Jug. leksinograf. zavod, Zagreb, II, 194, IV 566—568;
- 10) Loeb—Cecil: Udžbenik Interne medicine, Med. knjiga, Beograd, 1967;
- 11) Osnovi vojne epidemiologije, Vojno delo, Beograd, 1966;
- 12) Nešković—Jovanović: Bolesti bubrega, Med. knjiga, Beograd, 1960.

RESUME

Service de Medicine et Service des maladies infectieuses,
Centre Medical, Banja Luka

L' APPARITION DE LA FIEVRE HAEMORRHAGIQUE DANS LA REGION
de BOSANSKA KRAJINA

A. Ramljak, V. Bratić—Mikeš, M. Đurđević i M. Ljolje

Les auteurs rapportent les premiers cas de la fièvre haemorrhagique dans la region de Bosanska Krajina.

Le diagnostic est fondé sûr les données anamnestiques ainsi que sûr les manifestations cliniques très typiques.

Toutes les autres maladies aux signes cliniques semblables ont été exclues.

Dans deux petits groupes de malades, l'anamnèse épidémique très spécifique à une grande valeur pour le diagnostic.

La période d'épidémie de la fièvre haemorrhagique coïncide avec l'invasion des rats dans cette région. On est posé la possibilité d'avoir la diagnose d'étiologie parce que la méthode pour la detection n'existe pas.

A la fin les auteurs soulignent que cette publication peut servir comme base pour la continuation des explorations au sujet de la fièvre haemorrhagique dans cette région qui se développe dans un «foyer naturel» potentiel de cette maladie.

Internistička služba

(Načelnik: dr A. Mikeš)

i Protuepidemijska služba

(Načelnik: dr A. Glavaš—Klindić)

Medicinskog centra Banja Luka

Sa svečanog otvorenja odeljenja za ortopediju u Zavodu za medicinsku
rehabilitaciju u Banja Luci



Direktor Zavoda za medicinsku rehabilitaciju,
Đuro Sabljic pozdravlja goste

Primipara vetusta

Borivoj Brujić i Mirko Pleša

Stara prvorotka izložena je raznim komplikacijama u toku trudnoće mnogo više nego ostale porodilje, zbog čega je češće ugrožen i život djeteta. Dugo očekivana trudnoća, želja da dođe na svijet toliko žučeno dijete predstavlja za staru prvorotku veliku sreću i radost, pa je za nju — kako kaže Waters — gubitak djeteta tragedija. Zbog tih razloga akušer prilazi staroj prvorotki s naročitim respektom, posvećujući joj specijalnu pažnju.

Među opstetričarima ne postoji jedinstven stav u pogledu donje granice starosti kod primipare vetuste. Klasično akušerstvo uzima kao granicu starost od 30 godina. Ovu granicu zadržali su Vermelin, Ribon i Braye kao i većina naših klinika. Čakmakov i Kjurkčijev ubrajaju u stare prvorotke žene sa 28 godina starosti. Dumont smatra da je granica od 30 godina suviše niska, te kao donju granicu primipare vetuste uzima starost od 35 godina. Ovu granicu imaju i Speert i Guttmacher, Kuder i Johnson, Davis i Seski, Radnall i Taylor, Mac Donald i Mac Lennan, O'Sullivan i drugi. Linden, Nixon, Maxon, Faugere i Neurrisse uzimaju kao donju granicu stare prvorotke starost od 40 godina.

Mi smo naše stare prvorotke podijelili na 3 grupe. I grupa obuhvata prvorotke od 30 do 34 godine, II grupa od 35 do 39 godina i III grupa od 40 godina starosti i više. Na taj način moći ćemo pratiti koliko starost porodilje utiče na čestotu raznih komplikacija kod primipare vetuste te komparirati naše podatke s podacima drugi autora.

Naš materijal:

U petogodišnjem periodu od 1. I 1961. do 31. XII 1965. godine imali smo 402 prvorotke starije od 30 godina na 10.873 poroda ili 3,7%.

Od 30 do 34 godine starosti bilo je 291 ili 73%, od 35 do 39 godina 87 ili 21% i od 40 godina i više 26 ili 6% starih prvorotki.

U istom periodu bilo je 4.830 prvorotki mlađih od 30 godina ili 44,4%. Multipara je bilo 5.645 ili 51,9%.

Na našem materijalu obradili smo one komplikacije koje u toku trudnoće, poroda i puerperija dolaze češće kod primipare vetuste nego u ostalih prvorotki.

Komplikacije u toku trudnoće

Smatra se da se kod primipare vetuste, u mnogo većem procentu nego kod ostalih prvorotki, susreću sljedeće komplikacije:

POZNE GESTOZE: Chesley ističe da su pozne gestoze mnogo češće u primipara koje su starije od 30 i mlađe od 19 godina. Van Wering i Der Weduwen naglašavaju da procenat gestoza u primipare vetuste, raste sa godinama starosti. Oni su našli da je kod prvorotki od 30 do 34 godine bilo 2,3% gestoza, od 35

do 39 godina 4,5% te od 40 godina i više 9,2%. Dumont je imao 9,6% gestoza u prvorotki starijih od 35 godina, a 3% u prvorotki mlađih od 35 godina. Popović i Drača 12,2% u starijih i 10,7% u mlađih od 30 godina.

Kod naših starih prvorotki bilo je 43 slučaja poznih gestoza ili 10,7%. U prvorotki mlađih od 30 godina imali smo 3,2% kasnih gestoza. (Procenat eklampsije u prvorotki starijih i mlađih od 30 godina, iznosio je 0,50%).

U I grupi bilo je 29 gestoza ili 9,6%, u II grupi 10 ili 11,5% i u III grupi 4 ili 16,6%.

Ovi podaci govore da broj kasnih gestoza raste sa starošću porodilje.

SPONTANI POBAČAJ: Spontani pobačaj je mnogo češći u starih prvorotki. Nixon, Waters i Wager našli su spontani pobačaj u 10% starih prvorotki. Prema njima je broj spontanih pobačaja triput veći u starih nego u mlađih prvorotki.

Na našem materijalu 31 stara prvorotka ili 7,7%, imala je spontani pobačaj.

U I grupi spontani pobačaj je imala 21 stara prvorotka ili 7,2%, u II grupi 6 ili 6,9% i u III grupi 4 ili 21%.

PARTUS PRAEMATURUS: Svi se autori slažu da je broj prevremenih poroda veći u starih prvorotki. Popović i Drača su videli prevremeni porod kod 9%, a Vermelin sa saradnicima kod 17,2% prvorotki starijih od 30 godina. Dumont je imao 13% prvorotki starijih od 35 godina.

Na našem materijalu prevremeni porod je uslijedio kod 27 žena ili 6,5%, a kod prvorotki mlađih od 30 godina bilo je 5% prevremenih poroda.

U I grupi bilo je 16 prevremenih poroda ili 6,5%, u II grupi 8 ili 9,2% i u III grupi 3 ili 12,5%.

Očigledno je da broj prevremenih poroda raste sa godinama starosti porodilje.

MIOM MATERICE I TRUDNOĆA: Svi autori ističu češći nalaz mioma uterusa u stare prvorotke, što je i razumljivo pošto se miomi materice najčešće javljaju u žena starijih od 30 godina. Čakmakov i Kjurkčijev su našli 0,37% mioma uterusa u starih prvorotki, Dumont kod 5%, Vermelin kod 8,3%.

Dumont smatra da miomi uterusa rijetko prave komplikacije u toku trudnoće i poroda u stare prvorotke. On je imao 2 sekcije kod 5 žena sa miomom uterusa.

Kod naših starih prvorotki bilo je 5 slučajeva sa miomom materice ili 1,2%.

U I grupi bilo je 2 slučaja s miomom uterusa ili 0,7%, u II grupi 1 slučaj ili 1,2% i u III grupi 2 slučaja ili 8,3%.

Kod 2 naša slučaja porod je išao vaginalnim putem, dok je kod 3 slučaja učinjen carski rez. Kod jedne porodilje radilo se o nekrotičnom miomu.

Nizak procenat mioma materice u naših starih prvorotki, u poređenju sa navedenim autorima, može se objasniti činjenicom da se mioma uteri inače, rjeđe sreće na našem području.

Komplikacije u toku poroda

USKA ZDJELICA: Prema statističkim podacima raznih autora može se reći da je procenat uske zdjelice u starih prvorotki dva do tri puta češći nego u ostalih porodilja. Randall i Taylor, koji su u 16,4% starih prvorotki našli usku zdjelicu, smatraju da je ova učestalost uske zdjelice posljedica endokrino-metaboličkih disfunkcija koje osim toga što uzrokuju dugotrajni

sterilitet, poremećaje menstruacionog ciklusa, kočice i normalni razvoj zdjelice i skeleta.

Dumont je imao 16% slučajeva uske zdjelice u stare prvoročnice, a 6% u mladima, Mahon 5,6 u starijima a 3,7% u ostalim prvoročnicima.

U naših starijima prvoročnice bilo je 18 slučajeva uske zdjelice ili 4,5%. Uzeti su u obzir samo oni slučajevi u kojima je zdjelica toliko sužena da se zbog fetopelvine disproporcije odlučilo za carski rez ili perforaciju glave (u mrtvog djeteta). Dumont je imao 5 sekcija na 16 starijima prvoročnicima s uskom zdjelicom.

U I grupi imali smo 10 slučajeva sa uskom zdjelicom ili 3,7% i u III grupi 3 slučaja ili 12,5%.

ABNORMALNE PREZENTACIJE: Presentacija zatkom češća je kod starijima nego kod ostalih prvoročnica. Zbog distocija kod presentacije zatkom, porod se često dovršava carskim rezom. Procenat sekcija kod raznih autora jako varira. Dumont je imao 8% slučajeva sa presentacijom zatka u prvoročnici iznad 35 godina, a 3,5% ispod 35 godina starosti. Porod je dovršio carskim rezom kod 37,5% slučajeva. Vermelin sa saradnicima imao je 5,5% presentacija zatkom kod primipara iznad 30 godina sa 18% sekcija.

Na našem materijalu bilo je 18 starijima prvoročnica sa presentacijom zatka ili 4,5%. Presentaciju zatkom imali smo kod 3,3% prvoročnica mlađih od 30 godina.

U I grupi bilo je 13 slučajeva sa presentacijom zatka, ili 4,4% u II grupi 3 ili 3,4% i u III grupi 2 slučaja ili 8,4%.

Porod smo dovršili carskim rezom kod 3 slučaja ili 16,7%, po Bracht-ovoj metodi kod 10 slučajeva ili 5,5%, dok je kod 5 slučajeva ili 27,8% učinjena ekstrakcija po Mauriceau-Veit-Levret-Smellie-ovoj metodi.

Sljedeće malpresentacije imali smo u naših starijima prvoročnica u približno istom procentu kao i u prvoročnicima mlađih od 30 godina: poprečni položaj u 4 stare prvoročnice ili 1%, zadnji potiljačni stav glave u dvije ili 1%, duboki poprečni stav glave u dvije ili 0,5% i visoki upravni stav glave u dvije ili 0,5%.

RANO PRSKANJE VODENJAKA: Svi autori ističu da je rano prskanje vodenjaka mnogo češće u stare prvoročnice. Dumont je našao rano prskanje vodenjaka kod 11,5% starijima prvoročnicima, Lattiers kod 23%, Vermelin sa saradnicima kod 33%. Popović i je kod starijima nego kod ostalih prvoročnica. Zbog distocija kod 11,9% mladima prvoročnicima.

Do ranog prskanja vodenjaka došlo je kod 73 naše stare prvoročnice iznosi od 14 do 17 sati. Još je Döderlein pisao da se rano prskanje vodenjaka u 10,8% slučajeva.

U I grupi do ranog prskanja vodenjaka došlo je kod 47 žena ili 16,4%, u II grupi kod 19 ili 21,8% i u III grupi kod 7 ili 29,2%.

Procenat ranog prskanja vodenjaka na našem materijalu, u velikom je porastu s godinama starosti porodilje.

PLACENTA PRAEVIA: Mnogi autori navode da je placenta praevia češća u stare nego u mlade prvoročnice. Na našem materijalu bio je svega 1 slučaj placente previje ili 0,25%. Kod mladima prvoročnicima (ispod 30 godina) bilo je 0,10% slučajeva sa placantom previjom.

TRAJANJE PORODA: Prosječno vrijeme trajanja poroda u prvoročnice iznosi od 14 do 17 sati. Još je Döderlein pisao da žena u toku poroda ne smije dva puta ugledati rađanje sunca.

I danas se smatra kao partus protractus porod koji kod prvoročke traje preko 24 sata. Partus protractus je mnogo češći kod stare prvoročke. Latiers kaže da je vrijeme trajanja poroda proporcionalno sa starošću porođilje. Mac Donald i Mac Lennan su našli da je trajanje poroda manje od 24 sata bilo kod 67,8% starih prvoročki, između 24 i 48 sati kod 22,7% i preko 48 sati kod 9,5%.

Na našem materijalu prosjek trajanja poroda iznosio je za stare prvoročke 18 sati, a za prvoročke mlađe od 30 godina 16 sati. Porod je trajao između 24 i 48 sati kod 16% i preko 48 sati kod 3% starih prvoročki.

U I grupi prosjek trajanja poroda iznosio je 17 sati, u II grupi 19 sati i u III grupi 23 sata.

U I grupi porod je trajao od 24 do 48 sati kod 13,7% porođilja, u II grupi kod 20% i u III grupi kod 33%. Preko 48 sati porod je trajao u I grupi kod 2,2% žena, u II grupi kod 3,8% i u III grupi kod 12,5% slučajeva.

Prema izloženim podacima vidi se da je dužina trajanja poroda proporcionalna sa starošću porođilje. Mala razlika u trajanju poroda između mlađe i stare prvoročke, posljedica je velikog broja sekcija kod starih prvoročki.

NACIN PORODA: Zbog čestih komplikacija u toku poroda, te zbog nastojanja da se izbjegne svaki rizik po život djeteta, kod stare se prvoročke porod često završava operativno. Mahon je konstatovao da je carski rez 4 do 7 puta češći kod primipare vetuste, a forceps 2 do 5 puta. Čakmakov i Kjurkčijev imali su 4,37% sekcija kod starih prvoročki, Popović i Drača 5,5%, Dumont 10%, Latiers 12,3%, Mladenović i Jovanović 17%, Mahon 18%, O'Sullivan 20,9%, Kuder 23%, Davies 31,5%. Forceps su primijenili Čakmakov i Kjurkčijev kod 4,77% starih prvoročki, Latiers kod 6,8%, Popović i Drača kod 8,2%.

Broj intervencija u III porođajnom dobu takođe je veći kod stare nego kod mlađe prvoročke. Popović i Drača vršili su manualno ljuštenje posteljice kod 6,1% starih, a kod 2,8% mladih prvoročki. Latiers je vršio reviziju cavuma uteri kod 32,19% starih prvoročki.

Na našem materijalu abdominalno je porođeno 46 starih prvoročki. Carski je rez učinjen kod 45 žena ili 11,2%. Kod 1 slučaja zanemarenog poprečnog položaja s rupturom uteri, izvršena je histerektomija.

U I grupi porod je dovršen carskim rezom kod 20 žena ili 6,8%, u II grupi kod 17 žena ili 19,5% i u III grupi kod 8 ili 33,3%.

Indikacije za carski rez bile su: kefalo-pelvina disproporcija u 16 starih prvoročki ili 35,5%, funkcionalna distocija u 16 ili 35,5%, malprezentacija u 7 ili 15,5% (poprečni položaj, visoki upravni stav glave kod 2 i prezentacija zatkom u 3 slučaja), myoma uteri u 3 ili 6,7%, praeclampsia u 2 ili 4,4% i ispala pupkovina u 1 ili 2,2% slučajeva kod kojih je izvršena sekcija.

Porod je završen carskim rezom kod 1,6% prvoročki mlađih od 30 godina, dok je procenat sekcija na ukupnom materijalu za ovaj period iznosio 3,03%.

Kliješta ili vakum-ekstraktor primijenjena su kod 29 ili 7,2% naših starih prvoročki, a kod 2,5% prvoročki mlađih od 30 godina.

U I grupi kliješta su primijenjena kod 7,2% starih prvoročki, u II grupi kod 6,8% i u III grupi kod 8,4%.

Inciziju ušća materice radili smo kod 5 starih prvoročki ili 1,2%. Procenat incizija na ukupnom materijalu iznosi 0,3%.

Perforaciju glave radili smo kod 3 stare prvoročke ili 0,7%.

Manualno ljuštenje posteljice ili reviziju cavuma uteri vršili smo kod 20 starih prvoročki ili 5% a kod 2,9% prvoročki mlađih od 30 godina.

U I grupi ove intervencije u trećem porođajnom dobu rađene su kod 14 žena ili 4,5%, u II grupi kod 4 ili 4,6% i u III grupi kod 2 ili 8,3%.

Poroda bez intervencije kao i onih kod kojih je učinjena samo epiziotomija, bilo je 314 ili 78,1% naših starih prvorotki.

U I grupi bilo je 241 ili 82,7%, u II grupi 59 ili 67,8% i u III grupi 12 ili 50% poroda bez intervencije ili samo epiziotomijom.

Upada u oči da broj sekcija znatno raste, dok broj poroda bez intervencije opada sa godinama starosti porodilje.

KOMPLAKACIJE U PUERPERIJUMU: S obzirom na veći broj komplikacija, veći broj protrahiranih poroda, te čestoću operativnih intervencija u porodu, u stare prvorotke češće dolazi do infekcije, zbog čega postoji viši procenat febrilnih stanja te dehiscencije rane na međici u toku puerperija. Naročito autori ističu visok procenat tromboflebitisa u toku babinja u starih prvorotki. O'Sullivan je imao 23 slučaja tromboflebitisa na 627 starih prvorotki, Dumont 3 slučaja na 104 stare prvorotke.

Na našem materijalu imali smo febrilan tok babinja sa ili bez dehiscencije rane na međici kod 26 starih prvorotki ili 6,5%. Bilo je 3 slučaja tromboflebitisa u puerperijumu.

U I grupi bilo je u febrilnom stanju 18 žena ili 6,2%, u II grupi 6 ili 6,8% i u III grupi 2 ili 8,3%.

Relativno nizak procenat komplikacija u puerperijumu na našem materijalu posljedica je ranog otpuštanja pacijentica zbog suviše malog kapaciteta odjeljenja, te izvjestan broj komplikacija, koje se javljaju nakon otpuštanja, ostaje neregistrovan.

MORTALITET MAJKI: Imali smo 1 slučaj smrti majke ili 0,25%. Radi se o primipari staroj 31 godinu, koja je na odjeljenje primljena u eklamptičkoj komi. Smrt je nastupila u toku eklamptičkog napada za vrijeme poroda.

PERINATALNI MORTALITET: Prema statističkim podacima raznih autora, perinatalni mortalitet je od 2 do 4 puta viši kod primipare vetuste nego kod ostalih prvorotki. Popović i Drača su imali perinatalni mortalitet 5,17% kod stare i 3,3% kod mlade prvorotke, Vermelin sa saradnicima 8,4% (prema 3,5%), Dumont 9% (prema 2%), Mac Donald i Mac Lennan 10% (prema 4,6%), Van Wering i Der Weduwen 11% (prema 3,5%). Perinatalni mortalitet je naročito visok kod prvorotki iznad 40 godina. Van Wering i Der Weduwen imali su perinatalni mortalitet 13%, a Mahon 18% kod primipara iznad 40 godina.

Na našem materijalu bilo je 25 slučajeva fetalne smrti, te perinatalni mortalitet u naših starih prvorotki iznosi 6,2%. Kod prvorotki mlađih od 30 godina perinatalni mortalitet bio je 3,4%. Od mrtve djece na našem materijalu bilo je 16 donesenih i 9 nedonoščadi. Na odjeljenje je došlo 9 porodilja sa mrtvim djetetom, u toku poroda umrlo je 6 i nakon poroda 10 djece.

U I grupi perinatalni mortalitet je iznosio 5%, u II grupi 9% i u III grupi 8,3%.

Najčešći uzroci smrti djece bili su: nedonošenost, intrakranijalno krvarenje, graviditetne toksikoze i anoksija.

KONGENITALNE MALFORMACIJE FETUSA: Mnogi autori naglašavaju da se razne nakaznosti ploda i mongolizam mnogo češće javljaju kod starih prvorotki. Mahon je našao kongenitalne malformacije fetusa kod 3,8% starih prvorotki, Vermelin sa saradnicima kod 2,6%, Mac Donald i Mac Lennan kod 4,1%.

Na našem materijalu bila su 2 slučaja hidrocefalusa, 1 slučaj amputacije ruke i 1 slučaj mongolizma. Prema tome nakaznost ploda nađena je kod 1% naših starih prvrotki.

DISKUSIJA: Analizom našeg materijala, kao i materijala drugih autora, može se zaključiti da je broj komplikacija u trudnoći, porodu i puerperiju mnogo veći u stare nego u ostalih prvrotki. Broj ovih komplikacija raste sa godinama starosti primipare. Zbog čestih komplikacija, velikog broja protrahiranih poroda, te čestih operativnih zahvata, ugrožen je češće i život djeteta. Perinatalni mortalitet mnogo je viši kod stare nego kod ostalih prvrotki.

Gubitak djeteta predstavlja za svaku prvrotku veliku tragediju, a za staru prvrotku daleko je veća i teža. Glavno oružje protiv visokog fetalnog mortaliteta je antenatalna zaštita, te proširena indikacija za carski rez. Za sekciju treba odabrati samo one slučajeve kod kojih se zbog raznih komplikacija može očekivati opasnost za dijete. Zbog toga porod svake stare prvrotke, kako navode francuski autori, treba smatrati kao »l'epreuve du travail«. Ako porod u toku 6 do 10 sati ne napreduje, treba donijeti odluku za carski rez. Naročito kod primipara iznad 40 godina ne treba dugo čekati sa odlukom za sekciju. Jako je neugodno za akušera kad kod protrahovanog poroda, zbog kasne odluke za sekciju, dobije teško oštećeno dijete.

Naročito veliki problem predstavlja primipara vetusta s prezentacijom zatka. Dobro je poznato da postoji veliki rizik za dijete kao i povećana opasnost za majku kod mladih prvrotki, pa čak i kod multipara sa prezentacijom zatka. Rijetko smo gdje tako malo sigurni za život djeteta kao u porodima kod kojih prednjači zadak. Svaki je ginekolog doživio da zbog neuspjele ekstrakcije glave izgubi već skoro porođeno dijete. Tood i Steer tvrde da je još uvijek fetalni mortalitet četiri puta veći kod prezentacije zatka nego u normalnom porodu. Različiti su načini pomoću kojih se nastoji smanjiti fetalni mortalitet kod poroda zatkom. Wright predlaže rutinski carski rez za svaku porodilju sa prezentacijom zatka, bez obzira na njenu starost, ukoliko se radi o trudnoći preko 36 nedjelja i živom djetetu. Friedlander preporučuje rutinski profilaktički okret kod mladih i starih prvrotki. Premda smo porod dovršili carskim rezom samo kod 16,7% starih prvrotki kod kojih je prednjačio zadak, mišljenja smo da je u interesu djeteta opravdana rutinska sekcija stare prvrotke s prezentacijom zatka.

Dutta je upozorio da treba razlikovati dva tipa starih prvrotki:

1 Primipare koje su se mlade udale te koje su nakon dugog perioda steriliteta postale gravidne. Ovdje treba misliti na disfunkciju endokrinih žlijezda, te kod ovog tipa prvrotki treba očekivati dugotrajan i težak porod.

2. Primipare koje su se kasno udale, te su odmah nakon udaje zatrudnihe. Kod ovog tipa može se očekivati brz i lak porod.

Mnogi autori (Waters i Wager, O'Sullivan, Dumont) ne slažu se sa mišljenjem Dutta-e te smatraju da je starost porodilje jedini faktor koji utiče na tok poroda stare prvrotke.

Na našem materijalu dužina trajanja poroda proporcionalna godinama starosti porodilje. Međutim, s obzirom da veliki broj starih prvrotki rađa brzo i lako, te da izvjestan broj mladih primipara ima težak i dugotrajan porod, naše je mišljenje da je starost porodilje važan, ali ne i jedini faktor o kome ovisi tok poroda kod primipare vetuste.

Zaključak

Obrađena su 402 slučaja primipare vetuste iz perioda od 1. I 1961. do 31. XII 1965. godine na materijalu porođajnog odsjeka službe za zaštitu žena u Banjoj Luci.

Porodilje su svrstane u tri starosne grupe, kako bi se uočila ovisnost čestoće komplikacija u toku trudnoće i poroda i starosti porodilje. Nađeno je da broj komplikacija, dužina poroda kao i broj operativnih intervencija, raste s godinama starosti.

Perinatalni mortalitet kod starih prvorođetki iznosio je 6,2%, a kod mladih 3,4%

Proširena indikacija za carski rez najmoćnija je mjera protiv visokog fetalnog mortaliteta.

Smatramo da je opravdan rutinski carski rez kod koincidencije stare prvorođetke i položaja zatkom.

LITERATURA

- 1) Burger P., Milfort J., Denef R.: *Gynéc. et Obst.* 61 : 4 : 461, 1962.
- 2) Dumont M.: *Gynéc. et Obst.* 61 : 4 : 515, 1962.
- 3) Dieckmann W.: *Toxemias of Pregnancy*, C. V. Mosby Company, 1952.
- 4) Čakmakov A., Kjurkčijev K.: *Med. pregled*, 6 : 385, 1957.
- 5) Friedlander D.: *Am. J. Obst. Gynec.*, 95 : 7 : 906, 1966.
- 6) Kuder K., Johnson D. G.: *Am. J. Gyn. Obst.* 47 : 794, 1944.
- 7) Merger R., Lévy J., Melchior J.: *Precis d'obstétrique*, Masson, Paris, 1957.
- 8) Mladenović—Šulović V., Jovanović D.: *Srpski arhiv* 5 : 580, 1957.
- 9) Popović Z., Drača P.: *Zbornik radova IV kongresa ginekologa-obstetričara Jugoslavije u Skopju*, 1960, 97.
- 10) Spert H., Guttmacher A.: *Obstetric practice*, N. Y. 1956, Landsberger Medical Books, Inc.

RESUMÉ

Service de Gynecologie et Obstatrice du Centre Medical, Banjaluka

PRIMIPARA VETUSTA

Borivoj Brujić et Mirko Pleše

Les auteurs ont observé 402 cas de primipares âgées de plus de 30 ans de la période du 1. I 1961. à 31. XII 1965. sur le material du Service Gynecologie et Obstétrice pour la protection des femmes à Banja Luka.

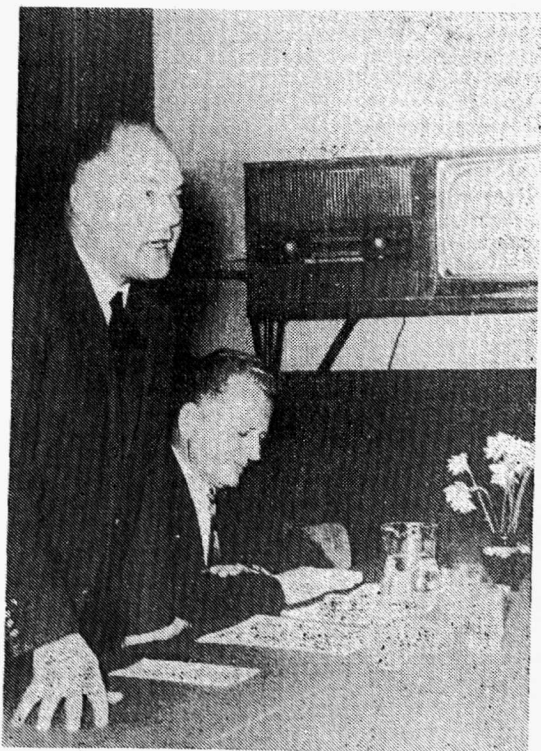
Les accoucheés sont systematisées ne trois groupes d'âge pour envisager la dependance de la fréquence des complications au cours de la grossesse et de l'accouchement, et de l'âge des primipares.

On a trouvé que le nombre des complications, la durée du travail et le nombre des interventions chirurgicales croît avec l'âge.

Le taux de mortalité foetale est de 6,2% chez les primipares âgées et 3,40% chez les jeunes.

L'indication élargie pour la césarienne est le mesure la plus puissante contre la haute mortalité foetale. Nous trouvons que dans la coïncidence de la primipare âgée et de la présentation du siège, la césarienne prophylactique est justifiée.

*Služba za zaštitu žena
Medicinskog centra u Banjoj Luci
Načelnik: dr Josip Jović*



dr Vladimír Pšorn na stručnom sastanku ortopeda BiH

Ukusna bolest kao kirurški problem

II. Dio

Osvrt na materijal našeg odjeljenja

Frane Stančić i Krsto Džepina

Uzeli smo sedmogodišnji materijal ulkusnih bolesnika liječenih na našem odjeljenju. Kod toga smo uzeli u razmatranje samo operirane pacijente, jer su nam ti bili jedino interesantni. Zbog toga ne pretendiramo na apsolutnu tačnost i zakonitost, jer smo namjerno izostavili konzervativno liječene pacijente bilo da je bila indikacija za konzervativno liječenje, bilo da su odbili predloženi operativni zahvat, a i one koji su liječeni u sklopu internog odjeljenja. Ovaj sedmogodišnji materijal smo podijelili u dvije grupe. U prvu grupu smo stavili pacijente liječene od 1960. do 1964. godine, a u drugu grupu pacijente liječene od 1965. do 1967. godine. Učinili smo to radi komparacije načina liječenja, pristupa problemu i rezultatu smjenom ekipe, koja je nastupila u početku 1965. godine.

Konkretno, do 1965. godine se pristupalo pacijentima s perforiranim ulkusima na više konzervativan način. Perforacija se riješavala prešivanjem otvora i plombiranjem omentumom, a definitivno rješenje ulkusne bolesti ostavljalo za kasnije vrijeme, nakon što nestanu svi znaci peritonitisa i kada se pacijent u kućnoj njezi oporavi od perforacionog inzulata. 1965. godine uveli smo resekcionu metodu liječenja perforiranih ulkusa svugdje tamo gdje su postojale indikacije za resekciju, gdje su opće kondicije pacijenta i vrijeme proteklo od perforacije do dolaska na odjeljenje dozvoljavali ovako radikalni zahvat. Jasno je da smo kod toga vodili računa da ne ugrozimo sigurnost pacijenta što se tiče definitivnog izliječenja i da ga ne dovedemo u veću opasnost po život nego što bi bilo da smo se odlučili na najkonzervativniji način liječenja.

Naši dvogodišnji rezultati su nam dali za potpuno pravo i danas smo uvjereni u to da je ovakav stav jedino ispravan, uz pretpostavku da za to postoje objektivni uvjeti i da je ekipa dobro educirana u adobominalnoj kirurgiji.

S druge strane uvedena je resekciona metoda modificirana po Hoffmeisteru, koja ima prema, našim ranijim iskustvima i prema iskustvima Gotliebove škole, a što smo mogli i na ovom materijalu potvrditi, nekoliko značajnih prednosti.

1. — Manja širina stome ne dozvoljava naglo pražnjenje želučanog sadržaja iz želučanog bataljka, pa ovaj vremenom postaje dovoljno velik da primi i veću količinu hrane — skoro kao normalan želudac. Hrana se postepeno prazni kroz stomu, čemu vjerojatno treba zahvaliti neuporedivo manji broj dumping sindroma u odnosu na druge operativne metode, bilo da je ovaj izazvan mehanički pritiskom na plexus solaris ili pankreas, hiperglikemijom, naglom distenzijom stijenke crijeva ili velikim osmotskim pritiskom na konsektivno smanjen volumen plazme. Stoma u neku ruku, kod ove modificirane resekcione metode, preuzima ulogu piloričnog sfinktera.

2. — Zadržavanje hrane u želucu uvjetuje njenu bolju disperziju, pa je adaptacija sluznice crijeva na ovakovu hranu bolja, probava i resorpcija nakon toga lakša i efikasnija, iako put, koji moraju prevaliti do miješanja sa hranom, žučni, duodenalni i pankreasovi sokovi, ostaje isti kao i kod drugih metoda resekcije.

3. — Usporeno pražnjenje hrane iz želuca ne ubrzava njenu pasažu kroz proksimalni dio tankoga crijeva što pogoduje apsorpciji.

Svi navedeni elementi su osnova u sprječavanju gubitka hrane stolicom, gubitka na težini, hipalbuminemije, anemije, i hipoglikemije.

Dalje, uveli smo i resekcionu metodu Bilroth I (sl. 1), modificiranu po Hoffmeisteru, koja sigurno više odgovara fiziološkim zahtjevima od metode po Bilroth II (sl. 2). Velika njena



Sl. 1.



Sl. 2.

prednost leži u tome što hrana i nakon resekcije ide svojim normalnim putem i što se odmah miješa sa probavnim sokovima, pa je njena razgradnja i apsorpcija sasvim dobra i što kod nje nije primijećena pojava dumping sindroma. U slučaju recidiva ulkusne bolesti, ova metoda resekcije daje veliku prednost, jer je mnogo lakše napraviti od resekcije Bilroth I resekciju Bilroth II, nego od Bilroth II napraviti ponovo resekciju. Sigurno je da ova metoda nosi u sebi više rizika od drugih metoda i da traži veću rutinu, a potrebno je posvetiti posebnu pažnju tenziji stome i očuvanju vaskularizacije.

Iduća novost uvedena u liječenju perforiranih ulkusa sa kalozitetom jest ekscizija, a onda prešivanje defekta u dva sloja (a ne samo prešivanje otvora). Prema vlastitom iskustvu i iskustvu drugih autora (Gotlieb, Medanić), ovoj metodi liječenja treba dati prednost i veliki broj perforiranih ulkusa liječiti na ovaj način, jer ona u velikom procentu znači i definitivno izli-

jećenje od ulkusne bolesti, tako da nema potrebe za naknadnim resekcijama i najmanje mutilira organizam. Prohodnost je dovoljno očuvana okomitim šivanjem na smjer ekscizije ulkusa, a recidivi su jako rijetki. Ovu metodu liječenja rezerviramo za one pacijente sa perforiranim ulkusima kod kojih nije moguća



SI. 3

resekcija iz bilo kojih razloga. Smatramo objektivnim zamjerku ovom stavu što se ne ide na primarnu vagotomiju. S ovom dopunom, piloroplastika bila bi idealan zahvat. To tim više što smo na našem materijalu, kao i na materijalu ostalih klinika, mogli naknadnim ispitivanjem doći do zaključka da su pacijenti sa duodenalnim ulkusima hiperacidni i to sa cefaličnom fazom hipersekrecije na koji vagus ima veliki uticaj.

Kao što se vidi iz strane literature (12, 13) a i kod nas su mnoge ustanove počele tako da rade. U zadnje vrijeme se pristupa kod ulkusne bolesti vagotomiji — selektivnoj ili obostranoj, samoj ili u kombinaciji sa dopunskim zahvatima (antrektomija, piloroplastika). Mi u tome nemamo iskustava.

Iz priložene tabele se vidi da je iz našeg materijala moguće izvesti slijedeće zaključke:

1. — Da su žene u odnosu na muškarce kod ulkusne bolesti zastupane sa 13,7%. To je brojka koja se odnosi na operirane pacijente sa hladnim ulkusima. Kod perforiranih ulkusa ta brojka iznosi svega 4%. Postotak žena kod ulkusnih bolesnika je relativno nizak. No mi ne bismo mogli utvrditi da je to posljedica menadžerske bolesti i dinamike života uvjetovane tehnikom. Većinom su to bolesnici iz zabačenijih krajeva i relativno siromašnijeg imovnog stanja. Vjerojatno je da i način ishrane igra izvjesnu ulogu u nastajanju ulkusne bolesti (kukuruz, grah, suho meso, kiseli kupus).

2. — Da su, prema profesijama, najviše zastupljene grupe radnika sa 106 slučajeva, iako je ovo kraj još uvijek pretežno zemljoradnički.

3. — Najčešće se odlučuju pacijenti na operativno liječenje u dobroj skupini od 30—40 godina, u kojoj je 91 operiranih.

4. — Komparativno u odnosu na dvije grupe, koje smo postavili u sedmogodišnjem materijalu:

a) da je u prvih pet godina konzervativno kirurški liječeno od perforacije ulkusa 99 pacijenata, dok je u druge dvije godine učinjeno 39 resekcija i svega 37 tretirano palijativno;

b) da je u prvoj grupi u 5 godina učinjeno svega 56 resekcija, dotle je u drugoj grupi u dvije godine učinjeno 85 resekcija. Iz tabelarnog prikaza je vidljivo da je kod 14 sangvinirajućih ulkusa iz druge skupine, učinjena resekcija. Smatramo da je jedino ispravan stav kod obilne sangvinacije — resekcija. Ona je mnogo manje opasna od ekspektativne terapije — pogotovo u ustanovama u kojima se ne raspolože količinama krvi »po želji«. Čak i pacijenti sa manje od 2,000.000 eritrocita i niskim hgl: podnose zahvat dobro. Dva slučaja smrti od iskrvarenja iz ulkusa, uz dovoljne količine krvi, natjerali su nas na radikalitet.

Iz a) i b) se može zaključiti da je priliv pacijenata u dvije zadnje godine dana jako porastao sa perforiranim i hladnim ulkusima.

5. — Pokušali smo uporediti naš materijal sa materijalom Johnsona (16) i njegovom podjelom ulkusne lokalizacije. U prvom dijelu referata smo prikazali vrijednosti koje iznosi Johnson. Kod nas one izgledaju ovako: tip 1 i 1a iznosili bi 68,8%, tip 2 — 15,6% i tip 3 — 15,6%. Ako želimo izvući neke zaključke iz ovoga, onda možemo reći samo da je u nas zastupljen nešto jače tip 1 nego u njegovom materijalu i to sa 68,8%, a u njega sa 57%, dok se ostala dva tipa uglavnom poklapaju s njegovim vrijednostima.

Želim još navesti i mortalitet naših bolesnika, a što nije u tabeli moglo biti prikazano.

Mortalitet u prvoj skupini do 1965. godine kod operiranih na hladno, iznosio je — 2 na 56 operiranih ili blizu 4% a naš mortalitet u drugoj skupini kod ove grupe operiranih na 85 svega 1, što bi iznosilo oko 1,2%. Mortalitet u skupini do 1965. godine kod palijativno tretiranih iznosio je na 99 operirana 9 umrlih, ili oko 10%. Na našem materijalu od 37 operiranih 5 umrlih ili oko 13%. Međutim, na 39 reseciranih kod perforacije bila su svega 2 umrla. Kad bismo zbrojili palijativno i radikalno tretirane perforirane ulkuse i mortalitet na ovom materijalu, izgledalo bi ovako: operiranih 76, mortalitet 7. Iz ovog se jasno vidi da je i pored radikalnog stava koji imamo u tretiranju perforiranih ulkusnih pacijenata, mortalitet je smanjen u odnosu na skupinu bolesnika tretiranih do 1965. godine. Kod reseciranih zbog sangvinacije imali smo na 14 slučajeva jednog umrlog (7,8%).

Možemo biti sasvim zadovoljni našim rezultatima, a oni se kreću u granicama ostalih svjetskih i domaćih kirurških kuća. Uz to smatramo potrebnim napomenuti da je naš materijal bez izbora i da većina onih koji se odlučuju na operativni zahvat dolazi zbog dugotrajnosti bolesti i iscrpljenosti, zbog komplikacija ulkusne bolesti: inancije, hipoproteinemije, jakih kaloziteta, penetracija u razne organe, stenoza u području duodenuma i sangvinacije. Maligne alteracije i primarna maligna oboljenja nismo u ovom razmatranju uzimali u obzir.

		KRVNA GRUPA							
		A		B		AB		0	
		+	-	+	-	+	-	+	-
Želućani hladni	Fundus ili tip 1.	7		4		1	1	7	
	Kombinirani	1		1		1		1	
	tip 3.	2		1				2	
	UKUPNO	10		6		2	1	10	
Duodenalni hladni		10	3	10	1	2		2	1
UKUPNO SVIH		20	3	16	1	4	1	12	1
Želućani	Perforir.	Fundus Pilorus i	5	1	2	1	2		2
		Prepilorus	5		2	1			2
	UKUPNO		2						1
	Sanguinirajući		12	1	4	2	2		5
Duodenalni	Perforirani	33	3	33	4	10	2	43	1
	Sanguinirajući	5	1					2	
	UKUPNO	38	4	33	4	10	2	45	1
Ulcus pepticum jejuni		1		1					
SVEUKUPNO		71	4	54	7	16	3	62	2

TAB. 2

Ovom tabelom htjeli smo napraviti usporedbu sa materijalom Johnsona (16) i vidjeti kako se odnose ulkusne pacijenti po učestalosti u odnosu na krvne grupe. Kod ovoga smo mogli ustanoviti da se radi o dosta velikoj divergenciji, jer na našem materijalu najveći broj pacijenata pripada grupi A, zatim 0, pa tek onda grupi B i AB. U postocima to izgleda ovako: grupa A=37%, 0=29%, B=27%, i AB=7%. U materijalu koji iznosi Johnson najveći broj pacijenata pripada grupi 0 i to 51%, a zatim grupi A=39%, pa grupi B=7%, i AB=2%. No, mišljenja smo da u ovome nema nikakve karakteristike koju bi trebalo posebno uočiti, jer ovakav raspored krvnih grupa odgovara našoj rasi i geografskom položaju, pa iz toga ne bismo mogli izvlačiti nikakove posebne zaključke.

Zaključak

U općem dijelu iznosimo najnovije stavove u svjetskoj literaturi o etiologiji ulkusne bolesti i podjeli prema lokalizaciji, o korelacijama spolova, dobi i zanimanja, a na kraju principe modernog stava u kirurškom liječenju.

Na našem materijalu je vidljivo da je većina ulkusnih bolesti među radnicima. Mislimo da i način ishrane igra veliku ulogu u nastajanju bolesti, uz sve ostale elemente. Dajemo prednost resekciji Bilroth I nad Bilroth II, gdje je god to moguće, uz modifikaciju po Hoffmeisteru, a kod perforiranih ulkusa sa

kalozitetom eksciziji kaloziteta nad jednostavnim prešivanjem perforacionog otvora.

Naš mortalitet kod reseciranih iznosi 1,2%. Kod reseciranih nakon perforacije 5%. Na 14 krvarećih pacijenata imali smo jednog umrlog. Nismo našli odstupanja u učešću krvnih grupa, a niti u lokalizaciji ulkusne bolesti.

LITERATURA

1. — Hahn A. i Knežević S.: Medicinska enciklopedija, Leksikografski zavod Zagreb, 1965.
2. — Christopher F.: A textbook of surgery, Saunders Philadelphia — London 1954.
3. — Higgins and Orr: General Surgery, Saunders, Philadelphia — London 1958.
4. — Zimmerman and Levin: Physiologic principles of surgery, Saunders, Philadelphia — London 1957.
5. — Boyd W.: Pathology for the Surgeon, Saunders, Philadelphia — London 1959.
6. — William Requarth: The acute abdomen, The Year Book Publishers, Chicago 1958.
7. — Gaetano Zamitti Mammana: Journal de Chirurgie 2, 91, Paris 1966.
8. — Brocq P.: Traité des urgences en chirurgie, Masson, Paris, 1956.
9. — Hersley and Bigger: Operative surgery, Mosby, St. Louis, 1953.
10. — Devit J. E. Brawn F. N. Beatric W. C.: Annals of surgery 1964, 5, 1956.
11. — James E. Tompson, Dailley K. Tomas: Annals of surgery 163, 5, 1966.
12. — Capper W. M. Butler M. D. et al.: Annals of surgery 163, 2, 1966.
13. — Raymond C. Read, M. D. Hubert C. Huebl, M. D.: Annals of surgery 162, 4, 1965.
14. — Seneque J. et Ch. Chatelin: Traité de therapeutique chirurgicale, Masson, Paris, 1961.
15. — Judd C. S. M. D. Kazuchi Tanaka: Annals of surgery 162, 5, 1965.
16. — H. Daintree Johnson M. D.: Annals of surgery 162, 6, 1965.
17. — Charles Charel: Strategie et tactique en chirurgie abdominale, Masson, Paris, 1955.
18. — Judin S. S.: Etjudi želudačnoj kirurgiji Medicina, Moskva, 1965.

SUMMARY

Department of Surgery, Medical Center of Banja Luka
 ULCERATIVE DISEASE OF GASTRODUODENUM AS
 SURGICAL PROBLEM

Frane Stančić and Krsto Džepina

In the general part we expose the point of view of the most recent literature in the world on the etiology of ulcerous diseases, their division according to localisation, the corelation of the sexes, age and occupation and at the end the principles of modern surgical treatment.

In our material the greatest part of patients were workers and we conclude that manner of feeding plays an important role in the creation of ulcerous diseases besides other elements.

We prefer Bilroth I resection rather than Bilroth II, with modification by Hoffmeister and by perforated ulcers with calosity excision of calosity over simple enlargement.

Our mortality on 85 resection brings 1,2%. With resection after perforation bringing 5%. On 14 bleedings we had only 1 death.

In our material we found equally represented patients of all blood groups and there were not differences in localisation of ulcerous diseases.

*Kirurška služba sa traumatologijom
 Medicinski centar Banja Luka
 Načelnik: dr Frane Stančić*



dr Ivo Marinović, na stručnom sastanku ortopeda BiH

Značaj akutnog virusnog hepatita za nastajanje hroničnog oboljenja

Dragomir Todorović

Problem rezidualnih i hroničnih progredijentnih oboljenja jetre posle akutnog virusnog hepatita (avh) bio je predmet mnogobrojnih proučavanja u poslednje dve decenije u vezi s porastom interesa kliničara za avh uopšte u posleratnim godinama. Uprkos znatnom proširenju naših razumevanja na tom polju, mnoge su pojave ostale nedovoljno objašnjene ili sporne, a među njima naročito pitanje hroničnog hepatita (hh). Već i sama definicija hh kao nozološke jedinice pričinjava još uvek velike teškoće. U ovom radu pod hh se podrazumeva svako oboljenje jetre koje traje više od godinu dana, a histološki se karakteriše pored ostalog i izvesnim stepenom fibroze.

Posmatrajući veliki broj bolesnika, Kalk i Wildhirt¹ su zaključili da postoje sledeće mogućnosti u kliničkom toku avh: 1) izlečenje 2) postepen prelaz u hh sa mogućim izlečenjem ili prelaskom u cirozu i 3) ožiljna jetra zbog masivne akutne nekroze. Poslednje dve mogućnosti mogu biti udružene. Zapažanja mnogobrojnih drugih autora bila su slična, naročito što se tiče prvih dveju mogućnosti. Time je izgledala rasvetljena etiologija mnogih hroničnih oboljenja jetre sa žuticom u ranijoj anamnezi, pa i bez nje, jer su anikterički i subklinički oblici hepatita brojni, a dobijeno je i vrlo atraktivno objašnjenje za nastajanje tzv. juvenilne ciroze jetre.

Međutim drugi posmatrači, među kojima su bila i imena već dobro poznata u hepatologiji (Mallory, Chalmers), izrana su negirali mogućnost prelaska avh u hronično oboljenje. I u novije vreme javljaju se radovi sa takvim shvatanjem.² Mala verovatnoća da avh može biti čest uzrok kasnije ciroze spominje se i u hepatologijama koje su već postale klasične.³ Očigledno, mnoge činjenice odobravaju zauzimanje takvog stava:

1) Dijagnoza avh nepouzdana je bez histološke verifikacije, jer akutni zamasi neprepoznatih hroničnih oboljenja mogu imitirati njegovu kliničku sliku. U većini zdravstvenih ustanova aspiraciona biopsija jetre primenjuje se u dijagnostici avh samo izuzetno. Osim toga, i histološki nalaz je u nekim slučajevima avh atipičan ili normalan.

2) Nemogućnost mikrobiološkog dokazivanja virusa daje za pravo hipotezi da oboljenja koja danas klasifikujemo kao avh mogu biti i raznorodna. Ne postoje ni druge kliničke metode kojima se može proceniti dužina prisustva virusa u toku oboljenja jetre, kako akutnih tako i hroničnih.

3) Zbog čestog istovremenog prisustva drugih etioloških faktora (hipoksija, etilizam, deficitna proteinska ishrana, hronične intoksikacije), teško je odrediti koliki je udeo virusa u prouzrokovanju hh.

Problem prelaska avh u hh ostaje, dakle, otvoren. Iz ovog razloga izgledalo je od interesa iznošenje rezultata postignutih

u lečenju avh i hh u kraju gde su ova oboljenja česta i gde su bezmalo svi bolesnici upućeni na jednu ustanovu, u kojoj se tretira kako avh, tako i sve sekvele ovog oboljenja.

Naši bolesnici

1) Grupa avh. Od 126 bolesnika koji su odgovorili na našu anketu 3 meseca posle hospitalizacije zbog avh, samo 26 nije imalo nikakve tegobe (20,7%). Među ostalima 82 su se žalila na bol u predelu jetre a 18 je imalo tegobe u epigastrijumu.

Histološki pregled jetre načinjen je kod 74 bolesnika, iz gornje grupe 3—12 meseci posle avh. Mala fibroza i okrugloćelijska infiltracija nađene su u prvim mesecima posle avh kod dve trećine bolesnika (66,5%), a osrednja fibroza sa tendencijom premoštavanja kod 4%. Sve ove promene su regresirale u toku 12 meseci. Naročito je bila iznenađujuća regresija u bolesnika sa većim stepenom fibroze. S druge strane, od velikog broja bolesnika sa avh, niko nije u kasnijim godinama tretiran zbog hroničnog oštećenja jetre koje bi se sa sigurnošću moglo pripisati isključivo ranijoj akutnoj infekciji.

2) Grupa hh. U toku poslednjih 10 godina lečeno je na Internom odeljenju u Banjaluci 708 bolesnika sa hh. U toj grupi nalaze se 22 bolesnika sa žuticom u ranijoj anamnezi kojoj je uzrok mogao biti avh. Ako se pretpostavi da ovi bolesnici potiču iz velike grupe od 2663 osobe lečene u istom periodu od avh, onda bi se prelaz u hronično oboljenje mogao očekivati kod 0,81% akutno obolelih.

Ovu grupu sačinjava 13 muškaraca i 9 žena i to 11 mladih (20—40 god.), 5 sredovečnih (40—60 god.) i 6 starih osoba (preko 60 god.). Među njima su dosta ravnomerno raspoređene domaćice, zemljoradnici, penzioneri, službenici i radnici. U anamnezi skoro svi su se žalili na osećaj težine i pritiska pod desnim rebarnim lukom. Kod nekih je postojala skorašnja žutica (5), groznica (2), upadljiva anoreksija (3), opšta slabost (3) i krvavljenje iz nosa ili digestivnog trakta (3). Svi su imali nesumnjivu žuticu u prošlosti i to 6 bolesnika pre godinu dana ili manje, 3 bolesnika pre 2—5 godina i 13 pacijenata pre 6—15 godina. Recidivantna žutica, koja se javljala u dva maha u prošlosti, zabeležena je kod 4 bolesnika.

Jetra je bila povećana kod 11 pacijenata, slezina kod 3.

Zvezdasti vaskularni nevusi ili palmarni eritem nađeni su kod 7, a ascit je imalo 5 bolesnika.

Flokulacione probe bile su normalne u više od polovine osoba u ovoj grupi (13), u ostalih slabo pozitivne (4) ili jako pozitivne (5). Bilirubinemija je bila normalna kod 8 bolesnika, neznatno povišena (do 2 mg%) kod 11 i lako povišena (2—5 mg%) kod 3. Snižena sideremija nađena je kod 8, normalna kod 6 a povišena u daljih 8 bolesnika. Aktivnost alkalne fosfataze se kretala u normalnim granicama kod 9, a bila je umereno povećana kod 11, dok su vrednosti karakteristične za opstrukciju žučnih puteva postojale u 2 pacijenta. Retencija BSP preko 10% posle 45 minuta nađena je kod više od polovine bolesnika a jedva jedna četvrtina je imala i tipične promene u proteinogramu (hipoptoreinemija, hipalbuminemija, hipergamaglobulinemija).

Karakteristična histološka promena u jetri svih bolesnika bila je fibroza, neznatna u 10 bolesnika, sa početnim premoštavanjem između portnih prostora kod 7, i slikom kompletne ciroze

jetre kod 5. U nekih bolesnika nađena je okrugloćelijska infiltracija portnih prostora i veziva (11), mezenhimna reakcija (5), steatoza (6), fokalna nekroza (5), sideroza (3) ili početna holo-staza (2).

Naročito su pažljivo tražene mogućnosti oštećenja jetre drugim faktorima u ovih bolesnika. Tako je zapažen alkoholizam, obično praćen steatozom jetre u 9; hronična hipoksija, kardijalna ili anemijska u 3; tuberkuloza drugih organa i dugotrajno uzimanje tuberkulostatika odnosno verifikovan holecistit sa akutnom egzacerbacijom u po jednom slučaju. Naknadno je utvrđen hronicitet pri ranijoj žutici pregledom dokumentacije triju bolesnika. Kod 3 pacijenta došlo je do regresije histoloških i biohemijskih poremećaja u toku nekoliko meseci do 1 godine. Preostaju dve bolesnice sa kliničkom slikom koja bi mogla odgovarati idiopatskoj cirozi jetre opisanoj kod žena u menopauzi.⁴

Diskusija

Fibroza je osnovna histološka crta hroničnog hepatita. Poznato je da se vezivo u tkivu jetre stvara na mestima promenjenog pritiska, bilo zbog gubitka tkivne supstancije, kao što je slučaj posle fokalne ili masivne nekroze, ili pak usled infiltracija, tezurizmoza itd. Otuda se od avh teoretski može očekivati kasnija fibroza, jer šarenilo histološke slike u akutnom stadijumu nesumnjivo znači velike promene pritiska na mnogim mestima usled propadanja tkiva i naknadne regeneracije.⁵ U histološkim preparatima naših bolesnika sa avh ta fibroza je nesumnjiva, iako njen stepen nije veliki. Međutim, neočekivano velika sklonost regresiji sa nestajanjem skoro formiranih mostova između pojedinih portnih prostora je vrlo srećna okolnost, koja u najvećoj meri smanjuje značaj avh za nastajanje hh. Činjenica da od 2663 bolesnika lečenih u toku 10 godina od avh ni kod jednog nije kasnije histološki verifikovan hh u odsustvu drugih cirogenih faktora, zaslužuje punu pažnju. Ako se histološke promene u nekim slučajevima jave, redovno postoji i neki drugi etiološki faktor koji bi bez žutice u anamnezi bio otkriven za nastajanje hh.

Franken i saradnici su na sličan način obradili veliku grupu bolesnika ranije hospitalizovanih zbog avh i izdvojili 33 pacijenta sa biohemijskim ili histološkim poremećajima, ali su u svih našli i druge etiološke faktore koji su mogli biti odgovorni za poremećaj. Izgleda da čak i gastrički poremećaji, tako česti kod nas, mogu imati ozbiljne reperkusije na funkciju jetre, jer je izvestan stepen steatoze nađen u skoro polovine bolesnika sa gastr-duodenskim ulkusom.⁶ Žutica u anamnezi je bez sumnje značajan podatak, iako

nije lako utvrditi uvek da li ona znači preležani avh. To ni u naših bolesnika nigde nije moglo biti sa potpunom sigurnošću utvrđeno. Međutim, ukoliko više vremena prođe od povlačenja ikterusa, utoliko je veća mogućnost delovanja drugih cirogenih faktora, koji ne moraju biti uvek upadljivi. I bez statistike, u prisustvu bolesnika sa umerenim etilizmom i žuticom u anamnezi, mora se priznati nocivan značaj *oba* spomenuta faktora. Kod najvećeg broja naših bolesnika od ranije žutice je proteklo 5—10 godina i više, period dovoljno dug za delovanje druge nokse.

Izražena steatoza u histološkom prearatu jetre kod bolesnika sa hh i avh u ranijoj anamnezi umanjuje etiološki značaj

preležanog hepatita i ukazuje više na oštećenje alkoholom ili pothranjivanjem.

Našim argumentima se ne može sa sigurnošću dokazivati svako odsustvo značaja avh za etiologiju hh, ali oni ukazuju sa velikom verovatnoćom na tačnost takve postavke. Za njenu definitivnu potvrdu bilo bi neophodno kliničko, biohemijsko i histološko ispitivanje velike grupe ljudi lečenih od avh u zdravstvenoj ustanovi pre dovoljnog niza godina, što u našim prilikama dosad nije bilo moguće.

Ako virus avh može biti od značaja za nastajanje hroničnog oštećenja jetre sa fibrozom, onda je za ovo potrebno sadejstvo nekog od spomenutih drugih etioloških faktora. Time se ne negiraju već dobro poznate opasnosti od ovog virusa u toku akutne faze hepatita.

Zaključak

Posmatranjem grupe od 2663 bolesnika lečenih od avh u toku 10 godina, nađeno je da se histološke promene kod preživelih povlače u toku jedne godine, čak i kad je postojao osrednji stepen fibroze.

U grupi od 708 bolesnika sa hroničnom fibrozom jetre nađena su 22 bolesnika sa žuticom u ranijoj anamnezi. Kod svih je postojao i neki drugi etiološki faktor koji bi se mogao okriviti za nastajanje hroničnog oboljenja.

LITERATURA

1. H. Kalk, *Cirrhose u. Narbenleber*, F. Enke Verlag, Stuttgart, 1957.
2. F. H. Franken i sarad., *D. Med. Wchschr.* 91, 1754, 1966.
3. H. Popper, F. Schaffner, *Liver: Structure and Function*, The Blakiston Division, New York, 1957.
4. G. A. Martini, W. Döhle, *Klin. Wchschr.* 38, 13, 1960.
5. H. Thaler, *D. Med. Wchschr.* 91, 733, 1966.
6. R. X. Zittel, H. Weyand, F. Weyand, *D. Med. Wchschr.* 92, 791, 1967.

Internistička služba

Medicinskog centra Banja Luka

Načelnik: dr Andrija Mikeš

Dijagnostički problemi kod infektivne mononukleoze

Andrija Mikeš, Miljenko Mrakovčić.
Dušan Terzić i Ana Glavaš — Klindić

Infektivna mononukleoza (IM) je oboljenje koje u nas povremeno privuče pažnju kliničara i mikrobiologa, više zanimljivim ili osobenim kliničkim manifestacijama, novim serološkim istraživanjima, nego masovnošću ili drugim činiocima. Godišnje pojedine veće infektološke ili pedijatrijske ustanove, ređe druge, vide jedan do 50 slučajeva. Obično su to sporadični slučajevi, u našim krajevima nisu opisane epidemije.

Od prvog opisa (Pfeiffer 1932. g.) do danas u svetu je objavljeno mnogo radova i monografija o toj bolesti. Može se reći da je klinička slika, ona tipična, a i posebni oblici veoma dobro poznata. Moglo bi se pretpostaviti da dijagnoza IM ne nailazi na poteškoće. Međutim, to nije sasvim tako.

Pre svega, nije poznat uzročnik i prema tome nema neposredne etiološke dijagnoze. Postoje vrlo vredna istraživanja, lepa zapažanja i neizbežne zablude. Ranije je *Lysteria monocytogenes* pobuđivala pažnju, a od 1957. g. to je *Rickettsia Sennetsu* koju su u filtratu limfne žlezde i u krvi bolesnika identifikovali japanski autori Misao i Kobayashi. Oni su uspeali da filtratom limfne žlezde inokulisane dobrovoljcima, i u eksperimentu miševima, izazovu oboljenje sa slikom identičnom spontanoj IM-i. U Evropi i Americi ovi radovi nisu mogli biti reprodukovani i verifikovani. Veruje se da je u ovim krajevima sveta uzročnik bolesti neki drugi agens iz grupe virusa.

Moguće je da razni uzročnici mogu da izazovu isto oboljenje. Ipak, uzročnik IM nije poznat.

Dijagnoza bolesti zasniva se na tri karakteristična elementa: kliničkoj slici, hematološkim i serološkim promenama. Ovom trijasu mogu se dodati i morfološke promene u jetri. Ipak, veoma je mali broj slučajeva u kojih se dijagnoza zasniva na pozitivnim elementima svih navedenih karakteristika.

Zbog toga smo uvereni da rasprava o dijagnostičkim kriterijima IM može da bude od interesa.

Naš materijal

Rasprava se delom zasniva na posmatranju bolesnika koji su u periodu 1962—67. dijagnostikovani kao IM, i to na dečjem, infektološkom i internom odeljenju. U tih 6 godina, dijagnoza IM postavljena je 23 puta, ili približno 4 bolesnika godišnje.

Od ovih, do 5 godine starosti	9
5—14 godine starosti	9
iznad 14 godine starosti	5

(najstariji 25 i 33 godine, ostali svi mlađi od 20 godina)
Dijagnoza IM postavljena je na bazi navedena 4 elementa i to:
Među njima muškaraca je 16, ženske dece 7

— klinička slika, hematološke promene, histološka slika i Paul-Bunnellova reakcija granična (1:56) — u jednog bolesnika,

— klinička slika, hematološke promene i Paul-Bunnellova reakcija 1:28 i 1:56, u 6 slučajeva,

— klinička slika, hematološke promene, histološke promene u jetri i negativna Paul-Bunnellova reakcija — jedan bolesnik,

— klinička slika i hematološke promene, negativna reakcija Paul-Bunnellova (0,1:7 i 1:14) — u 8 bolesnika,

— samo klinička slika i hematološke promene (serološke reakcije nisu rađene) — u 6 bolesnika.

U kliničkoj slici:

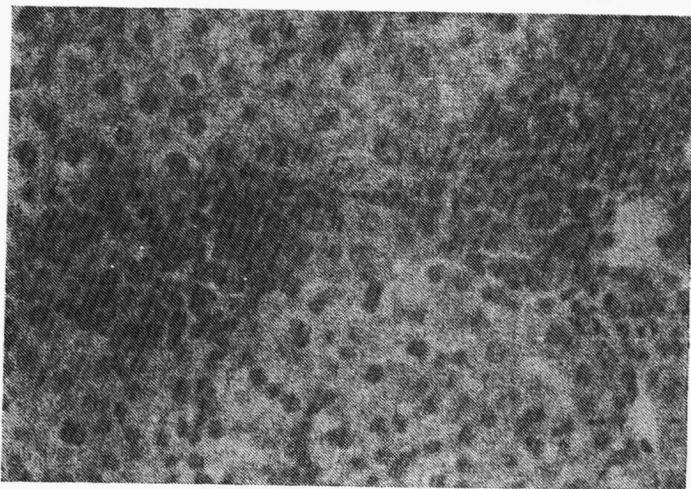
sa klasičnom slikom	17 bolesnika
hemoragični proliv	1 bolesnik
klasična slika + žutica	1 bolesnik
samo žutica (»hepatit«)	2 bolesnika
posle virusnog hepatita?	1 bolesnik
difteroidni oblik	1 bolesnik

Drugi podaci biće navedeni u daljem tekstu, u odgovarajućim poglavljima.

Promene u jetri

Jetra je uvećana kod približno trećine bolesnika. Prema Popperu to iznosi 34%, a prema podacima Penatija 17—60%.

Testovi koji odražavaju promene u funkciji RE sistema u celini i oni koji govore za oštećenje parenhima jetre pozitivne



sl. 1

Nodularni infiltrati »limfomonocitima« u portnom prostoru i periportno. Bolesnik 11 g., sa »hepatitom«. Povećanje 200 ×

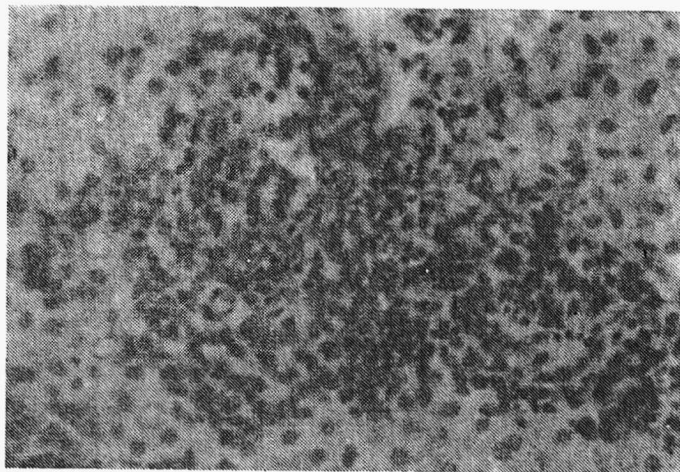
su kod slučajeva IM vrlo često. Prema Popperu koji je sabrao podatke 4 grupe autora, to je ovako:

Cefalin-holesterol	u 224 bolesnika pozitivan u 81%
Timol zamućenje	u 246 bolesnika pozitivan u 64%

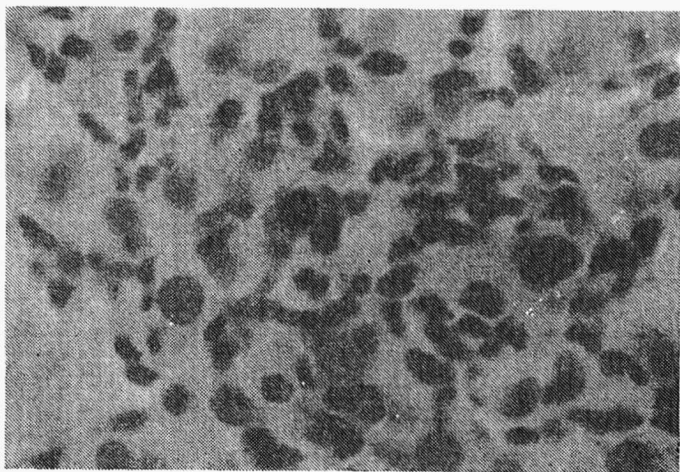
Retencija BSP-a	u 142 bolesnika patološka u 67%
Alk. fosfataza	u 56 bolesnika patološka u 65%
Holesterolski estri	u 29 bolesnika patološki u 48%
Protrombinsko vreme	u 21 bolesnika patološko u 29%
Bilirubinemija	u 249 bolesnika patološka u 25%

Prema Baaru, globalno uzevši, ovi testovi su patološki u 75% bolesnika.

Flokulacijske probe su urađene u naših 5 bolesnika (i to: cefalin-holesterol, timol flokulacija i timol замуćenje, kadmijska proba, Weltmann — i to ne sve kod svih bolesnika) — globalno gledano, bez posebne analize svakog testa, pozitivne su u svih 5 bolesnika.



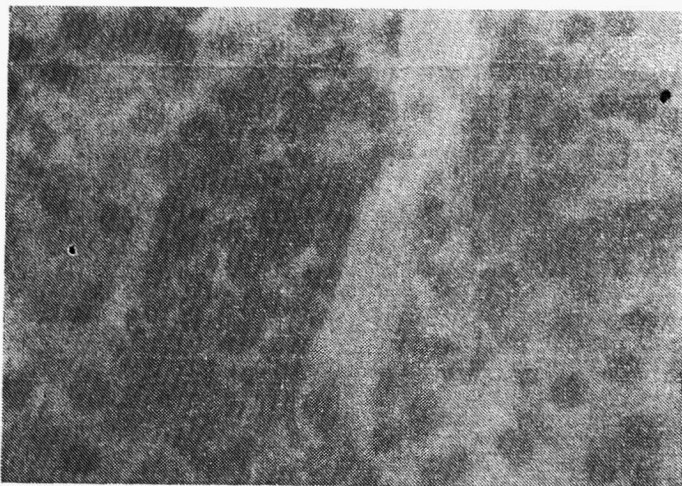
sl. 2
 »Limfomonocitna« infiltracija u portnom prostoru. Isti bolesnik
 kao u sl. 1. Povećanje 200 ×



sl. 3
 Limfoidni čvor u parnehimu. Bolesnik kao u sl. 1. Povećanje 400 ×

Bilirubinemija je povišena u tri bolesnika sa žuticom, i to 2.1,—4.1 i 6.3 mgr%. Normalizovala se posle 2 do najviše tri nedelje po početku bolesti.

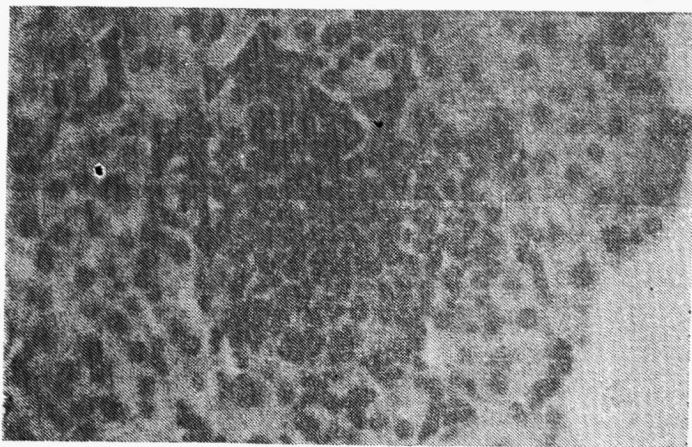
Sideremija je u dva bolesnika bez žutice 25 i 66 mcg%, a u dvojice sa žuticom 174 i 234 mcg%.



sl. 4
Limfoidni čvor duž manjeg krvnog suda. Bolesnik kao i sl.1.
Povećanje 400 ×

Alkalna fosfataza je rađena u 4 bolesnika, najveća vrednost kod jedne žutice 15 King-Armstrongovih jedinica.

Transaminaze (SGOT i SGPT) rađene su kod tri bolesnika — kod dvojice sa žuticom i kod difteoidnog oblika. U prva dva

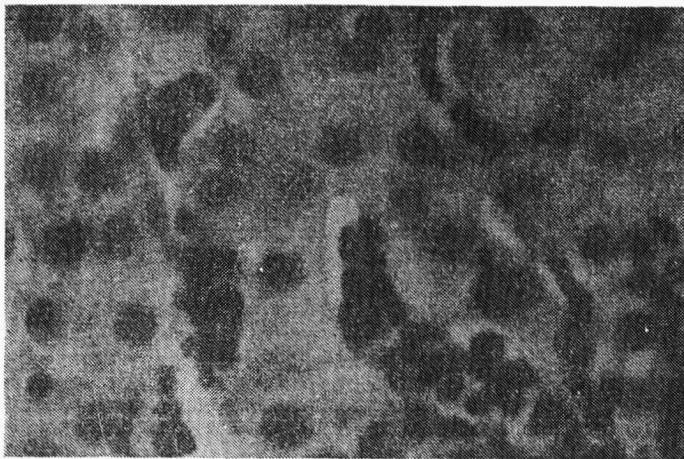


sl. 5
Limfoidni čvor u centralnom delu reznjica. Nema promena na hepatocitima. Bolesnica 18 g., bez žutice. Povećanje 200 ×

bolesnika one su kod prijema 300, odnosno 390, — i 380, odnosno 850 jedinica, a u bolesnika bez žutice 87, odnosno 51 jedinica.

HISTOLOŠKA SLIKA JETRE

Prve informacije o morfološkim promenama u jetri dali su patolozi koji su imali prilike da izvrše sekciju onih retkih slučajeva koji su umrli usled spontane ruptуре slezine (takvih slučajeva opisano je oko 20). Od 1942. godine pojavljuju se prvi opisi histoloških promena na materijalima dobijenim in vivo, biopsijom jetre. One su rađene kod pojedinih bolesnika,



sl. 6

Ista bolesnica, limfomonociti u sinusoidima. Povećanje 400 ×

obično kod onih sa žuticom, bez planskog proučavanja. Mi smo aspiracionu biopsiju uradili kod tri bolesnika.

Promene su dvojake u jetri:

a) dominira nodularna infiltracija atipičnim limfoidnim ćelijama. Čvorići se nalaze u svim delovima režnjića, više u centralnoj zoni, i u portnim prostorima. Čvorići su relativno jasno odvojeni od okolnog tkiva, mogu davati utisak »granuloma«. Od njih se u sinusoidima mogu da odvajaju izduženi infiltrati limfoidnih ćelija.

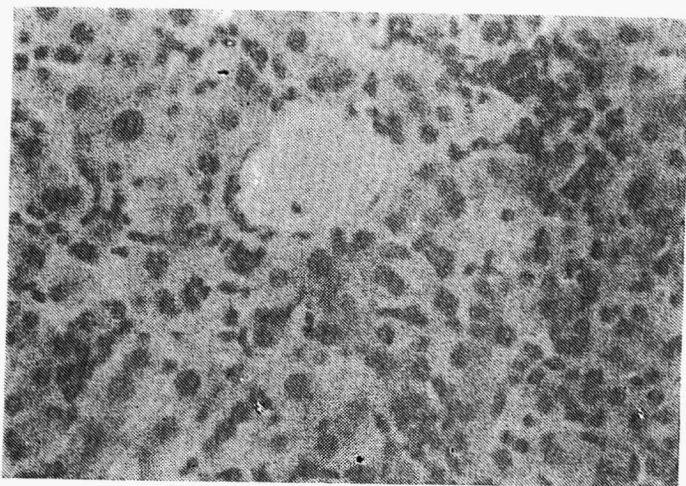
Retko se nalazi intenzivnije prisustvo limfoidnih ćelija u svim sinusoidima; tada slika veoma podseća na nalaz kod hronične limfatične leukemije.

Manji infiltrati se nalaze u grupama u pojedinom sinusoidu, u kapilarima, a ponekad je portni prostor gusto infiltrisan. U takvoj jetri ne nalaze se bitnije promene na hepatocitima, nema znatnije mezenhimne reakcije, nema bujanja veziva.

Kada se radi o bolesnicima sa žuticom, nalazi se centrolobularna holostaza umerenog stepena.

b) preovlađuje histološka slika »hepatita«, koja veoma podseća na ono što se vidi kod akutnog virusnog hepatita. Degenerativne promene na hepatocitima su ipak vrlo umerene, retko se nalazi nekroza pojedinog hepatocita (»spotty necrosis«), pa i acidofilna degeneracija pojedinog hepatocita (Popper i Schaffner). Oko ćelije u nekrozi nalaze se mezenhimne i limfoidne ćelije, one se vide i oko centralne vene (što Popper osporava

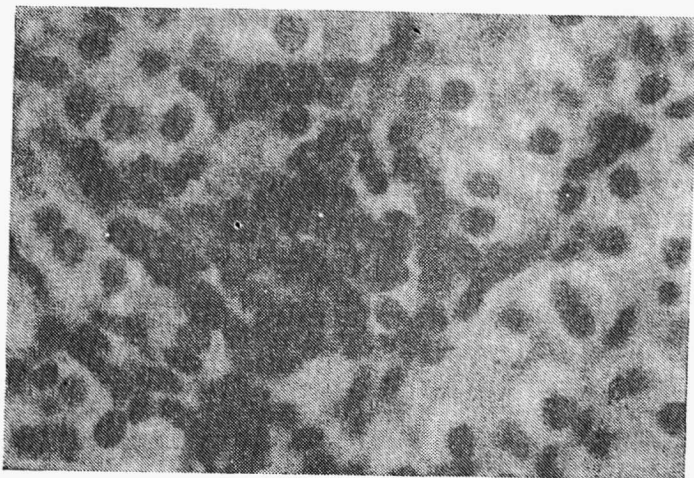
u svojoj knjizi). Nalazi se umerena proliferacija Kupferovih ćelija, i u slučaju ikterusa, znaci holostaze. Sve promene su neuporedivo manjeg intenziteta nego u virusnog hepatita. Zbog toga je veoma uočljivo da je regenerativna aktivnost velika, visok je broj velikih hepatocita sa dva jedra.



sl. 7

Histološka slika »hepatita«, područje centralne vene. Na mestima nekroze pojedinih hepatocita (osobito levo gore) veće atipične limfoidne ćelije. Bolesnica sa subikterusom. Povećanje 200 ×

Razlika od virusnog hepatita nije samo u opsežnosti promena, već mnogo više u tome što je i kod ovog tipa promena dominantna ćelija atipični limfocit (o kojem će biti više govora u poglavlju o hematološkim promenama), i to u portnom prostoru, oko ćelije u nekrozi, u sinusoidima, mogu se naći i u manjim grupama (sa malo iskustva one se mogu dosta lako



sl. 8

Detalj iz sl. 7. Povećanje 400 ×

prepoznati, razlikovati od drugih ćelija koje se nalaze kod akutne virusne upale u jetri).

Razumljivo je da se u jetri pojedinačnog bolesnika mogu da nađu kombinovano oba tipa promena — znaci hepatita i nodularna infiltracija. Nama se čini da karakter histoloških promena nije uslovljen ikterusom, mada drugi misle da je oblik sa »hepatitom« čешći kod slučajeva sa žuticom, osobito kada je žutica jedina manifestacija oboljenja. Penati, na osnovu mišljenja više autora, tvrdi da je hepatocelularno oštećenje češće u dece.

Žutica je kod IM relativno retka, u 1.3—10.7%, dok je bilirubinemija, uz latentno, nemanifestno oštećenje jetre, nešto češće — do 21% (Mason i Adamas), i 25% (vidi tablicu Popperovu). Međutim, izgleda da su morfološke promene jetre neuporedivo češće, ako ne i redovite (Cattan, Rey i Maghousodnia). Definitivno mišljenje o učestalosti afekcije jetre ipak se još ne može dati, jer serijskih, sistematskih ispitivanja na većem broju bolesnika nema.

HEMATOLOGIJA INFEKTIVNE MONONUKLEOZE

Oboljenje ne tangira crvenu lozu, ukoliko postoji malokrvnost, ona govori pre protiv dijagnoze IM. Izuzetak su samo anemije nastale kao posledica trombocitopenične purpore i hemolitičke anemije, koje mogu da komplikuju IM. Anemija jedne naše bolesnice utvrđena je znatno pre nego što je obolela od IM, kao posledica metroragija.

Broj trombocita je normalan, retko umereno snižen. Ipak, komplikacije sa trombocitopeničnom purpurom nisu izuzetne, a tada se nalazi odgovarajući poremećaj koagulacionog statusa sa dominantnom trombocitopenijom, i malokrvnost usled krvavljenja.

Protrombinsko vreme može da bude produženo (u 26% slučajeva — vidi Popper), i tada govori za poremećenu funkciju jetre.

Drugi koagulacioni defekti nisu zabeleženi.

Oboljenje prati obično leukocitoza, 10—20.000, retko više, a izuzetno i do 100.000. Prvih dana (ili sati) neutrofilija, a vrlo brzo je zamenjuje neutropenija, odnosno relativna i apsolutna limfocitoza.

U krvi su nađeni autohemolizini, a zabeležena je hemolitička anemija kao komplikacija IM u 40 slučajeva (Kostinas i Cantow).

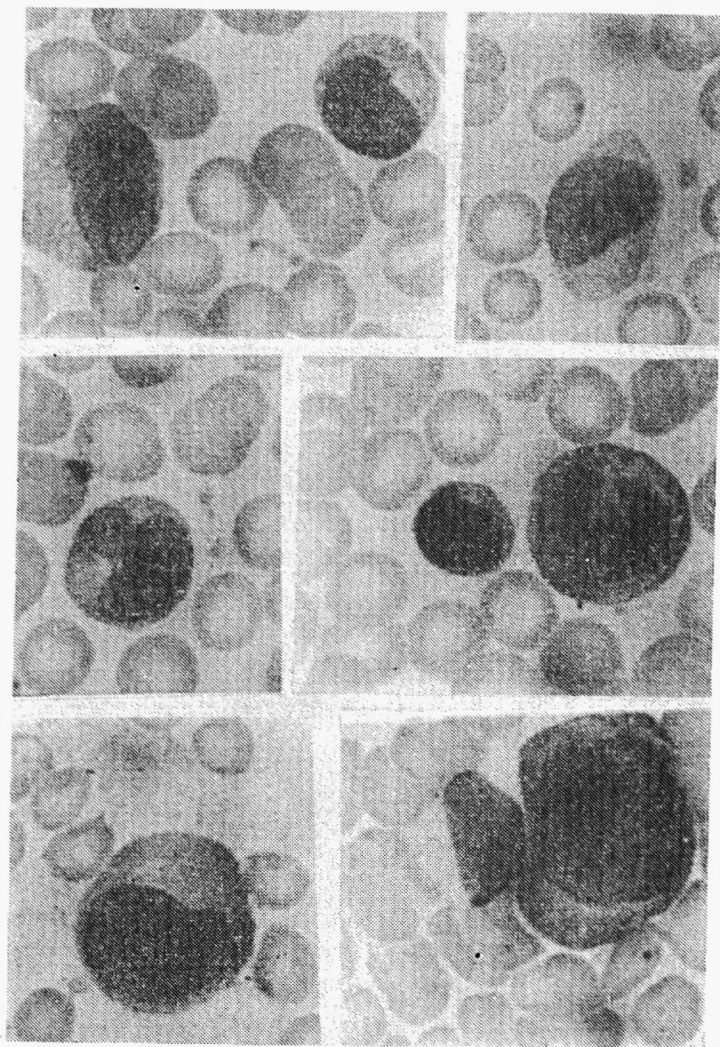
Druge karakteristične promene u krvi biće opisane nešto kasnije.

U koštanoj srži promene nisu toliko karakteristične kao u krvi. Nalazi se umerena proliferacija svih elemenata, osobito retikuluma, povećan procenat plazmocita, skretanje u levo u granulocitnoj lozi, a pojedinačno ili u malim grupama nalaze se limfoidne ćelije. Ranije (pretežno u sekcijskom materijalu) opisan je relativno čest nalaz manjih granuloma sačinjenih od epiteloidnih ćelija (vrlo sličnih drugim specifičnim i nespecifičnim granulomima), Hovde i Sunberg su ih našli u 48% pregledanih materijala (prema Rohru). Za razliku od drugih granulomskih bolesti, i oni su u srži nalazili izvestan broj limfoidnih ćelija (»limfomonocita«).

Ono što je, međutim, za dijagnozu presudno, jer su promene karakteristične, jesu promene u limfnoj žlezdi i u perifernoj krvi.

Limfadenopatija se nalazi u preko 90% bolesnika. Prema učestalosti, to su angularne, ispred i pozadi m. sternoclei-

domastoideusa, aksilarne, ingvinalne, hilusne i mezenterijalne. Histološka slika pokazuje znatnu hiperplaziju pulpe bogate retikularnim ćelijama, a u sinusoidima mnogo mladih histiocita. Pored njih, u sinusoidima se nalaze limfoidne ćelije (već više puta pomenute). Međutim, njih je teško histološki identifikovati, a i uopšte, histološka dijagnoza IM ne može da se postavi bez poteškoća. Citološka slika limfne žlezde je za dijagnozu IM mnogo vrednija. U razmazima se nalazi veliki broj »limfomonocita«, sa atipijama i velikim procentom ćelija u mitozu. Retke su džinovske ćelije sa poliploidnim jedrom koje veoma podsećaju na Sternbergove ćelije.



sl. 9—14

Ćelije infektivne mononukleoze (»limfomonociti«, »atipične limfoidne ćelije«, Pfeifferove ćelije)

ĆELIJE INFEKTIVNE MONONUKLEOZE

Ukupni broj mononuklearnih ćelija može biti veoma visok, i do 90%. Među njima se nalaze normalni limfociti, monociti, plazmociti i ćelije tipične za infektivnu mononukleozu. To su ćelije koje su i danas kamen spoticanja u kliničkoj citologiji, a o kojoj postoje različita mišljenja.

Osnovne morfološke i tinktorijalne osobine ove ćelije (ćelija infektivne mononukleoze, »limfomonocit«, Pfeifferova ćelija) jesu:

to je polimorfna ćelija i u pogledu veličine, karaktera citoplazme i jedra. Po veličini, ona se kreće između limfocita i monocita, koji put i od nje je veća. Jedro je ili u centru ćelije ili je ekscentrično, obično ovalno ili okruglo, sa hromatinska struktura finija, mrežasta i tada se redovno u njoj nalazi 1—2 jedarca (tada je bliža limfoblastu). Citoplazma je svetloplava, ređe tamno ljubičastoplave boje (tada podseća mnogo na plazmocit), bez granula ili sa nešto azurofilnih granulacija, s negativnom oksidaznom reakcijom. Može da bude vakuolizirana, i redovno ima svetli rub oko jedra.

Već ovaj nepotpuni opis pokazuje da ta ćelija može da podseća i na limfocit — limfoblast, na plazmocit — plazmoblast i na monocit — monoblast, te je razumljivo da je razni autori ubrajaju u razne grupe ćelija, i da je dobila različite nazive.

Prvi hematološki obrađen slučaj u početku je dijagnostikovao kao akutna leukemija (Türk, prema Baaru). Zaista, ponekad je procenat tih ćelija tako visok u razmazima periferne krvi, da na prvi pogled svojim brojem i izgledom mogu da izazovu dijagnostičke probleme.

Downey je pokušao da te ćelije kategorizuje u 3 tipa, no takva klasifikacija više nije održiva. Danas preovlađuje gledište da Pfeifferova ćelija pripada porodici limfocita. Nju su proučavali elektronskim mikroskopom Peagle i sar., i našli u njoj organizaciju organela kao u limfocita, Galbraith i sar. isto su to potvrdili histohemijskim ispitivanjima. Mitoza ćelija je u perifernoj krvi mnogo manje nego u limfnoj žlezdi, ali više nego što je to kod akutnih leukemija. Ćelije poseduju veliku potencijalnu proliferacionu sposobnost. Bertino i sar. su našli da ona sadrži enzimski aparat potreban za sintezu DNA, kao i ćelije akutne i hronične leukemije, ali je procenat ćelija sposobnih za promptnu sintezu dezoksiribonukleinske kiseline (osnovni vitalni supstrat vitalnosti i sposobnosti za deobu) za blizu 50 puta veći u krvi nego kod zdravih limfocita i leukemija (»Already in DNA Synthesis« — Mac Kinney Jr). Normalno je u kulturi limfocita zdravih osoba ćelija sposobnih za promptnu sintezu DNA 0.1%, a kod IM taj procenat je i 5%. U ćeliji IM i u ćelijama kod akutnih leukemija, sinteza DNA odvija se po istoj shemi (Hale i Cooper).

Zanimljivi podaci dobijeni dodavanjem fitohemaglutinina kulturi limfocita (zdravih) govore mnogo u prilog limfoidnog porekla ćelije IM-e. Naime, u takvoj kulturi događa se nešto iznenađujuće, tj. zreli limfociti se dediferenciraju, »preobražavaju« u mlade limfoblaste sposobne za dalje deljenje i proliferaciju, a ove ćelije veoma podsećaju na Pfeifferove ćelije. Za razliku od ćelija IM, kod koje se u kulturi događa isti fenomen, u kulturi limfocita limfatične leukemije toga nema.

Iz toga bi se mogao da izvede zaključak, da se limfociti i in vivo, pod uticajem nekog agensa (kao u kulturi pod uticajem fitohemaglutinina) mogu da izmene i »podmlade«, a taj agens bi lako mogao da bude uzročnik, neki virus. Činjenica je da Pfeifferova ćelija nije strogo specifična za IM i da se ona nalazi u krvi i drugih infekata, prvenstveno virusnih, i to kod rubeole, morbila, pertusisa, hepatita i drugih.

SEROLOŠKA DIJAGNOZA IM

Zasniva se na činjenici da se u serumu bolesnika nalaze heterofilna antitela, aglutinini i hemolizini, tj. aglutiniraju odnosno hemoliziraju eritrocite drugih vrsta. U praksi se koristi aglutinacija ovčijih eritrocita (Paul—Bunnell 1932. g.), a ređe hemoliza goveđih eritrocita (Baily i Raffel 1935. g.). Međutim, Paul—Bunnellova reakcija nije strogo specifična i može da bude pozitivna kod niza drugih oboljenja npr. kod malignih hemopatija (Southam), hepatita i drugih. S druge strane kod blizu polovine slučajeva sa IM ona je negativna. — Zbog lažno pozitivnih rezultata Davidson je preporučio diferencijalni test apsorpcije. Serum bolesnika se pre izvođenja Paul-Bunnella dovodi u kontakt sa kvanim bubregom zamoraca ili drugim tkivima. Dijagnostička vrednost se danas pridaje samo pozitivnom Paul-Bunnell-Davidsonovom testu.

Velika neujednačenost pogleda na kritični titar koji bi trebao da se smatra pozitivnim, proističe iz tehnike laboratorijske obrade, od vremena uzimanja seruma za pregled (najviši titar se očekuje između 10 i 20 dana bolesti) i različitosti u interpretaciji rezultata. Najčešće se preporučuje da se kao pozitivan titar ceni 1:224, a kao granični 1:112. Ima mišljenja da titar tek iznad 1:448 treba oceniti kao jasno pozitivan, dok drugi, a među njima i naši autori Mršević i sar. mišljenja su da se već i titar od 1:40 (a možda i 1:20) mogu oceniti kao indikativni za IM. Svi se slažu da je P. B. D. test negativan kod dece do 5. godine starosti, pa Vahlquist zasnivajući verovatno na toj činjenici svoju tvrdnju, misli da infektivne mononukleoze u tom uzrastu i nema (da se radi o drugim oboljenjima slične kliničke slike).

U naših bolesnika rađen je klasičan Paul-Bunnellov test (Zavod za transfuziju krvi Hrvatske), i bio je najviši 1:112 kod jedne bolesnice (starost 20 g.), 1:56 kod 2 bolesnika (oba ispod 5 g. starosti), 1:28 u 5 bolesnika (2 bolesnika 5—10 g. starosti i 3 u dobu od 10—25 g. starosti), negtivan (ili titar 1:7 i 1:14) u 9 bolesnika, a u 6 bolesnika test nije rađen.

Pored ovih rutinski upotrebljivanih testova, vršena su i druga serološka istraživanja koja su pokazala da se u serumu bolesnika obolelih od IM nalazi veliki broj antitela, najviše iz grupe »hladnih« (Kostinas i Cantow). Isti autori našli su i visok procenat prisutnih autohemolizina.

U najnovije vreme (Hoff i Bauer 1965. i Davidson 1967.) se radi na izradi brzih tekstova na ploči sa eritrocitima konja, za koje već sada autori tvrde da su vrlo praktični, brzi, jeftini i specifičniji od Paul-Bunnella, tj. daju manje lažno pozitivnih rezultata.

Diskusija

Posmatrana 23 bolesnika sa IM su uglavnom sporadični slučajevi. Možda se samo bolesnici posmatrani u toku 1967. godine mogu dovesti u vezu sa omladinskim sletom, održanim nekoliko nedelja pre prijema bolesnika, a gde je mogućnost kontakta osoba školskog uzrasta bila velika.

Kod većine bolesnika dijagnoza IM zasnovana je na posmatranju kliničke slike i na hematološkim nalazima, u tri bolesnika je titar Paul-Bunnellove reakcije bio viši od 1:56, a u tri bolesnika urađena je i aspiraciona biopsija jetre.

Vrednost serološke dijagnoze, visok procenat negativnih rezultata (pozitivni samo kod 8.2% — od 17 bolesnika), ovisan je delom od sledećih činilaca:

a) testovi nisu urađeni u B. Luci, već je materijal poslan poštom, proveo na putu 1—3 dana na dnevnoj temperaturi (18—20°C);

b) nije uvek izabran najpogodniji trenutak za uzimanje materijala (prerano ili prekasno) i retko je test ponavljan;

c) pitanja tehnike laboratorijske obrade, koja je izvan našeg domašaja, i nedovoljna kooperacija između klinike i laboratorije.

I bez obzira na ove naše »lokalne« poteškoće, iz izloženog do sada je očividno da koji put u dijagnostici IM, posebno kod neklasične kliničke slike, postoje poteškoće. Poslednjih desetak godina opisani su slučajevi sa meningo-encefalitičkim, hematološkim (ITP i hemolitička anemija), i drugim komplikacijama u kojih se dijagnoza mora da zasniva na serološkoj dijagnozi, jer svi drugi uobičajeni kriteriji daju slab oslonac u tom pogledu. S druge strane, javljaju se opisi slučajeva »IM«, kod kojih ništa u kliničkoj slici i hematološkom nalazu ne govori za to oboljenje, a dijagnoza se zasniva isključivo na visokom titru heterofilnih antitela u serumu bolesnika, pa se Hoagland osetio pobuđenim da se kritički osvrne na te publikacije. I Davidson upozorava, da sve dotle dok se konačno ne utvrdi etiologija IM, dijagnoza treba da se obavezno oslanja na kliničku, hematološku sliku i serološki nalaz kombinovano. Očito je da uz jasnu kliničku sliku i hematološki nalaz, pozitivne serološke reakcije utvrđuju dijagnozu IM, ali da sama serološka reakcija, bez takve kliničke i hematološke slike ne potvrđuje ništa, da može da pobudi samo sumnju i ili što sigurno nije retko, dovede do dijagnostičke stranputice.

Hematološke karakteristike IM, to znači: neutropeniju, limfocitozu i visok procenat tipičnih ćelija infektivne mononukleoze. Sama limfocitoza nije dovoljan podatak, ona je čest nalaz u dečjoj dobi, čest nalaz kod drugih virusnih i ne samo virusnih infekcija, nekih IM — i sličnih bolesti kao što je infektivna limfocitoza i dr. I prisustvo manjeg broja Pfeifferovih ćelija u razmazima krvi treba da bude ocenjeno kritički, u okviru cele kliničke i hematološke slike, jer, kako je već rečeno, ona može da se nađe i kod više drugih oboljenja. Međutim, treba da se istakne, da se ova ćelija nalazi kod SVAKOG bolesnika sa IM, od prvih dana bolesti i u krvi se zadržava 15—21 dan, koji put i više meseci.

Mi smo skloni da damo veći značaj histološkoj obradi jetre (aspiraciona biopsija). Nešto iz vlastitog iskustva, više iz podataka drugih, proističe da su te promene veoma česte, ako ne redovne, a kada su prisutne tada su uvek vrlo karakteristične i omogućuju postavljanje dijagnoze (svakako uz ostale podatke), pa se pridružujemo onima koji plediraju, da se uz klasični dijagnostički trijas priključi i ovaj četvrti element.

Dijagnoza IM sigurna je, ako od ova 4 elementa bar tri govore u njen prilog. Pošto je procenat pozitivnih seroloških reakcija vrlo nizak (ne samo u nas), niži od učešća ostalih karakteristika obaveznih u dijagnostici IM, njen značaj se ne sme precenjivati (naravno ni potceniti u pojedinačnom slučaju). Sigurno je to, da se, i pored negativnog ishoda seroloških testova, dijagnoza IM može da postavi sa potpunom sigurnosti.

Rezime:

Diskutovane su dijagnostičke poteškoće kod infektivne mononukleoze, sa posebnim akcentom na četiri dominantna elementa (o kliničkoj slici je najmanje govora) — hematološkoj i serološkoj slici i histološkim promenama u jetri.

L I T E R A T U R A

- 1) Baar H. S., Baar S. Rogers K. B. i Stransky E.: Disorders of blood-forming Organs in Childhood, Karger, Basel, 1963. (str. 531—539).
- 2) Babudieri B., *Nouv. Rev. Fr. d'Hémat.* 1, 337, 1961.
- 3) Bertino J. R., Simmons B. M., Donohue D. M., *Blood*, 19, 587, 1962.
- 4) Brittinger G., Henne G., König E., Masson M. i Steinacker H. G.: *Dtsch. med. Wschr.* 91, 400, 1966.
- 5) Cattani R., Rey M. i Maghsoudnia H.: *Nouv. Rev. Fr. d'Hémat.* 1, 329, 1961.
- 6) Cooper E. H., Hale A. J. i Milton J. D.: *Acta Haemat.* 38, 19, 1967.
- 7) Davidson R. J. L.: *J. Clin. Path.*, 20, 643, 1967.
- 8) Đorđević B., Vojvodić Z. i Teftedarija M.: *Med. Arhiv (Sarajevo)* 18, 5/23, 1962.
- 9) Epstein L. B. i Brecher G.: *Blood* 25, 197, 1965.
- 10) Eyquem A.: *Nouv. Rev. Fr. d'Hémat.*, 1, 312, 1961.
- 11) Hale A. J. i Cooper E. H.: *Acta Haemat.*, 29, 257, 1963.
- 12) Hoagland R. J. (Editorial): *Blood* 16, 1045, 1960.
- 13) Hoff G. i Bauer S.: *J. Am. Med. Ass.*, 194, 351, 1965.
- 14) Galbraith P., Mitus W. J., Gallelli M. i Dameshek W.: *Blood* 22, 630, 1963.
- 15) Kecmanović M.: *SA* 89, 51, 1961.
- 16) Kenis Y., Dustin P. i Peltzer T.: *Acta Haemat.* 20, 329, 1598.
- 17) Kostinas J. E. i Cantow E. F.: *Am. J. med. Sci.*, 252, 72, 1966.
- 18) Kostinas J. E. i Cantow E. F.: *Idem.*, 252, 296, 1966.
- 19) Leiber B.: *Das menschliche Lymphknoten*, Urban und Schwarzenberg, München, 1961 (str. 110—111).
- 20) Lennert K.: *Pathologie der Halslymphknoten*, Springer, Berlin, 1964. (S. 39).
- 21) Mac Kinney A. A. Jr.: *Blood* 26, 36, 1965.
- 22) Mac Kinney A. A. Jr.: *Acta Haemat.* 38, 163, 1963.
- 23) Mai K.: *Dtsch. med. Wschr.* 90, 1868, 1965.
- 24) Misao T., Kobayashi Y. i Shirakawa M.: *Le Sang* 28, 785, 1957.
- 25) Mršević S., Kosanović D., Šćepan D., Popović J. i Takić C.: *SA* 92, 817, 1964.
- 26) Mudrić V.: *Med. Pregled (N. Sad)*: 15, 173, 1962.
- 27) Peagle R. D.: *Blood* 17, 687, 1961.
- 28) Penati F.: *Die infektiöse Lymphomonocytose*, iz *Handbuch der gesamten Hämatologie*, Band 4/II, str. 636, Urban und Schwarzenberg, Berlin, 1963.
- 29) Perišić Ž. i Popović H.: *SA* 91, 63, 1963.
- 30) Popper H. i Schaffner F.: *Liver, Structure and Function*, McGraw-Hill Book Co., N. Y., 1957 (str. 454).
- 31) Rohr K.: *Das menschliche Knochenmark*, G. Thieme, Stuttg., 1960. (str. 359).
- 32) Schneider H. i sar., *Blood* 24, 835, 1964.

S U M M A R Y

Departments of Medicine, Pediatrics and Infectious Diseases,

Medical Center of Banja Luka

DIAGNOSTIC PROBLEMS IN INFECTIOUS MONONUCLEOSIS

A. Mikeš, M. Mrakovčić, D. Terzić and A. Glavaš-Klindić

In the past 6 year (1962—1967) in Banja Luka and the nearest communities there were 23 cases of IM diagnosed, approximately 4 a year. The diagnostic criteria in all cases were not the same. In most cases the diagnosis of infectious mononucleosis is based on clinical and hematological features, in three cases also on the histologic appearance of the liver. Paul-Bunnell test was 1:112 in one case, 1:56 i two, 1:28 in five and negativ in 9. In 6 cases the serologic tests were not performed.

The opinion is expressed that the diagnostic value of the serologic

tests in individual case is overestimated, despite the fact that in most advanced medical institution the percent of serologically identified cases never exceeds 50%. Other diagnostic criterias, as the clinical and hematological features has a much higher percent of positiveness.

Special attention is payed to the histologic analysis of the liver and it is mentioned that the aspiratory biopsy of the liver is to be done, particularly in cases where the typical clinical features are absent. It is stated that there are two distinct histologic patterns: one with nodular, »pseudogranulomatous« lymphoid infiltration as the dominant, or exclusive histologic finding, and the second-with the histolog picture of »hepatitis«. Naturaly, there are possibilities of combinations.

It is found a great agreement with statements of Hoagland and of Davidson, and many other authors that the diagnosis of infectious mononucleosis is definit only when it is based on the three diagnostic criteria (in the authors oppinion — in three of the 4 mentioned). Without this, the diagnosis of IM should be only suspected but in no means definitely accepted.

Internistička služba

(Načelnik: dr A. Mikeš)

Služba dečje zaštite

(Načelnik: dr M. Mrakovčić)

Protuepidemijska služba

(Načelnik: dr A. Glavaš—Klindić)

Medicinskog Centra u Banjoj Luci



Gosti na svečanom otvorenju ortopedskog odeljenja u Zavodu za medicinsku rehabilitaciju u Banjoj Luci

Alkoholizam na području Bosanske krajine

Zaim Bilabegović i Milan Ferković

Potrošnja alkohola kroz zadnjih 30 godina pokazuje gotovo kontinuiran porast. 1937. godine trošilo se 6 do 7 litara čistog alkohola po glavi stanovnika. Pred sam rat potrošnja se povećala na 8 do 9 litara. Poslije rata došlo je do malog smanjenja potrošnje da bi se već 1950. godine trošilo 9 do 10 litara, 1963/64. godine taj se broj povećao na 11 do 13 litara čistog alkohola po glavi stanovnika. (1, 2)

Upoređujući potrošnju alkohola poslednjih godina u nas i u Italiji, vidimo da smo već na drugom mjestu u Evropi.

Koliko ima alkoholičara u Jugoslaviji i kako je to velik problem za zdravlje i ekonomsko stanje ne može se sa sigurnošću reći, jer nema ni jedne ustanove koja bi se isključivo tim pitanjem bavila, kao što to postoji u Švedskoj, SAD, Francuskoj, Švajcarskoj, Poljskoj, SSSR i Italiji. No, sigurno se prema sve većem broju saobraćajnih nesreća, te nesreća na poslu, delikvencije u djece i omladine, porastu oboljenja koja idu uporedo s alkoholizmom i bolesti koje prate alkoholizam, može se zaključiti da iz dana u dan za našu zemlju to postaje sve veći problem. (3, 4, 5, 6, 7, 8)

Kad bismo alkoholizmu određivali mjesto prema proširenosti i broju oboljelih, a već je davno prihvaćeno da je to bolest, sigurno bi ga stavili na jedno od prvih mjesta. Za Amerikance to je bolest »broj IV«, jer smatraju da je poslije oboljenja srca i krvnih sudova, raka i tuberkuloze, alkoholizam najrasprostranjenija bolest. (9, 10)

Ako bismo tražili uzrok takvom porastu potrošnje alkohola, a sigurno i broja alkoholičara, ne bismo mogli ni da nabrojimo sve uzroke. Po mnogima razvijeno voćarstvo, za koje nema adekvatno razvijene prerađivačke industrije, jedan je od osnovnih faktora. Prema broju stabala šljiva mi smo prvi u svijetu i danas učestvujemo s 25% u ukupnoj evropskoj proizvodnji šljiva, a s oko 16,6% u svjetskoj proizvodnji. Karakteristično je i to da najviše uzgajamo onu vrstu šljiva, koja je najpodesnija za proizvodnju alkohola. (7, 15)

Po drugima su navike i običaji krivac. Posebno u našim krajevima alkoholom se dočekuju i ispraćaju svi radosni i žalosni događaji. Osim toga alkohol je i »najbolji« narodni lijek za mnoga oboljenja. Mnogi daju prioritet psihičkim poremećajima koji su posljedica migracije stanovništva u gradove i neadaptiranosti tog stanovništva novim uslovima života i još nizu drugih faktora. (11, 12, 13, 18)

Očito je da svi imaju pravo i da svi navedeni razlozi i još mnogi drugi djeluju povoljno na zabrinjavajuće povećanje potrošnje alkohola.

O broju alkoholičara možemo samo da nagađamo i da iznosimo najvjerojatniji broj, ali o tome je teško govoriti i zato što takvih statistika nema, a i zato što nema jedinstvene definicije alkoholizma i alkoholičara. Mnogi naši autori su pokušali dati definicije, međutim toliko su različiti običaji i navike kao i po-

gledi na potrošnju alkohola u nas u različitim krajevima, da bi bilo potrebno za svaki kraj dati posebnu definiciju. Zbog toga se služimo definicijom Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) po kojoj je alkoholizam društveno medicinski problem, koji nastaje uslijed raširenosti upotrebe alkoholnih pića u tom stepenu da osobe koje to čine remete svoje zdravlje, svoj mir i mir okoline u kojoj žive, dok je alkoholičar osoba koja zbog neumjerenosti i nekontrolisane upotrebe alkoholnih pića pokazuje jasne tjelesne i duševne poremećaje, i koja narušava svoje socijalno blagostanje. I o jednoj i o drugoj definiciji bi se moglo raspravljati. Možda je još najbolja definicija kojom se predsjednik komisije za alkoholizam pri SZO Jellinek prošle godine poslužio, kad je rekao da je svaka popijena čaša alkohola, koja nekome smeta, alkoholizam. (9, 10, 20)

Prema podacima do kojih su došli Centri za proučavanje alkoholizma i liječenje alkoholičara u Zagrebu i Beogradu, izlazi da u Jugoslaviji ima oko 350.000 do 400.000 alkoholičara. Prema Hudolinu za 50.000 od tih potrebna je hitna intervencija i liječenje, čemu naše mogućnosti ni približno ne odgovaraju. Svega nekoliko hiljada možemo godišnje da obuhvatimo ambulantnim i bolničkim liječenjem. (13, 16, 17, 18)

Smajkić je došao do zaključka da se u našoj Republici tome poklanja malo pažnje. Upoređujući potrošnju alkohola u pojedinim krajevima naše zemlje, došli smo do zaključka da se Bosanska krajina posebno ističe velikom potrošnjom alkohola i brojem alkoholičara. Tome je najvjerojatnije doprinijelo rasprostranjeno uzgajanje šljiva i proizvodnja rakije u gotovo svakom domaćinstvu na selu.

Prema nepotpunim podacima koje je prikupilo Savjetovište za alkoholičare pri Neuropsihijatrijskom odjelu u Banjoj Luci i Savez za borbu protiv alkoholizma, na terenu Bosanske krajine se po glavi stanovnika u 1965/66. godini potrošilo oko 14 do 16 litara čistog alkohola. Prema ovim podacima sigurno smo iznad jugoslavenskog prosjeka. Zabrinjavajući je podatak da se oko 75% uroda šljiva u ovom kraju prerađuje u rakiju, dok je taj prosjek za BiH 68%.

Prema istim podacima na ovom terenu ima oko 6000 onih koji treba da se zbog alkoholizma liječe. Rado bismo se na ovom mjestu pridružili svjetskim analizama o povezanosti saobraćajnih nesreća i alkoholisanosti kod vozača, ali to nismo u mogućnosti jer su naši podaci u tom pogledu nepotpuni. Navest ćemo samo jednu kontrolu na terenu Zagreba, kad su od 118 vozača našli samo 48 bez alkohola u krvi.

I kod sudskih razmatranja delikvenata važno bi bilo analizirati delikte učinjene pod dejstvom alkohola. Međutim, tu se ponovo postavlja pitanje definicija. Naime, koga treba smatrati alkoholičarom i kada možemo za nekoga da kažemo da je pijan. Činjenica je, prema podacima do kojih su došli autori kod ispitivanja alkoholisanosti i delikvencije na terenu Beograda u prošloj godini, da se upravo najveći broj prekršaja počini pod manjom dozom alkohola, kad takva osoba za okolinu i nije u napiutom stanju. Moramo da naglasimo da se kod svake analize ponovo postavlja pitanje otvaranja jednog Centra za proučavanje alkoholizma u našoj Republici i za liječenje alkoholičara, koji bi dao osnovne smjernice i definicije. Tek bi se tada mogle da rade opsežnije analize i komparacije između pojedinih krajeva naše Republike i pojedinih republika.

Danas imamo više savjetovišta za alkoholičare, ali se svako od njih zatvorilo u svoje okvire i obrađuje samo usko svoj teren. Tako postoji u Tuzli Savjetovište već 7 godina koje je preraslo u dispanzer za alkoholičare. U Zenici radi Savjetovište s kompletnim timom potrebnih stručnjaka. Psihijatrijska bolnica Sokolac jedan dio svojih kapaciteta stavila je na raspo-

laganje alkoholičarima i zadnjih 5 godina poklanja sve veću pažnju ovom oboljenju. U Mostaru također radi Savjetovalište, koje vodi socijalni radnik. Na terenu Sarajeva postoje dva savjetovališta — u Novom Sarajevu i Ilidži, koja su se na žalost strogo zatvorila u uski krug svog terena. Na Neuropsihijatrijskom odjelu u Banjoj Luci zadnjih 6 godina oko 10% posteljnog kapaciteta bilo je popunjavano alkoholičarima. Otvoreno je Savjetovalište za borbu protiv alkoholizma u septembru 1966. godine.

Analizirajući ambulantno i bolničko liječenje alkoholičara na ovom odjelu za proteklih 5 godina, došli smo do slijedećih podataka:

TAB. I Broj liječenih alkoholičara u posljednjih 5 godina

Godina	Ambulantno liječeni	Bolnički liječeni	Ukupno
1962/63.	84	93	177
1963/64.	178	86	264
1964/65.	262	94	356
1965/66.	320	104	424
1966/67.	814	135	949

Potrebno je odmah napomenuti da se tu ne radi o broju alkoholičara nego o broju liječenja, jer su mnogi poslije bolničkog liječenja nastavili s ambulantnim kontrolama, a također su i ambulantno pregledani kasnije u najvećem broju dolazili na više-manje redovne kontrole.

Prema navedenoj tabeli, vidimo da se broj pregleda iz godine u godinu naglo povećao, što sigurno nije samo odraz porasta broja alkoholičara nego i promjene stava okoline u odnosu na alkoholičare. Naime, široka javnost postepeno usvaja medicinsko gledanje na alkoholizam, smatrajući to bolešću. S druge strane neznatno povećanje broja alkoholičara bolnički liječenih više je posljedica nedovoljnih mogućnosti za smještaj alkoholičara nego stvarnih daleko većih potreba. To nam potvrđuje i vidno povećanje broja alkoholnih psihoza, kojih je u 1962/63. bilo 24 dok se taj broj 1966/67. godine povećao na 59 tj. porastao je za skoro 150%. Za isto vrijeme broj liječenih zbog drugih duševnih poremećaja na odjelu povećao se za svega 50%.

Kako se u posljednjoj godini moglo više pažnje posvetiti analizama alkoholizma i liječenih alkoholičara kroz Savjetovalište, to ćemo naša dalja razmatranja posvetiti samo ovom periodu. 1. 9. 1966. do 1. 9. 1967.)

Iz tabele I se vidi da je na ovom odjelu u posljednjoj godini liječeno 135 alkoholičara i da je izvršeno 814 pregleda u ambulanti. Napominjemo da je u Savjetovalištu evidentirano 276 alkoholičara u ovom periodu, od kojih 53 otpadaju na bolnički liječene, koji su se kasnije javljali u Savjetovalištu na kontrole, što znači da se u toku godine u Savjetovalištu javilo 214 alkoholičara. Ako tome dodamo 135 liječenih na odjelu, izlazi da se u ovoj godini prijavilo na liječenje 349 alkoholičara (328 muškaraca i 21 žena).

Iz navedene tabele se može zaključiti:

a) na bolničko liječenje su najčešće primani penzioneri i zemljoradnici (oko 50%), dakle ona kategorija koja nema redovnih poslovnih obaveza i gdje alkoholizam postaje problem samo onda kad se pojave teža psihička i somatska oboljenja. Ovako veliki procenat bolesnika pensionera i zemljoradnika govori i o

velikoj raširenosti alkoholizma na našem selu, odakle pored zemljoradnika i dobar dio liječenih penzionera;

TAB. II Zanimanja alkoholičara liječenih u 1966/67. godini

	Penz.	VK	K	PK	NK	radnici	Zemljor.	Soc. ugr.	Ukupno
Bolnički liječeni	40	6	24	13	17	26	9	135	
Ambulantno liječeni	31	9	47	43	64	18	2	214	

b) u Savjetovalištu su se javljali najčešće aktivni radnici (oko 76% od ambulantno liječenih), jer je alkoholizam postao smetnja za svakodnevno obavljanje posla.

TAB. III Dobne skupine (1966/67.)

	do 30 g.	30—40	40—50	50—60	preko 60	Ukupno
Bolnički liječeni	13	49	28	27	18	135
Ambulantno liječeni	36	58	62	49	9	214

Veliki procenat mlađih osoba među bolnički liječenim (oko 46% otpada na mlade od 40 godina), govori u prilog velikoj raširenosti alkoholizma među mlađima. Ako imamo u vidu opsežne statističke podatke američkih autora, koji pokazuju da alkoholizam kod mlađih osoba skraćuje život u prosjeku za 15 do 20 godina, a radnu sposobnost za 10 do 15 godina, onda ne možemo a da se ne zamislimo nad sudbinom naših mlađih alkoholičara.

Ovom prilikom napominjemo da smo kod pregleda evidencije o invalidski penzionisanim u Komunalnom zavodu u Banjoj Luci za proteklih 5 godina naišli na vrlo mali broj dijagnoza alkoholizma, ali podrobnijom analizom se moglo ustanoviti da se u velikom broja upućenih na invalidsku komisiju alkoholizam krije kao osnovna bolest.

TAB. IV Način upućivanja alkoholičara na liječenje u 1966/67.

	Dolazi sam	Kolima HP	Sporo-dicom	Sa soc. radn.	S milici-onerom	S drugog odjela	Ukupno
Na bolnič. liječenje	34	57	2	7	9	7	135
Na ambul. liječenje	154	4	32	15	7	2	214

TAB. V Kontrolni pregledi alkoholičara (1966/67.)

	1 kontrola	2 kontrola	3 kontrola
Bolnički liječeni 135	53 (39%)	34 (25%)	23 (17%)
Ambulantno liječeni 214	186 (86%)	168 (78%)	154 (72%)

Ako se složimo s tim da je lična privola na liječenje i želja za izlječenjem od čestog i prekomjernog uzimanja alkohola jedan od neophodnih faktora za uspjeh liječenja, a ustrajnost i kasnije kontrole jedna garancija takvog uspjeha, onda možemo sa sigurnošću zaključiti da je u slučajevima iz prošle godine bolničko liječenje imalo daleko manje izgleda na uspjeh u liječenju nego ambulantno.

Za tako različit stav liječenih alkoholičara u pitanju kasnijih kontrola ima više razloga:

a) na bolničko liječenje je svega oko 25% alkoholičara došlo bez pratnje, dok je takvih među ambulantno liječenim bilo oko 72%;

b) na bolničko liječenje su primani najčešće alkoholičari kod kojih su se pojavile alkoholne psihoze i koji su dužim uzimanjem alkohola već i karakterni postali toliko izmijenjeni da su i nakon liječenja ostali nekritični u odnosu na svoj alkoholizam;

c) u Savjetovališta za alkoholičare se javljaju najčešće oni koji su sami došli do zaključka da im prekomjerno uzimanje alkohola smeta ili su bar posumnjali u to da su: trnci u rukama i nogama, nesanica, slab apetit, osjećaj umora, smanjena moć koncentracije, slabljenje potencije, bolovi u stomaku, čudni snovi ili neki od niza drugih simptoma koji prate alkoholizam, posljedice uzimanja alkohola i željeli su da se to ispita. Zbog toga smo i kod svih ambulantnih slučajeva, kao i kod bolnički liječenih, vršili sve potrebne pretrage i ukoliko se pokazalo da je alkohol osnovni krivac tada se savjetovala stroga i potpuna apstinencija i u tom smislu je provedeno liječenje;

d) detaljnijom analizom motiva za liječenje došlo smo do zaključka da se i kod slučajeva koji su sami došli na liječenje često radilo o »traženju spasa u liječenju«. Naime, česte svađe na poslu, vrijeđanje pretpostavljenih, loše rukovanje povjerenim instrumentima, češće zakašnjanje i izostajanje sa posla i niz drugih prekršaja radne discipline, čemu su inače alkoholičari jako skloni, dovele su u opasnost zaposlenje i pribjegavanje liječenju je bio najbolji način da se sačuva radno mjesto.

TAB. VI Uputne dijagnoze alkoholičara i rezultati obrade (1966/67.)

			Alcoholismus	Psychosis alcohol.	Epilepsia	Tentamen suicidii	Druga psih stanja	Somatska oboljenja
Bolnički liječeni	Uputna dg	72	47	14	6	9	43	
	Otpust. dg	135	59	5	6	4	92	
Ambulan. liječeni	Uputna dg	214	4	6	0	3	67	
	Otpust. dg	214	3	2	0	6	130	

Zabrinjava podatak da se kod 135 bolnički liječenih alkoholičara, dakle, najčešće teških oblika ovog oboljenja, u svega oko 53% slučajeva došlo do zaključka da se radi o alkoholizmu ili se bar posumnjalo u to. Koliko je takvih bolesnika upućeno na druge odjele, gdje se liječe od niza drugih oboljenja, a da se i ne dotakne osnovna bolest — alkoholizam. Veliki procenat somatskih oboljenja, nađenih kod liječenih alkoholičara, to dovoljno ilustrira (kod bolnički liječenih u 68% slučajeva i kod ambulantno liječenih u oko 60% slučajeva).

Vrijedno je napomenuti i to da je kod upućivanja na bolničko liječenje bilo 14 epileptičara, dok je u toku liječenja nađeno da se kod svega 5 slučajeva radilo o primarnoj epilepsiji, kod 9 ostalih epileptički napadi bili su simptomatske prirode i prestankom uzimanja alkohola nestali su. Kod ambulatno liječenih primarnih epilepsija bilo je samo dva slučaja.

Diskusija i zaključak

Podaci iz literature nesumnjivo pokazuju da se u našoj zemlji troši sve više alkohola iz godine u godinu. Isto tako se sa sigurnošću može tvrditi da raste i broj osoba koje zbog prekomjernog uzimanja alkohola postaju bolesnici (kronični alkoholizam, alkoholne psihoze, alkoholom uvjetovana somatska oboljenja).

Rad Neuropsihijatrijskog odjeljenja i Savjetovališta u Banjoj Luci pokazuje da ta konstatacija naročito vrijedi na području Bosanske krajine. Broj alkoholičara je sigurno veći nego što naši podaci pokazuju, jer se u Savjetovališta i na odjeljenje upućuju ili javljaju isključivo oni koji su postali težak ili nepodnosiv problem za familiju, radnu sredinu ili im je toliko narušeno psihofizičko stanje da moraju biti hospitalizirani.

Tačniji podaci mogu se dobiti samo dobro organiziranom depistažom tj. psihijatrijskim epidemiološkim ispitivanjem, što nam na žalost u sadašnjoj situaciji ni kadrovski ni materijalno nije moguće.

Analiza našeg rada i rada drugih u našoj zemlji, naročito u našoj Republici jasno pokazuje da sve što je do sada učinjeno nije dovoljno. Potrebno je tražiti nove efikasnije mjere i organizacione forme. Alkoholizam je socijalno-medicinski problem i zato je potrebno da u rješavanju učestvuju osim medicinskih radnika i drugi društveni radnici (socijalni radnik, prosvjetni radnici, organizacija CK, društveno-političke i radne organizacije).

Potrebno je naglasiti da je preventivni rad s djecom i omladinom nesumnjivo aktivnost od koje se može najviše očekivati.

Zato smatramo da je neophodno:

1. osnovati savjetovališta za borbu protiv alkoholizma u svim opštinskim mjestima;
2. obavezno naći mjesta u programima osnovnih i srednjih škola borbi protiv alkoholizma;
3. osnovati centar za izučavanje i suzbijanje alkoholizma na području Republike.

Samo dugotrajan i uporan rad svih društvenih faktora obećava uspjeh. Pojedinačne akcije mogu doživjeti djelomičan uspjeh ili potpun neuspjeh, ma kako velik trud i sredstva bila utrošena.

L I T E R A T U R A

- 1) Hudolin, V.: Anali bolnice »Dr Mladen Stojanović«, Vol. III, br. 1, 1964.
- 2) Despotović, A.: Šmit-Vesel, C., Rosić-Todorović, Lj., Vranješević, D.: Alkoholizam, VI, 2, 25, 1956.
- 3) Dogan, S., Lopašić, R., Betlheim, S.: Psihijatrija, Medicinska knjiga Beograd — Zagreb, 1959.
- 4) Hudolin, V.: Alkoholizam i radna sposobnost, Stručna biblioteka o alkoholizmu, Zagreb, 1966.
- 5) Mlinarić, M., Bilalbegović, Z.: Anali bolnice »Dr Mladen Stojanović«, Vol. V, br. 1, god.
- 6) Betlheim, S.: Medicinska enciklopedija, knjiga I, str. 197, Jugoslavenski leksikografski zavod, 1960.

- 7) Stojanović, D.: Alkoholizam, II, br. 3, str. 5, 1962.
- 8) Hudolin, V., Špicer, F.: Anali bolnice »Dr Mladen Stojanović«, Vol. IV, br. 3, str. 362, 1951.
- 9) Jellinek, E. M.: Vital Speeches, 13:252, 1947.
- 10) Jellinek, E. M.: Quart J. Stud. Alk. 13:673—694, 1952.
- 11) Keller, M.: Quart. J. Stud. Alcochol, 16:619, 1955.
- 12) Keller, M.: Quart. Stud. Alcochol, 21:125, 1960.
- 13) Hudolin, V.: Mala enciklopedija alkoholizma, Panorama, Zagreb, 1965.
- 14) Mlinarić, M., Bilalbegović, Z.: Internacionalni naučni simpozij o alkoholizmu, Zagreb, 1965.
- 15) Despotović, A.: Alkoholizam, god. II, br. 3, str. 5, 1962.
- 16) Klajn, V.: Alkoholizam, god. IV, br. 1, str. 9, 1964.
- 17) Smajkić, A. (1967.): Alkoholizam, njegovi uzroci i posljedice u Bosni i Hercegovini s prijedlogom mjera za njegovo rješavanje. (U pripremi Bilten Sreskog zavoda za zdrv. zaštitu, Sarajevo.)
- 18) Pražić, B.: Anali bolnice »Dr Mladen Stojanović«, Vol. III, br. 1, str. 170, 1964.
- 19) Skala, J.: Jour. on Alcochol and alcocholism, V. I, No 2, 1965.
- 20) Smajkić, A., Agramović, G., šahinović, H.: Bilten sreskog zavoda za zdravstvenu zaštitu, Sarajevo, br. 4, str. 1, 1965.

ZUSAMMENFASSUNG

Neuropsychiatrische Abteilung Medizinischen Zentrums, Banja Luka
DAS PROBLEM DES ALKOHOLISMUS IN BOSANSKA KRAJINA

Z. Bilalbegović und M. Ferković

In diesem Artikel ist das Problem des Alkoholismus in Jugoslawien mit dem Rückblick auf Bosanska Krajina und die Analyse des Krankengutes an der neuropsychiatrischen Abteilung des Medizinischen Zentrums in Banja Luka (von 1. September 1966. bis 1. September 1967.) dargestellt worden.

Der Alkoholismus wird in Jugoslawien eine immer grösseres sozial-medizinesches Problem, und Jugoslawien nimmt jetzt nach dem Alkoholverbrauch den zweiten Platz in Europa ein. Das alles verlangt von uns, dass wir die Bekämpfung des Alkoholismus mehr systematisch als bisher, mit der Teilnahme von allen gesellschaftlichen Faktoren (Gesundheitswesen, Unterrichtswesen und politische Organisationen) durchführen.

Man muss hervorheben, dass nur die präventive Arbeit, besonders mit Schulkindern und Jugendlichen die besten Resultate verspricht.

Deswegen ist es notwendig:

1. In allen grösseren Orten eine Beratungsanstalt für die Alkoholiker, und ein Zentrum für die Forschung und Bekämpfung des Alkoholismus in Bosnien zu gründen.

2. Man sollte auch unbedingt in das Unterrichtsprogramm den Kampf gegen den Alkoholismus eintragen.

Nur die ständige und systematische Tätigkeit verspricht zufriedenstellende Resultate. Einzelne Massnahmen können nur teilweise Erfolg oder völligen Misserfolg haben.

*Neuropsychijatrijska služba
Medicinskog centra u Banjoj Luci
Načelnik: dr Milan Ferković*



dr Ivan Polak čita svoj referat na sastanku ortopeda BiH u Banjoj Luci

Primena Polimiksina B u terapiji dojenačkih dispepsija

Vlado Milošević, Breda Grotić-Gaberščik



Nakon što je Ainsworth sa saradnicima 1947. godine uspeo da iz *Bacillus polymyxa* (*B. aerosporus* Greer) izolira Polymyxin A, uskoro i drugi autori registruju nova otkrića. Tako je gotovo istovremeno i Stansly sa sarad. izdvojio Polymyxin D. Dve godine kasnije iz *Bacillus polymyxa*, Brownlee sa saradnicima otkriva dva nova antibiotika i to Polymyxin B i C, dok je Jones iste godine izolirao antibiotik Polymyxin E. Iako su svi napred navedeni polimiksini bazični polipeptidi sa masnom kiselinskom komponentom u svom sastavu, oni se ipak jedni od drugih razlikuju u hemijskom sastavu po sadržaju raznih aminokiselina. Daljnja zajednička osobina polimiksina u njihovoj postojanosti u vodenom rastvoru kod pH 2—7, kao i to da se njihova aktivnost nešto umanjuje u humanom serumu. Nadalje imaju snažno bakteriostatsko i baktericidno delovanje. Ova osobina je posebno izražena kod polimiksina B, a uz to je manje toksičan od drugih. Dok se kod parenteralne primene mogu pojaviti neurotoksični simptomi ili toksično oštećenje bubrega, dotle kod enteralne primene gotovo da i nema nikakvih nuzpojava, jer se isti praktički ne resorbira, pa čak ni u prisutnosti oštećene sluznice.

Akutni poremećaji ishrane prouzrokovani infektom u prvom redu kod dojenčadi ne samo što po broju zauzimaju dominantno mesto već su isto tako svojevrsni terapijski problem. Na dojenačkim odeljenjima on se ispoljava u oštrijoj formi, kada se poput eksplozije javljaju coli infekcije. I pored nastojanja da se udovolji svim higijenskim zahtevima, kućne infekcije sa *B. coli* i drugim uzročnicima nisu retkost. Brojni antibiotici i sulfonamidi odigrali su značajnu ulogu u smanjenju smrtnosti dojenčadi zahvaćene akutnim oboljenjem gastrointestinalnog trakta, a posebno u napred navedenim okolnostima. Uz primenu strogog higijenskog režima i savremene terapije može se znatno uticati ne samo na klinički tok bolesti već i na brže zaustavljanje širenja epidemije na odeljenju.

Međutim, zbog stalne mogućnosti da se infekst unese spolja ili da se povremeno rasplamsa na odeljenju, uznemirava nas saznanjem da utrka između novootkrivenih medikamenata s jedne strane i brojnih uzročnika, u prvom redu iz grupe kolipatogenih s druge strane, bar za sada nema izgleda za skori svršetak. Poseban problem predstavlja poznata osobina uzročnika, da se brzo prilagođava novoj sredini i da postaje rezistentan na gotovo sve antibiotike i sulfonamide. To je svakako jedan od razloga što nam brojni uzročnici za kraće ili duže vreme zadaju velike poteškoće u terapijskom smislu.

Do sada objavljeni radovi o primeni polimiksina su veoma ohrabrujući, kako u pogledu rezistencije tako i u efikasnoj kliničkoj primeni. Tako je Scholcz izneo da od 142 slučaja sa kolienteritom ni jedan nije bio rezistentan na polimiksinsin.

Iznosimo naša zapažanja u primeni polimiksina B kod 101 bolesnika. Moramo odmah naglasiti da je veliki broj dece bio sa distrofijom, rahitisom ili anemijom, a ne retko sve to zajedno u istog deteta. Nadalje, kako se vidi iz tabele broj 1, najveći broj

dece je primljen s enteralnim infektom, zatim u kombinaciji s parenteralnim i na kraju broj koji je primljen bez enteralnog infekta, koji se razvio u toku hospitalizacije.

Tab. 1

Infekt pri prijemu	dece broj	Uz nosvnu bolest prisutno		
		Dystrophia	Rachitis	Anaemia
Enteralni	54	30	28	15
Enter. i parenter.	26	9	12	11
Parenteralni	21	6	3	3
Ukupno:	101	45	43	29

Od ukupnog broja tretirane dece samo je troje bilo starije od dvanaest meseci. Do 6 meseci starosti je 80, a od 7 do 12 meseci 18 dojenčadi. (Tabela 2.)

Tabela 2 Klinička slika, starost i pol

Starost	0-3 mj.		4-6 mj.		7-9 mj.		10-12 mj.		13—24 mj.		svoga
	m	ž	m	ž	m	ž	m	ž	m	ž	
Toxicosis	3	3	3	2	—	—	—	—	—	—	11
Praetoxicosis	8	2	6	6	2	1	—	—	—	1	28
Teža dispepsija	7	4	6	—	—	3	—	—	1	—	21
Srednja i laka disp.	7	7	8	6	5	1	4	2	—	1	41
Ukupno:	25	16	23	16	7	5	4	2	1	2	101
		80				18			3		

Iz gornje tabele je vidljivo da su bolesnici svrstani u četiri grupe prema težini kliničke slike. Sa toksičnim znacima je 11, sa pretoksičnim 28, s težim oblikom dispepsije 21 i sa srednje i lakom kliničkom slikom 41 bolesnik.

Analiza koprokultura pokazuje da je najčešće izolirana E. Coli i B. proteus, bilo pojedinačno ili udruženo. (Tabela 3.)

Tabela 3 Koprokulture

E. coli	66
B. proteus	16
E. coli + B. prot.	11
E. coli + proteus + Schigella + Sonne	1
Paracolon coliforme	1

Od ukupnog broja izoliranih E. coli kao apatogeno je označeno 32, dok je sa patogenim svojstvom izolirano 38.

Tab. 4 Escheridia coli

0 111 B 4	0 55 B 5	0 86 B 7	0 125 B 15	Coli A pat.	Svega:
34	1	1	1	1	38

Ispitivanje osjetljivosti izoliranih uzročnika na klasične antibiotike pokazuje da je najmanja osjetljivost na penicilin, streptomycin, tetraspojeva kao i sulfonamide.

Tabela 5 Antibiogrami

Antibiotik:	Penicilin	Strepto.	Chloro.	Tetra.	Erhytrom.	Sulfon.
Ispitano:	67	67	67	67	67	67
Osetljivo	—	12	39	8	38	8
Rezistentno	67	55	28	59	29	59

Osetljivost na polimiksin B., je konstatovana u 76% slučajeva. Polimiksin smo davali isključivo na usta u dozi od 10 do 15 mg/kg/p. die, razređen u četiri doze. Važno je napomenuti da istovremeno nije davan drugi antibiotik per os, dok je parenteralno kod nekih slučajeva ponajčešće zbog respiratornog infekta, ordiniran i penicilin ili ređe koji drugi antibiotik. Zavisno od težine kliničke slike pacijenti su pored antibiotika primali kortikosteroide, krv, humane albumine kao i perfuzione tečnosti.

Tabela 6 Rezultati lečenja polimiksinom

Trajanje lečenja u danima	Broj lečenih	Izlečeno	Poboljšano	Bez efekta
4—5	25	21	2	2
6—7	64	51	9	4
8—10	12	8	3	1
Ukupno:	101	80	14	7

Izlečenje je postignuto u 80 dece, poboljšanje u 14, a u svega 7 dece nije postignut nikakav efekat. S obzirom na to da je ukupan broj dece bio 101, ne iznosimo procentualne vrednosti, jer se iste praktički poklapaju sa brojem slučajeva. Kod većine (64) polimiksin je davan u toku 6 do 7 dana, znatno ređe duže, do 10 dana; a kod 25 slučajeva i kraće s obzirom na promptni efekat po aplikaciji istog. U većini slučajeva u toku 2 do 3, a ne retko i prvog dana po primeni polimiksina dolazi do pada temperature, stolice se bolje ili sasvim dobro formiraju, a opšte stanje vidno poboljšava. Moglo se zapaziti u dece, kod koje je intrahospitalno došlo do dispeptičkog poremećaja ili u one kod koje je u početku primenom drugih antibiotika postignuto poboljšanje a kasnije zbog superinfekcije došlo do ponovnog pogoršanja s prolivom, povraćanjem i porastom temperature, da se sa uvođenjem polimiksina B postiže brzo poboljšanje i izlečenje, a da se pojedina deca nisu ponovo podvrgavala strogom dijetnom režimu. Između 7 dece koja nisu pokazivala nikakve znakove poboljšanja nakon aplikacije polimiksina, dvoje je bilo s multiplim malformacijama.

Na kraju možemo potvrditi dobru podnošljivost peroralno apliciranog polimiksina. Ni kod jednog deteta-dojenčeta nisu zapažene nikakve nuzgredne pojave u smislu toksičnog djelovanja medikamenta.

Zaključak

1. polimiksin je primenjen kod 101 bolesnika. Od toga je izlečeno 80, poboljšano 14 i 7 bez efekta;
2. doza polimiksina B je 10—15 mg/kg/p. die, razdeljena u 4 doze;
3. lečenje je najčešće trajalo 6—7 dana;
4. klinički uspeh je veći u poređenju sa postotkom osetljivosti po antibiogramu;
5. podnošljivost je izvanderno dobra i nisu zapažene nikakve popratne pojave.

LITERATURA

- 1) Baruch, La revue du médecin praticien, 593, 1964.
- 2) Černomordik B. A., Bass M. T., Bas. A. M., Kovalenko N. F., Zavadskaja E. C., *Pedijatrija, SSSR*, 9, 76, 1964.
- 3) Dieckhoff J., *Pädiatrie und Ihre Grenzgebiete, I*, Veb Georg Thieme, Leipzig, 1965.
- 4) Fontan A., Battin J., Bildstein G., Guillard J., *Archives Françaises de Pédiatrie*, 21, 10, 1964.
- 5) Rostand B., *La vie Médicale — Actualité professionnelle*; 10. 1963.
- 6) *Medicinska Enciklopedija, Leksikografski zavod, Zagreb, I*, 434, 1957.

ZUSAMMENFASSUNG

Schutzdiens für Kinder und Jugendliche des Medizinischen
Zentrums, Banja Luka

DIE THERAPIE DER SAUGLINGS DYSPEPSIEN MIT POLYMYXIN B

Vlado Milošević und Breda Grotić-Gaberščik

1. Polymyxyn ist verwendet worden in hundert und einem Fall davon:

ausgeheilt	80
verbessert	14
ohne Effekt	7
2. Die Dose Polymyxins betrug 10—15 mg/kg/p. die, geteilt in 4 Teildosen.
3. Die Zeit der Heilung dauerte meistens 6—7 Tage.
4. Der Klinische Erfolg ist grösser beim Vergleich mit dem Prozent der Empfindlichkeit nach dem Antibiogram.
5. Die Erträglichkeit ist aussergewöhnlich gut, und es sind keine Begleiterscheinungen beobachtet worden.

Služba za dječju zaštitu

Medicinskog centra u Banjoj Luci

Načelnik: dr Miljenko Mrakovčići

Cistična slezena u Douglasu

Josip Jović i Franjo Ćurić

Događa se da se tumor negenitalnog porijekla nađe u kavum Douglasi (najčešća lokalizacija ovarijalnih tumora) i da se prezentira ginekologu kao genitalni tumor. I pored toga što danas na dobro opremljenim ustanovama pored ostalih metoda postoji mogućnost postavljanja diferencijalne dijagnoze sa izotopima (hrom 51) (6), ipak je palpatorni nalaz i ambulatna dijagnoza ginekologa od presudnog značaja za postavljanje dijagnoze kao i odgovarajućeg terapijskog postupka. No unatoč svemu postavljanje pogrešne dijagnoze je moguće. Tako se na našem odjelu pogrešna dijagnoza u ovakvim slučajevima desila u 6.3%.

Diferencijalna dijagnoza (petlja tumora, lokalizacija, smetnje itd.) opisana je u klasičnim udžbenicima i zato nije ovdje mjesto da ponavljamo već afirmirana mišljenja i stavove. Međutim, naš slučaj ciste slezene u genitalnom području predstavlja pravi raritet i zbog toga je opravdano da se ovaj slučaj publicira.

Iz dostupne literature vidimo da su velike unilokularne ciste slezene velika rijetkost i u kirurškoj kazuistici, dok su među ginekološkim bolesnicima slučajnost (5). Sitne multilokularne ciste na margo acutum spominju češće patološki anatomi (4).

Po Martinu (2) ciste slezene su podijeljene u dvije velike skupine:

- 1) prave koje se dijele na:
 - a) neparazitne
 - b) parazitne

- 2) lažne: traumatsko-hemoragične, degenerativne i upalne.

O raritetu neparazitarnih cista najbolje govore podaci: Pemberton je na 800 izvršenih splenektomija našao samo 4 slučaja ciste slezene (0.5%), Schwarz na Mayo klinici 0.3%, Streicher 0.4%.

Koliko je poznato prvu splenektomiju radi lijenalne ciste izvršio je Péan 1867. god. (upravo stogodišnjica). Kako je sredinom prošlog stoljeća laparatomija predstavljala pogibeljan operativni zahvat, ovakve ciste su liječene samo punkcijom, drenažom i incizijom (1, 2, 6), a početkom ovog stoljeća rješavaju se ovi slučajevi isključivo per laparatomiam.

ETIOLOGIJA

Spomenuli smo već da su neparazitarnne multilokularne male ciste znatno češće od solitarnih (2, 4, 6). One strše kao mali mjehurići iznad površine slezene a sadrže seroznu tečnost ili tečnost sličnu limfi, zamućenu i bogatu s holesterinom (4, 6).

Solitarnne ciste, u koje spada i naš slučaj, po mišljenju većine autora (2, 4, 6) nastaju kao posljedica intraparenhimatoznih i intrakapsularnih krvarenja traumatske geneze. Uslijed tenzije koja postoji u cisti može da dođe do kompresione atrofije parenhima slezene. Razumljivo je da takva cista svojom veličinom, a opisane su i sadržinom od 7 l tečnosti, (Berghan, Finkelstein), vrši kompresiju okolnih abdominalnih organa sa adekvatnim simptomima. Naveli smo da je trauma odnosno hemoragija najčešće porijeklo ovakvih cista, ali obaveze radi prema patološkoj anatomiji odnosno teratologiji, moramo u rijet-

kim slučajevima da tražimo njihovo porijeklo u ostacima Wolff-ovog kanala(6).

Pseudociste su najčešće traumatskog porijekla, čiji sadržaj ovisi o starosti odnosno o fazi resorpcije krvnih derivata. Iz tog razloga sadržina ciste varira od hemoragično-čokoladnog do potpuno bistrog supstrata. Razumljivo je da nisu obložene epitelom jer su akvirirane, premda im stjenka može biti makroskopski potpuno glatka kao u našem slučaju. Moramo spomenuti da etiologija pseudocista može biti luetične i malarične prirode (Mé-*ch*and), ali ipak svi ti etiološki momenti nisu sasvim jasni.

Logično je da uslijed gravitacije dolazi do spuštanja takvih cista u niže partije abdominalne šupljine, a istovremeno i do istežanja hilusa slezene, kao kod našeg slučaja. Ovo su mehanički momenti koje čine velike ciste slezene.

Naš slučaj

Bolesnica V. Z. M. br. 467/58 stara 23 godine primljena 3. II na ginekološki odjel bolnice Banja Luka.

Anamneza: obiteljska kao i lična bez osobitosti. Menarhe sa 14 g. Menes 5/6 — 28 dana redovite bezbolne srednje obilne. Partus: 1, Abortus: 0.

Sadašnja bolest: Nema nikakvih smetnji osim što je zadnju godinu dana primijetila da joj je trbuh nešto veći i tvrdi. Išla je liječniku koji ju je uputio na ginekološki odjel pod dg: Kystoma ovarii. Ne povraća, stolica kao i mokrenje uredno.

Status praesens: Srednje visoka, dosta dobro uhranjena, čvrste osteomuskularne građe. T: 36.506, puls 80/min. RR 110/70, Se: 10/34, Leuk: 7.300, Eri: 3.980.000. D. K. S.: štap: 2, segm.: 66, lim.: 26, eo.: 2, mo.: 4. Vrijeme krvarenja: 2", vrijeme zgrušavanja: 10"; protrombinsko vrijeme: 12", Trombociti: 240.000/mm³.

Ginekološki nalaz: multipara, vagina prostrana, glatka. Portio vaginalis uteri: cilindrična, tvrda, glatka, vanjsko ušće uloživo za jagodicu prsta. Uterus u avf., normalno velik, srednje tvrd, gladak, gibljiv, neosjetljiv. Andeksa: slobodna. Lijevo se pipa tumor ovalne, glatke površine, napeto elastične konzistencije, veličine dječje glave, veoma dobre gibljivosti, ne može se tačno izdiferencirati kojemu organu pripada.

Nalaz u spekulima: uredan.

Bolesnica se priprema za operaciju. Rö. pluća: nalaz uredan. Internistički nalaz uredan.

6. II operativni zahvat: medijalni rez p/s. Kada se otvorio peritoneum, predleži tumor veličine glave jednogodišnjeg djeteta sjajne površine, na jednom dijelu kuglast a na drugom ima oštar brid koji podsjeća na vatrogasnu kacigu. Leži u stražnjem Douglasu, ali inserira u lijevom hipohondriju, viseći na izduljenoj petlji u koju su ugrađeni krvni sudovi. Tek tada je ustanovljeno da se radi o slezeni cistično promijenjenoj, koja se vremenom postepeno spuštala u Douglas. Izvršena je splenektomija, podvezana i prerezana petlja sa sudovima koji ulaze u hilus slezene.

Apendiks je normalan i odstranjen na tipičan način.

Preparat: opisana cistična slezena na prerezu unilokularne građe, glatke stijenke sa cirka 2l. bistrog tekućeg sadržaja. Jedan dio stijenke je poslan na histološku pretragu (očekivani skoleksi ehinokokusa nisu nađeni).

Patološko-histološki nalaz (Zavod za pat. anat. med. fakulteta u Zagrebu br. 1123/58).

Pseudocysta lienis

Nalaz: materijal je komadić stijenke cistične tvorbe koja je građena od čvrstog veziva. Epitel se ne vidi sa unutarnje strane. Nalazi se i tkivo slezene.



Cistična slezina, odstranjena operativno

Postoperativni tok uredan. Bolesnica 11. dan nakon operacije odlazi zdrava kući.

Diskusija:

Radi se o pseudocisti slezene nepoznate etiologije. Prilikom revidiranja anamneze nismo ništa doznali o traumi niti o malariji. Pretpostavljamo da se radi o cisti hemoragičnog porijekla, kod koje je tokom vremena došlo do postepenog razgrađivanja krvi sa svim frakcijama u jednom aseptičnom milijeu, te lagane resorpcije i razbistravanja sadržaja. Gravitacijom je došlo do spuštanja u Douglas i istežanja krvnih žila na hilusu slezene. Raritet ovog slučaja je razlog njegovoj publikaciji. S obzirom na ostale tumore negenitalnog porijekla u genitalnom području, koje smo skupili u našoj kazuistici u toku 15 godina, cysta lienalis se javila u odnosu 1:23 (4.3%). U toku je naš rad o tumorima negenitalnog porijekla u genitalnom području.

LITERATURA

- 1) Blaustein A. »The Spleen«, Mc. Graw-Hill Book Company Inc., New York, 1963. g.
- 2) Djanković H. Medicinska Encikl. Tom 9. Leks. zavod, Zagreb 1964.
- 3) Gabriel Gelin »La rate et ses maladies, Masson Cie, Paris, 1954.
- 4) Saltykow S. Spec. pat. morfologija II. Nakl. zavod Hrvatske, Zagreb, 1948.
- 5) Schmid H. H. »Seitz-Amreich Biologie und Pathologie des Weibes V Band Verlag Urban Schwarzenberg München, 1953.
- 6) Streicher H. J. »Chirurgie der Milz«, Springer Verlag, Berlin, 1961.

SUMMARY

Departement of Gynecology, Medical Center Banja Luka
CYSTIC SPLEEN AT DOUGLAS CAVITY

Josip Jović and Franjo Čurić

The authors presents a case of Cysta of the Spleen at Douglas cavity.

*Služba za zaštitu žena
Medicinskog centra u Banjoj Luci.
Načelnik: dr Josip Jović*



Predsjednik Skupštine opštine Banja Luka Milorad Popović, otvara ortopedsko odeljenje u Zavodu za medicinsku rehabilitaciju u Banjoj Luci

Waardenburgov sindrom u dvije porodice

Preliminarni izvještaj

Karlo Bernard i Slobodan Zrilić

Waardenburg (1) je 1951. objelodanio studiju o četrnaest porodica što ih je sam proučavao i dviju iz literature, koje su sve imale nasljednu i do tada slabo poznatu i nedefiniranu bolest. Bolest se prema Waardenburgu sastoji od ovih znakova: 1. lateralni odmak unutarnjih kantusa očiju i donjih suznih punkta, 2. širok i istaknut korijen nosa, 3. hiperplazija medijalnih dijelova obrva, 4. bijeli ili sivi pramen kose, 5. djelomična ili posvemašnja heterohromija šarenica i 6. gluhoonijemost. Prijenos je bio svojstven autosomno dominantnom obliku. Pregledavši pitomce 5 nizozemskih domova za gluhe i ukupno 1.050 pacijenata, zaključio je da u Nizozemskoj oko 1,43 posto svih prirođeno gluhih osoba ima taj sindrom, a da je učestalost sindroma (s gluhoćom ili bez nje) oko 1:42.000 u općoj populaciji. Keizer (2) je opisao jednu nizozemsku porodicu 1952, a Wildervanek (3) 1957. još 5 nizozemskih primjera. Po mišljenju Di Georgea i sur. (4) slaba pažnja koju je izazvao Waardenburgov (1) rad u svijetu dobrim je dijelom bila uvjetovana činjenicom da je Waardenburgova studija objelodanjena u časopisu za genetiku i tako je slabo doprla do pedijataru, otologa, oftalmologa i drugih. Tako je tek 1958. McKenzie (5), očito ne uvažavajući Waardenburgov rad opisao prvu škotsku, a Partington (6) 1959. prvu englesku porodicu s tim sindromom. DiGeorge, Olmsted i Harley (4) opisali su 1960. prve američke bolesnike, prikazujući ujedno prve primjere kod crnaca, a tek 1966. izvijestili su Boniface i Fontaine (7) prve francuske pacijente. Klenka (8) je međutim 1956. obavijestio da je pregledao 374 gluhoonijeme osobe u Pragu, ali nije mogao naći ni jedan tipičan primjer Waardenburgova sindroma. U engleskoj porodici koju prikazuje Partington (6) postoji jedan član udaljenog flamanskog porijekla. Kako ostali autori nisu tome pitanju posvetili naročitu pažnju, nije još pouzdano utvrđeno je li Waardenburgov sindrom jednako čest u neflamanskog življa.

Nama nije poznato da je Waardenburgov sindrom opisan u Jugoslaviji. Nekoliko mjeseci nakon što smo bili poblize upoznati s Waardenburgovim radom, otkrili smo dvije porodice s tim sindromom, jednu za drugom. Proučavanje tih porodica sada je u toku, no kako se radi o pitanju od znatnog teoretskog značaja i praktičke važnosti s obzirom na gluhoću, dajemo ovdje preliminarni izvještaj naših proučavanja.

Prikaz bolesnikâ

Dijelovi rodoslovljâ dviju ispitanih porodica prikazani su na sl. 1.

LEGENDA

† PREGLEDAN OD NAS

□ MUŠKO

○ ŽENSKO

⊕ ⊞ POKOJNI

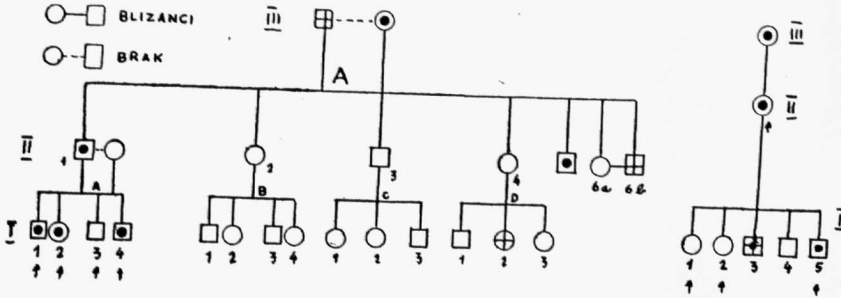
◻ ⊙ AFICIRAN

○—□ BLIZANCI

○—□ BRAK

PORODICA »RT«

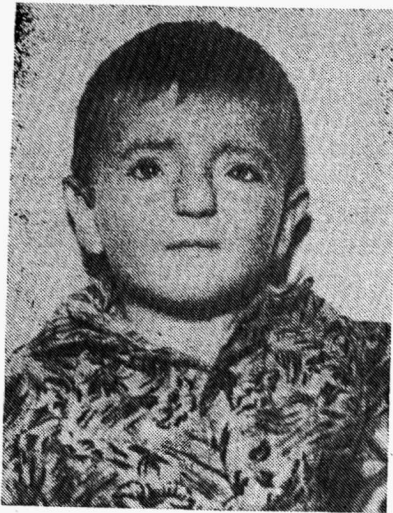
PORODICA »NO«



Sl. 1

Porodica RT

Propozit I—A—4 (sl. 2); D.N., dječak star 1,5 godinu. Fizikalni pregled predstavio je prema dobi primjereno razvijeno i uhranjeno dijete, koje ne izgleda duševno zaostalo. Lice je četvr-

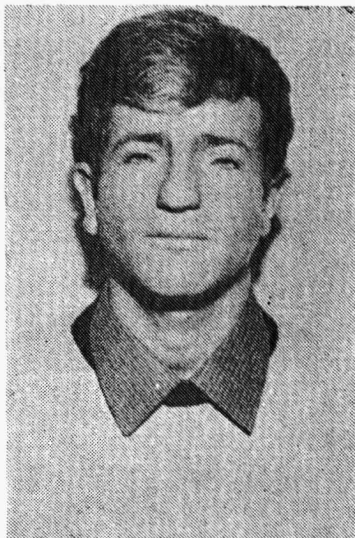


Sl. 2

tasto. Unutarnji kantusi očiju izrazito su lateralno odmaknuti, tako da se vidi samo neznatan dio rožnice. Šarenice su duboko modre. Medijalni dijelovi obrva su hiperplastični. Korijen nosa je istaknut i širok, vršak nosa je spoljšten. Ulaz u nos izrazito

je obostrano sužen, tako da je pregled nosnim spekulumom nemoguć. Sluh je grubo klinički procijenjen normalnim, ali audiometrija nije napravljena.

Ispitanik I—A—1 (sl. 3); mladić star 19 godina, brat propozita I—A—4. Po iskazu majke od 2. dana života procurila su djetetu sukrvavo oba uha i cijedila se kroz 5 godina, ali lije-



Sl. 3

čenje nije poduzeto. Kroz naredne dvije godine liječio ga je otolog nekim prašcima za uši te je svaki iscjedak nestao na godinu dana. U 7. godini života procurila je krv iz oba uha i tada su mu u bolnici »oba bubnjića izvađena«. Mladić je gluho od poroda i nijem. Završio je osmogodišnju školu za gluho djece sa srednjim uspjehom.

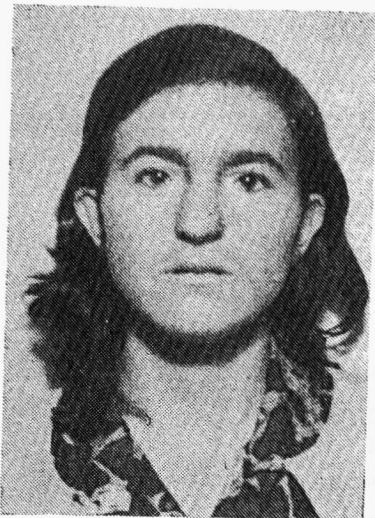
Fizikalni pregled otkrio je primjereno visoka, čvrsto građena i normalno uhranjena gluhonijema mladića. Unutarnji kantusi očiju odmaknuti su izrazito lateralno, tako da se vidi samo mali dio bjeloočnice medijalno od rožnice. Donja suzna punkta također su izrazito lateralno odmaknuta i nalaze se lateralno od medijalnog kraja rožnice. Šarenice su duboko modre. Medijalni dijelovi obrva jasno su hiperplastični. Korijen nosa je širok i istaknut. Vršak nosa je spljošten. Lice je četvrtasto. U crnoj kosi nalazi se na čelu bijeli pramen.

Ispitanik I—A—2 (sl. 4); D. Z., djevojka stara 17,5 godina, sestra propozita I—A—4. Nikada nije bila ozbiljno bolesna; uši je nisu nikada boljele niti su curile. Od poroda je gluha i nije-ma. Pohađa osmogodišnju školu za gluho djecu i ima veoma dobar uspjeh.

Fizikalni pregled otkrio je za dob primjereno visoku, dobro građenu, primjereno uhranjenu djevojku. Lice je četvrtasto. Medijalni dijelovi obrva su hiperplastični i srasli na nosu. Unutarnji kantusi očiju su jasno lateralno odmaknuti tako da se samo manji dio bjeloočnice vidi s medijalne strane rožnice. Šarenice su smeđe. Korijen nosa je širok i istaknut, vršak nosa je pljosnat. Kupidov brežuljak na usni je izrazit. Nепce je gotsko.

Distalni članak palca desne ruke je izrazito proširen i ima pre-kobrojni noktić.

Porodična anamneza: Otac naša tri bolesnika (II—A—1) je po iskazu njegove supruge istoga izraza lica kao i njegova tri djeteta. U tridesetoj godini života naglo je i potpuno posijedio. Šarenice su mu plave. Rečeno je da dobro čuje. Stric naših ispi-



Sl. 4

tanika (II—A—5) potpuno je istoga izraza lica po iskazu majke naših ispitanika i ima šarenice različne boje. Navodno dobro čuje. Baka naših ispitanika (III—A) živa je i ima isti izraz lica kao i naši ispitanici, po navodu njezine snahe. Rečeno je da ne čuje dobro, ali da je u mladosti dobro čula. Za sve ostale članove porodice majka naših ispitanika je rekla da »uopće ne liče na njezina tri djeteta«. Ispitanik I—A—3 nije fizikalnim pregledom pokazao ni jedan znak Waardenburgova sindroma.

Porodica ND

Propozit I—5 (sl. 5); B. M., dječak star 9 mjeseci. Fizikalni pregled predstavio je primjereno razvijeno, pothranjeno i psihomotorno napredno dojenče. Unutarnji kantusi očiju odmaknuti su izrazito lateralno, tako da se bjeloočnica s medijalne strane rožnice jedva vidi. Donja suzna punkta također su odmaknuta lateralno tako da se nalaze lateralno od medijalnog kraja rožnice. Šarenice su smeđe. Medijalni kraj obrva je hiperplastičan. Korijen nosa je širok i izrazit. Sluh procijenjen grubo klinički je normalan, ali audiometrija nije napravljena.

Ispitanik II (sl. 5); B. S., žena stara 27 godina, majka propozita I—5. Pregled glave pokazao je da su unutarnji kantusi očiju izrazito lateralno odmaknuti, tako da se samo manji dio bjeloočnice vidi se medijalne strane rožnice. Donja suzna punkta također su lateralno odmaknuta i nalaze se lateralno od medijalnog kraja rožnice. Šarenice su smeđe. Medijalni dijelovi obrva su hiperplastični. Korijen nosa je izrazit i širok. Kosa je riđa,

srijeda na čelu ima sijedi pramen. Sluh procijenjen grubo klinički je normalan, ali audiometrije nije urađena.

Porodična anamneza: Baka propozita (III) je po izjavi njezine kćeri istoga izraza lica kao i ona. Ostali podaci nisu o njoj poznati. Majka propozita je imala dva mlađa brata koji su u ratu poginuli, a navodno su bili sasvim nenalik njoj. Jedan brat



Sl. 5

našega propozita (I—3) umro je u ranoj dojenačkoj dobi i po kazivanju majke bio je sasvim nalik propozitu. Dvije starije sestre našega propozita (I—1 i I—2) kod pregleda nisu pokazale ni jedan znak Waardenburgova sindroma. Brat propozita (I—4) navodno je sasvim nenalik propozitu, ali on nije pregledan.

Komentar i diskusija

Nema potrebe da se raspravlja radi li se u porodici RT o Waardenbergovu sindromu ili ne. Veoma je zanimljiv i u literaturi nigdje naveden podatak koji stoji u anamnezi bolesnika I—A—1, naime. sukrvavi i krvavi iscjedak iz ušiju koji je započeo od 2. dana života i trajao je godinama. Naročito s obzirom na kasniju operaciju, veoma je primamljivo protumačiti ga probojnom upalom srednjeg uha. Moglo bi se pomisliti da je to i uzrok gluhoće. Audiometrija će otkriti radi li se o osjetnoj ili provodnoj gluhoći, no ipak, probojna upala srednjeg uha takva toka čini nam se posve neobičnom.

U porodici ND nema klinički dokazive gluhoće. To još ne znači da ne postoji jednostrana naglušnost, kako su to Fisch (9) i Di George (4) pokazali audiometrijskim mjerenjima. Bez obzira na to, broj klinički pregledanih bolesnika u toj porodici je premalen, što može biti također razlog da se gluhoća nije našla. Učestalost gluhoće koleba od porodice do porodice (10), pa su podaci koji se navode u literaturi o učestalosti gluhoće često neprimjenljivi na datu porodicu. Dok je Waardenburg (1) našao 20 posto gluhoće kod bolesnika s tim sindromom, dotle su François i dr. (11) našli samo 9 posto kod također velike porodice u kojoj je sindrom imalo 162 člana.

DiGeorge (4) je definitivno dokazao da plave izohromne šarenice predstavljaju dio sindroma, kako je to već Waardenburg pretpostavljao. To mu je bilo moguće zato što je posmatrao znatan broj crnaca s Waardenburgovim sindromom. DiGeorge (4) je također istakao važnost pregleda fundusa i šarenice procjepnom svjetiljkom.

Osim znatnoga teoretskog značaja koje taj sindrom ima za rješavanje hipoplazije slušnog živca (9), najveći praktički značaj ima taj sindrom u mogućnosti genetskog savjetovanja i sprečavanja najporaznijeg znaka sindroma — gluhoće.

Važno praktičko pitanje jest: kolika je učestalost sindroma u banjolučkom zdravstvenom gravitacionom području. Obično se procjenjuje da banjolučkom medicinskom središtu gravitira od 800.000 — 1.000.000 stanovnika. Zanimarimo li činjenicu da jačina te gravitacije centrifugalno opada, što treba da bitno utječe na vjerojatnost susreta s novim propozitima, onda bi uzevši najveći mogući broj (1.000.000) i koristeći Waardenburgove (1) procjene za Nizozemsku valjalo u tome području očekivati 23 ili 24 bolesnika s Waardenburgovim sindromom. Po istim procjenama postojalo bi 4 ili 5 gluhonijemih osoba s tim sindromom.

Naši podaci otkrivaju 10 bolesnika. S našim ispitanicima teško smo uspostavljali dodir, jer se rodbina ustručavala da pokazuje svoju »sramotu«. Stoga je vjerojatnost simulacije u anamnestičkim podacima neznatna, a disimulacije velika. Broj pregledanih bolesnika u obje porodice je neznatan. Objе porodice otkrivene su nekoliko mjeseci nakon što nam je Waardenburgov rad postao bolje poznat i to jedna za drugom. U banjolučkom gravitacionom području nisu nigdje skupljene sve gluhonijeme osobe. Oba naša gluhonijema pacijenta nalaze se među devedestoro gluhonijeme djece u školi za gluhonijemu djecu. Ako su sva ta djeca prirođeno gluha, u što valja sumnjati, postotak gluhonijeme djece s Waardenburgovim sindromom u toj školi (2,2 posto) premašuje Waardenburgovu procjenu (1,43 posto).

Iako su svi ti podaci sasvim nedostatni za donošenje konačnih zaključaka, ipak je očigledno da postoji znatna vjerojatnost da Waardenburgov sindrom u banjolučkom gravitacionom području nije manje čest nego što je Waardenburg procijenio za Nizozemsku kao cjelinu. Flamansko porijeklo tih porodica ne može se utvrditi, a koliko je nama poznato takvih seoba u povijesti nije bilo.

Zaključak

Prvi put se u Jugoslaviji prikazuje Waardenburgov sindrom i to u dvije porodice s ukupno neposredno pregledanih 5 bolesnika. Ne može se utvrditi flamansko porijeklo tih porodica niti su poznati podaci iz povijesti da se flamanski živalj selio u ove krajeve. S obzirom da Klenka (8) u Pragu nije otkrio ni jedan primjer Waardenburgova sindroma među 374 gluhonijeme osobe, to bi mogao biti i prvi prikaz toga sindroma kod slavenskog živilja. Ukazuje se na praktički značaj toga sindroma, jer se genetskim savjetovanjem može spriječiti najporazniji znak sindroma — gluhoća.

Service of childrens' and adolescent welfare,

Medical Center Banja Luka

Karlo Bernard and Slobodan Libic

L I T E R A T U R A

- 1) Waardenburg. P.J.: Am. J. Human Genet, 3:195, 1951. (cit. 4).
- 2) Keizer, D.P.R.: Nederl tijdschr genesk 96:2541, 1952. (citat 4).
- 3) Wildervanck, L. S.: i b i d 101:1120, 1957. (citat 4).
- 4) DiGeorge, A.M., Olmsted, R.W., and Harley, R.D.: Waardenburg's syndrome. A syndrome of heterochromia of the irides, lateral displacement of the medial canthi and lacrimal puncta, congenital deafness, and other characteristic associated defects, J. Pediat 57:649, 1960,
- 5) McKenzie, J.: The first arch syndrome, Arch. Dis. Childhood 33:477, 1958.
- 6) Partington, M.W.: An English family with Waardenburg's syndrome, i b i d 34:154, 1959.
- 7) Boniface, L. et Fontaine, G.: Le Syndrome de Waardenburg (A propos de 5 observations), Ann. Pédiat. 42:788, 1966.
- 8) Klenka, L.: Čsl. Othol 12:270, 1956. (citat 6).
- 9) Fisch, L.: Deafness as part of an hereditary syndrome, J. Laryngol. 73:355, 1959.
- 10) Robinson, G.C., Miller, J.R., and Soepardan, L.I.: Waardenburg's syndrome: the risk of recurrence of congenital deafness in a kindred, J. Pediat. 67:491, 1965.
- 11) François, J., Kluyskens, P., Matton-Van-Leuven, M.T., Manavian, D., and Rysenaer, L.: Waardenburg-Klein syndrome (Syndrome de Waardenburg-Klein), Acta Genet. Med. (Roma) 14:353, 1965. (sažeta u Excerpta med (Pediat) (Amst) 20:688, 1966.).

S U M M A R Y

Service of childrens' and adolescent welfare, Medical Center Banja Luka

WAARDENBURG'S SYNDROME

Karlo Bernard and Slobodan Zrilić

This is the first report of Waardenburg's syndrom in Yugoslavia. In two families there were total 10 cases of wich 5 were directly etamined. There is not known flemish ancestry of this families and from history it is not known Flemish people came ever in this country As Klenka (8) could not find any typical case of Waardenburg's syndrom among 374 deaf-mutes examined in Prague it is possible this cases are the first description of Waardenburg's syndrom in Slavic population. The authors pointed out the practical importance of genetic counselling.

Služba dječje zaštite

Medicinskog centra u Banjoj Luci

Načelnik: dr Miljenko Mrakovčić



Gosti na svečanoj sjednici povodom otvorenja ortopedskog odjeljenja
u Zavodu za medicinsku rehabilitaciju u Banjoj Luci

Virološka dijagnostika u laboratoriju

Miha Likar (Ljubljana)

Iako za veliku većinu virusnih bolesti još nemamo specifičnih lijekova, zbog prognostičkih i epidemioloških razloga laboratorijska dijagnostika tih bolesti postaje sve važnija i u svijetu se tome pitanju posvećuje sve veća pažnja. U toku prvih dana virusne infekcije možemo izolovati virus koji je etiološki faktor velike većine oboljenja. Ove pretrage traju dosta dugo i moramo priznati da su rezultati virusoloških pretraga gotovi većinom tek kada je bolesnik ili već ozdravio ili umre. Uprkos tome, mislimo da je etiološka dijagnoza značajna za javnu zdravstvenu službu, i da virusološke laboratorije imaju svoj *raison d'être*.

Virusološke laboratorije obično preferiraju serološke testove, jer mogu brzo da ih izvrše a mnogo su jeftinije. Ali mislimo da je uvijek potrebno pokušavati i izolaciju virusa kada se radi: 1. o nekoj epidemiji, 2. kada serološkim reakcijama ne možemo utvrditi tip virusa i 3. kada je potrebno potvrditi dijagnozu napravljenu mikroskopskim pregledom raznog materijala.

Kada pokušavamo izvršiti evaluaciju svih pretraga bolesnika kod kojega se sumnja na virusnu infekciju, potrebno je uvijek misliti na to da veliki broj raznih virusa može da uzrokuje isti sindrom; npr. aseptički meningitis, atipična pneumonija i sl. U zadnje vrijeme sve se češće poziva u pomoć virusološka laboratorija kod kongenitalnih malformacija i oboljenja s eg-zantemima.

Kao što kod bakterijskih infekcija tako i kod virusoloških pretraga izolacija virusa uvijek još ne znači da smo otkrili i etiologiju bolesti. U sumnjivim slučajevima moramo misliti na nekoliko okolnosti. Tako mogu neki virusi da perzistiraju dosta dugo u čekanju; npr. izolacija virusa herpesa, poliomi-jelitisa, ECHO ili Cocksackie virusa iz zaraznog materijala bolesnika još ne znači da je to i etiološki agens. Tek uvažavanjem kliničkih i epidemioloških podataka može se s izvjesnošću potvrditi da je neki virus i uzročnik bolesti.

Drugi faktor koji komplikuje interpretaciju virusološke dijagnostike jest u tome što razni virusi mogu imati istu sezonsku i geografsku karakteristiku. Tako npr. često se događa da se poliovirusi i virusi encefalitisa nalaze u isto vrijeme, u istim krajevima, a obje grupe virusa mogu uzrokovati često inap-arentne, a i klinički manifestne infekcije.

Dalje, nisu rijetke infekcije sa dva virusa. Tako se događa da se iz fecesa izoluju u isto vrijeme dva ECHO virusa ili Cox-seckie i ECHO virus zajedno. Tada je vrlo teško odlučiti koji od dva virusa ima etiološku ulogu.

Tehnika kojom se koristimo u ispitivanju rikacija i virusa veoma je različita. Kako se ti organizmi međusobno razlikuju po svojim domaćinima (od bakterija do čovjeka), po svojoj veličini (od molekula do malih bakterija) i po mnogim drugim osobinama, mora i tehnika ispitivanja pojedinih vrsta virusa da bude sasvim različita. Tehnika koja može vrlo dobro poslu-žiti u ispitivanju jedne vrsti virusa, može biti sasvim nepodesna za ispitivanje neke druge.

Jedna od karakteristika tehnike ispitivanja rikecija i virusa jest da se ona većinom temelji na indirektnoj metodologiji, tako da se neki virusi mogu ispitivati i godinama a da se uopće ne vide. Zbog toga je potrebna osobita pažnja i brojne kontrole pri svakom radu u ispitivanju rikecija i virusa.

Za izolaciju virusa možemo upotrijebiti krv, pljuvačku, ispirak ždrijela ili rektuma, gnoj, izmet, nefiksiran materijal dobiven kod autopsije, kičmenu tekućinu ili tkivo dobijeno biopsijom itd. Izolacija nekih virusa u zadnje vrijeme vrši se sve češće. Tako je npr. izolovanje enterovirusa mnogo podjednaka metoda za dijagnozu infekcije ovim virusima od serologijskih reakcija. Nabrojat ćemo nekoliko virusnih bolesti s najpodjednakim materijalom za izolaciju.

1 *Influenca*: Ispirke ždrijela ili nazofarinksa dobijamo time da bolesnik grglja 20 ml fiziološkog rastvora soli, destilovane vode ili bujona, što se isprazni kroz nos kateterom ili kroz usta. Pošto uzmemo ispirak, smrzavamo ga i šaljemo u laboratorij u termos-boci na ledu s acetonom ili dodatkom soli (-18°C).

2 *Parainfluenca*: Osim opisanog ispirka dobro je uzimati i briseve ždrijela i slati ih na ledu.

3 *Mumps*: Uzimamo pljuvačku kapilarnom pipetom sa otvora Stensonova kanala. Kod meningitisa mumpsne etiologije uzimamo kičmenu tekućinu. Nakon uzimanja smrzavamo zarazni materijal.

4 *Adenoinfekcije*: Možemo uzimati ispirak ždrijela ili nazofarinksa, a kod konjunktivitisa uzimamo ispirak konjunktive sterilnim fiziološkim rastvorom soli. No vrlo često adenoviruse izolujemo iz fecesa bolesnika, što je najvažniji materijal kod tih infekcija.

5 *Poliomijelitis, infekcije ECHO i Coxsackie virusima*: Najpodjednakiji materijal za izolovanje ove skupine virusa jest nesumnjivo feces bolesnika, iako možemo izolovati te viruse i iz ispirka ždrijela. Feces šaljemo 5 gr u staklenoj posudi sa širokim otvorom, koji je dobro začepljen i napunjen najviše do polovice. Za slanje rektalnih briseva preporučuju agar sa 50 posto glicerina u epruveti. Kičmena tekućina pokazala se kao podjednak materijal za izolaciju nekih tipova ECHO virusa. Kod smrtnih slučajeva uzimamo za izolaciju mozak i kičmenu moždinu.

6 *Infekcije arborvirusima*: Neke arborviruse možemo izolovati iz krvi u prvim danima bolesti (npr. virus centralnoevropskog encefalitisa ili krpeljni virus, virus groznice West Nile i sl.). Nakon uzimanja odmah smrzavamo krv. Mozak dobiven autopsijom smrtnih slučajeva sadrži velike količine virusa, koji obično nije teško izolovati. Najviše virusa nalazimo u sivoj supstanciji u okolini medule oblongate, ponsa, hipokampusa i cerebeluma. Pošto uzmemo mozak, konzerviramo ga smrzavanjem na -20°C ili na -70°C ili u 50 postotnom glicerolu.

7 *Variola, vakcinija i herpes*: U početnim stadijima bolesti uzimamo krv, a kasnije dobijamo materijal češanjem površine nakula i papula. Pljuvačku uzimamo kapilarnom pipetom, koju nakon uzimanja materijala zatalimo na oba kraja. U kasnijim stadijima uzimamo sasušene kraste. Virus herpesa kompleksa osjetljiviji je na fizikalne agense od virusa variole i vakcinije.

8 *Psitakoza i ornitoza*: U prvom tjednu bolesti, još prije liječenja antibioticima, podjednaka je krv za izolaciju virusa. Virus možemo izolirati i iz pleuralnog eksudata ili ispirka ždrijela. Kod autopsije uzimamo za izolaciju virusa komadić slezene ili jetre s nekoliko mililitara pleuralne ili perikardijalne tekućine. Sumnjive ptice šaljemo u laboratorij zamotane u hartiju koju smo natopili u 2 postotnom lizolu ili tome sličnom sredstvu.

Kao što sam već spomenuo kod nekih virusa, materijal za izolovanje šaljemo u laboratoriju u termos-boci s mješavinom leda i acetona ili leda i soli (-18°C). Toga se pravila pridržavamo prilikom slanja svih uzoraka na pokušaj izolacije; ipak postoje neke iznimke: kod pokušaja izolovanja »otpornih« virusa kao što su npr. poliovirusi, ECHO i Coxsackie virusi, variola, nije potrebna tolika opreznost. Isto vrijedi za slanje materijala zimi i kada je putovanje uzoraka kratko.

Serumi

Akutni i rekonvalescentni serumi su najvažniji materijal koji je potreban laboratorijima za dijagnozu rikecijskih i virusnih bolesti. Pri pokušaju izolovanja virusa, uzimamo velik broj raznih uzoraka. Odnos između stadija bolesti i postojanja virusa i protutijela u zaraznom materijalu vidi se na tabeli:

Stadij bolesti	Virus postoji	Protutijela postoje
inkubacija	rijetko	
prodromi	čakada	
početak	često	
akutni	često	često
poboljšanje	rijetko	obično
rekonvalescencija	vrlo rijetko	obično

Krv na serologijske pretrage uzimamo aseptično, bez anti-koagulansa. Serum odvojimo na sobnoj temperaturi ili na 37°C za vrijeme od jednoga časa. Serume čuvamo za kraće vrijeme u ledenici na 4°C , a duže čuvamo ih na -20°C .

Za neke serologijske pretrage serume inaktiviramo prije upotrebe zagrijavanjem. Time odstranjujemo velik broj nespecifičnih inhibitora. Inaktivacija seruma neophodna je za reakciju neutralizacije s nekim virusima. Obično vršimo i inaktivaciju na 57°C kroz 30 minuta. Preporučuju vršiti inaktivaciju razblaženih seruma na 60°C od 20 minuta.

Uzgajanje rikecija i virusa

Za uzgajanje rikecija i virusa potrebne su žive stanice. Razne vrste rikecija i virusa razmnožavaju se samo u određenim vrstama osjetljivih stanica. Ti se mikroorganizmi mogu uzgajati: a) u životinjama, b) u začetim kokošjim jajima i c) u kulturama tkiva.

Uzgajanje u životinjama: Osjetljivost normalnih životinja prema različitim rikecijama i virusima je različita. Ona je zavisan ne samo od životinjske vrste, nego i od starosti životinja.

Kako su u oglednih životinja inaparentne infekcije raznim virusima česte, a kako se za uzgajane virusa i rikecija mogu koristiti samo one koje uopće nisu zaražene, potrebno je najprije ispitati jesu li inficirane one u kojima se ti mikroorganizmi žele uzgajati. To se najčešće radi tako da se neki materijal ispitivanih životinja prenosi na zdrave životinje. Poslije nekoliko takvih prenošenja skriveni virus će se aktivirati i izazvati reakcije u zdravih životinja. Na osnovu kliničkih manifestacija u njih može se utvrditi postojanje virusa.

Ubrizgavanje: Ispitivani materijal se ubrizgava životinjama koje su površno narkotizirane eterom. Sasvim mladim miševima, koji još sisaju, može se ubrizgati materijal i bez narkoze. Inokulisanje se može vršiti intracerebralno, intrakutano, intraduralno, intraspinalno, intranasalno, supkutano, već prema tome kako je za pojedine vrste mikroorganizama najpodesnije.

Najčešće se koristi intracerebralno i intranazalno inokulisanje.

Uzgajanje u začetim kokošijim jajima

Prilikom uzimanja pojedinih membrana i tekućine u kojima su porasli virusi, potrebno je spriječiti krvarenje. To se najbolje postiže ako se jaja poslije inkubacije čuvaju nekoliko časova u ledenici na 4°C. Od vrste virusa koji je kultivisan i mjesta zasijavanja zavisi koja će se vrsta materijala sakupiti i uzeti poslije inkubacije.

Uzgajanje u kulturama tkiva

Za uzgajanje virusa sve se više koristimo kulturama raznih vrsta tkiva. Razmnožavanje nekih virusa prati propadanje stanica u kulturi tkiva. To se može spriječiti specifičnim homolognim serumima i na taj način mogu odrediti protutijela protiv nekih virusa. Neki drugi virusi koji ne izazivaju promjene u inficiranim stanicama kulture tkiva mogu se dokazati time što inficirane stanice apsorbiraju eritrocite poslije infekcije. Virus poliomijelitisa, stvaraju opet karakteristične promjene u kulturama fibroblasta ili epitelnih stanica, a virusi influence proizvode hemadsorpciju inficiranih stanica, ali im ne mijenjaju oblik i izgled.

Kulture tkiva su se pokazale kao odlične podloge za razmnožavanje virusa i za njihovo dobivanje u velikim količinama, što se često koristi za spravljanje vakcina. Za neke viruse kultura tkiva postala je neophodna, a pomogla je bitno i u proučavanju mnogih osobina virusa.

Dodavanjem agara hranljivoj tekućini za kulture stanica razvili su posebnu tehniku proučavanja patogenog djelovanja virusa na stanice u kulturama. Agar u hranljivoj tekućini uzrokuje da ostanu žarišta i infekcije stanica odvojena jedna od drugih u obliku plakova. Dokazali su da je jedna virusna čestica, jedan virion, tj. virusni djelić sposoban za razmnožavanje, uzrokuje stvaranje jednog plaka. Ova pojava otvara široke mogućnosti za proučavanje virusa, jer omogućava selekciju virusa prema pojedinim osobinama jednog klana virusa iz jednog plaka i time izolaciju genetičkih čistih sojeva virusa. Dalje je unijela metoda mnogo veću preciznost kod kvantitativnog određivanja količine virusa. Obično se upotrebljava metoda kod koje se jedan sloj tripsiniziranih stanica prekrije poslije infekcije agarom i hranjivom tekućinom. Stvaranje plakova u sloju stanica najljepše se može prikazati vitalnim bojenjem kao što je neutralno crvenilo.

Serologijska ispitivanja

Serologijske reakcije su u većini laboratorija glavni metodi za ispitivanje rikecija i virusa. Na serologijskim metodama zasniva se najvećim dijelom dijagnoza i epidemiologijska ispitivanja rikecijskih i virusnih bolesti. Ti metodi služe za ispitivanje anti-genske građe mikroorganizama. Serologijska tehnika, kojom se danas koristimo u ispitivanju rikecija i virusa, najvećim dijelom predstavlja prilagođene metode kojim se koriste i u ostalim granama mikrobiologije, a koje su djelomično modifikovane zbog nedovoljno pročišćenih ili slabih antigena. Ali u novije vrijeme mnoge slabije antigene virusa zamijenili su dobri i djelomično pročišćeni antigeni.

Među najvažnije serologijske reakcije za dijagnozu rikecijskih i virusnih bolesti spadaju reakcije dokazivanja protutijela koja neutrališu viruse, reakcija fiksacije kompleksa, inhibicija hemaglutinacije, aglutinacija i precipitacija.

Ogled neutralizacije virusa

Reakcijom neutralizacije virusa dokazuju se protutijela koja neutrališu rikecije i viruse tako da se mješavina virusa i seruma ubrizga u osjetljive domaćine, ogledne životinje ili kulture tkiva. Količina protutijela u serumima može se dokazati reakcijom neutralizacije na dva načina: upotrebom mješavine nerazblaženog seruma i sve manjih koncentracija virusa ili, obratno, upotrebom mješavina jednakih količina virusa i sve većih razblaženja seruma. Postojanje protutijela koja neutrališu viruse u nekom serumu ne dokazuje postojanje aktuelnog virusnog oboljenja, jer se ta protutijela mogu držati u serumu godinama poslije ozdravljenja. Zbog toga ta reakcija ima naročit značaj za epidemiologijska ispitivanja i za utvrđivanje postojanja nepoznatih virusa u pojedinim područjima ili zemljama.

Iako je ogled neutralizacije u osnovi jednostavan, on zahtjeva mnogo vremena i materijala, te pažljivo tumačenje rezultata. Mnogi faktori sredine mogu bitno utjecati na rezultate reakcije. Naročito utječe vrsta ogledne životinje, način i put inokulacije, postojanje inhibitora u serumu itd.

Ogled neutralizacije na miševima

Za tu se svrhu koristimo miševima poznate osjetljivosti i određene starosti. Miševi se vještački inficiraju na standardan način i određeno vrijeme se promatraju promjene na njima.

Prije izvođenja ogleda neutralizacije treba da se odredi titar virusne infektivnosti. DI^{50} označava dozu virusa koja zarazi 50% od ukupno inokuliranih životinja, a DL^{50} dozu koja ubija 50% inokuliranih životinja. Obično se DL^{50} izračunava po metodi Reeda i Muencha. Primjer ogleda neutralizacije pokazuje tabela.

Tabela 1
Ogled neutralizacije virusa

Razblaženja virusa u svakoj mješavini seruma i virusa	Broj uginulih i inficiranih životinja	Akumulisane vrijednosti		
		Uginulo	Preživjelo	%
10-1	4/8	5	4	56
10-2	1/8	1	11	8
10-3	0/8	0	19	0

$$\text{Proporcionirana distancija} = \frac{56 - 50}{56 - 8} = 0,125$$

$$DL^{50} \quad 10-1,1$$

Ako je titar suspenzije virusa 3,6, onda je neutralizacioni indeks jednak antilogaritmu od $3,6 - 1,1 = 2,5 = 320$.

Ogled neutralizacije u kulturama tkiva

Detalji izvođenja toka ogleda mogu biti različiti, ali svi se zasnivaju na činjenici da virusna protutijela neutrališu citopatogeni efekt virusa.

Princip je da se sa svakim ogledom neutralizacije izvodi i kontrolna titracija virusa. Kontrole seruma bez virusa pokazuju nespecifične reakcije koje mogu izazvati neki serumi. Uvijek se ostavi nekoliko neinokuliranih epruveta koje služe kao kontrola kulture tkiva. Tabela 2 pokazuje primjer ogleda neutralizacije kod bolesnika koji je bio zaražen poliovirusom tipa 1. Njemu je serum uzet 20 dana poslije početka bolesti i on je neutralisao poliovirus tipa 1 još u razblaženju 1 : 100, a poliovirus tipa 2 u razblaženju 1 : 50. Neutralizacioni indeks iznosi 320 za poliovirus tipa 1, a 32 za poliovirus tipa 2.

Ogled neutralizacije u začetim jajima

Pileći embrion i ovojnica začetog jajeta mogu se koristiti kao indikatori za dokazivanje protutijela koja neutrališu neke viruse. Kod influence i mumpsa poslije inokulacije mješavine seruma i virusa utvrđuje se da li se formiraju hemaglutinini u alantoičnoj tekućini inficiranih embriona. Protutijela koja neutrališu viruse i koja se razvijaju u obliku plakova ili nekroza na horialantoičnim membranama, dokazuju se upoređivanjem broja nekroza koje izaziva virus s brojem nekroza koje nastaju na horioalantoičnim membranama koje su inokulirane mješavinom virusa i seruma. Razumljivo je da serum sadrži homologna protutijela, sprečava stvaranje nekroza.

Tabela 2
Protutijela koja neutrališu virus u parnim serumima
bolesnika poslije infekcije polio virusom tipa 1

Virus 100 TKD ⁵⁰	Serum (dana nakon početka bolesti)	Citopatogeni efekt					50% titar serum	
		1:2	1:10	1:50	1:100	1:250	log.	antilog.
tip 1	1	000	+++	+++	+++	+++	0,7	5
	20	000	000	000	00+	+++	2,5	320
tip 2	2	000	+++	+++	+++	+++	0,7	5
	20	000	000	0++	+++	+++	1,5	32
tip 3	3	+++	+++	+++	+++	+++	0	0
	20	+++	+++	+++	+++	+++	0	0
Kontrole	1	000						
	20	000						

Objašnjenje znakova: »0« označava jednu epruvetu s tkivnom kulturom koja poslije inokulacije ne pokazuje citopatogeni efekt; »+« označava jednu epruvetu s kulturom tkiva koja poslije inokulacije pokazuje citopatogeni efekt.

Fiksacija komplementa

Velika prednost reakcije vezivanja komplementa je u njenoj jednostavnosti. Ranije ta reakcija nije davala dobre rezultate pri ispitivanju virusa i virusnih bolesti zbog antigena koji su

još tada bili loši. Ali u zadnje dvije decenije uspelo je pripravljanje poboljšanih antigena, što je pokazalo da je reakcija vezivanja komplementa izvrsna za serologijsku dijagnostiku i proučavanje rikecioza i virusnih infekcija. Poboljšanje antigena je uspelo na osnovu zapažanja da je aktivnost nekog zaraženog tkiva kojim se koristimo za spravljanje antigena, razmjerna koncentraciji prisutnog virusa. Količina prisutnog virusa može se povećati na razne načine. Može se upotrijebiti za ogled osjetljiviji domaćin ili osjetljivije stanice, a može se upotrijebiti i veći broj stanica ili promijeniti osjetljivost stanica prema rikacijama i virusima.

Antigeni koji sadrže velike količine virusa daju često nespecifične reakcije. Te se odstranjuju centrifugiranjem, ponavljanjem smrzavanja i otapanja, ili ekstrakcijom pomoću lipidnih rastvarača.

Kod nekih virusa tekućine inficiranih kultura tkiva dobar su izvor virusa za pripremanje antigena. Pročišćavanjem se može kvalitet tih virusnih antigena osjetno poboljšati. U mnogim primjerima adekvatni antigeni mogu se spraviti u inficiranim pilećim embrionima. Kao izvor antigena mogu poslužiti inficirane embrionalne tekućine, membrane ili kese.

Antigeni koji se upotrebljavaju za reakciju vezivanja komplementa za utvrđivanje virusnih bolesti tretiraju se posebnom, tzv. »šah« ili »boks« titracijom. Tabela 3 prikazuje primjer titracije antigena. Razblaženje antigena koje daje fiksaciju s najvećim razblaženjem hiperimunog seruma naziva se jedna jedinica antigena. U reakciji fiksacije komplementa upotrebljavaju se dvije jedinice komplementa.

Tabela 3
Primjer titracije virusnog antigena

Razblaženja antigena	Razblaženja antiseruma					Negativni serumi	Kontrola antigena
	1:8	1:16	1:32	1:64	1:128		
1:8	4xx	4	4	4	4x	0	0
1:16	4	4	4	3	1	0	0
1:32	4	4	4	3	0	0	0
1:64	4	4	2	0	0	0	0
1:128	4	1	0	0	0	0	0
Kontrola seruma	0	0	0	0	0	—	—
Pozitivni antigen	4	4	4	2	0	0	—

Objašnjenje znakova: »4« označava potpunu fiksaciju, a »0« potpunu hemolizu.

Izvođenje reakcije: inaktivisani serumi (58°C kroz 30 min.) razblaže se serijski od 1:4 do 1:512. Razblaženjima seruma dodaju se dvije jedinice antigena i dvije jedinice komplementa. Inkubiše se preko noći na 4°C ili 90 min. na 37°C. Narednog dana dodaju se eritrociti ovna i hemolizin, ponovo inkubiše na 37°C, pola sata i čita rezultate.

Čitanje i tumačenje rezultata: ne može se postaviti pravilo kada nastaju protutijela koja vezuju komplement. Kod nekih bolesti (influenca i mumps) protutijela se nalaze već krajem prve sedmice bolesti, a kod drugih (arbor-encefalitisi) tek mno-

go kasnije, u četvrtoj ili čak petoj sedmici poslije prvih znakova bolesti. Tabela 4 prikazuje primjer dokazivanja protutijela koja fiksiraju komplement u serumima bolesnika od influence.

Tabela 4
Primjer stvaranja protutijela koja fiksiraju komplement

Serum (dana nakon početka bolesti)	Razblaženja seruma						Titar seruma
	1:4	1:8	1:16	1:32	1:64	1:124	
Akutni (3. dan)	0	0	0	0	0	0	0
10. dan	4+	3+	0	0	0	0	1:8
Rekonvalescentni (25. dan)	4+	4+	4+	3+	2+	0	1:64

Objašnjenje znakova: »0« pokazuje potpunu hemolizu, a »4« potpunu fiksaciju.

Neke se virusne bolesti mogu dijagnostikovati već na osnovu ispitivanja jednog seruma, ako je serum akutan i sadrži protutijela za »S« ili topljivi antigen, ali su većinom potrebna dva parna seruma: akutni i rekonvalescentni.

U toku bolesti izazvane pneumotropnim virusima titrovi protutijela koja fiksiraju komplement obično iznose 1:64 i više, a kod bolesti prouzrokovanih neurotropnim virusima rijetko prelaze 1:32. Protutijela koja vezuju komplement obično nestaju poslije nekoliko mjeseci.

Reakcija vezivanja komplementa može dobro poslužiti i za identifikovanje nepoznatih virusa poznatim antiserumima.

Dokazivanje protutijela koja inhibišu hemaglutinaciju

Poznat je veći broj virusa koji aglutinišu eritrocite čovjeka i životinja. Tu reakciju, koju nazivamo hemaglutinacijom, specifično inhibišu protutijela u rekonvalescentnim serumima. Najviše se primjenjuje reakcija inhibicije hemaglutinacije za dokazivanje influence. Antigeni se pripremaju iz alantoične tekućine inficiranih pilećih embriona.

Jedna hemaglutinišuća jedinica antigena sadrži u 0,5 ml najvećeg razblaženja antigena koji još daje potpunu hemaglutinaciju s 0,5 ml standardne suspenzije kokošijih eritrocita. Reakcija hemaglutinacije čita se po izgledu aglutiniranih eritrocita. Pozitivna je reakcija kad eritrociti pokrivaju dno epruvete u jednom sloju. Kompaktan sediment eritrocita na dnu epruvete označava negativnu reakciju. Često nastupa djelimična aglutinacija u obliku većeg ili manjeg prstena, koji zavisi od postotka aglutiniranih eritrocita.

Protutijela u rekonvalescentnim serumima sprečavaju, inhibišu hemaglutinaciju. Dijagnostički značaj ima četvorostruki porast protutijela.

Aglutinacija i precipitacija

Reakcija aglutinacije najviše se primjenjuje za dijagnostikovanje i proučavanje rikecioza. Može se izvoditi u epruvetama, na pločici ili u kapilarama. Makroskopski metod u epruvetama traži veće količine antigena, što je nedostatak toga metoda. Me-

tođ aglutinacije u kapilarama veoma je ekonomičan. Antigen za taj metod sastoji se iz obojenih mrkih rikecija. On se uvuče u kapilaru koja se zatim napuni ispitivanim serumom. Kapilara se s mješavinom antigena i seruma stavi u uspravnom položaju na nekoliko sati u termostat, poslije čega se u slučaju pozitivne reakcije lako može vidjeti aglutinacija rikecija. Reakcije aglutinacije su se pokazale najpodesnije za dijagnostiku epidemičnog i murinog pjegavca i Q-groznice. Titrovi aglutinina koji su viši od 1:25 obično se smatraju dijagnostički značajnim kod pjegavca, dok su u slučaju Q-groznice značajni već i titrovi od 1:5.

Virusnim antigenima mogu se pokriti eritrociti, koji tako postanu aglutinabilni u homolognom antivirusnom serumu. Tako pripremljeni eritrociti mogu se koristiti za dijagnostičke svrhe.

Za veći broj virusnih infekcija, npr. za zauške, grip i poliomijelitis, opisane su reakcije flokulacije ili precipitacije.

Reakcije slučajne specifičnosti

To su nespecifične serologijske reakcije koje su uvijek ili redovno pozitivne u nekim rikecijskim odnosno virusnim infekcijama. Zbog toga se često koriste u praksi za serologijsku dijagnozu mnogih rikecioza i virusnih bolesti.

Weil—Felixova reakcija ima velik značaj za postavljanje dijagnoze većine rikecioza. Kao antigen se upotrebljavaju suspenzije OX loze proteusa, koje imaju zajednički somatski antigen s pojedinim rikecijama.

Paul—Bunnellova reakcija — Paul i Bunnell su primijetili da serum osoba oboljelih od infektivne mononukleoze aglutiniše eritrocite ovna u visokom titru. Serumi mnogih zdravih osoba sadrže također aglutinine za ovnujske eritrocite, samo u nižem titru nego oboljeli od spomenute bolesti. To je iskorišćeno za serologijsku dijagnozu infektivne mononukleoze i nekih drugih virusnih infekcija.

Za dijagnostiku virusnih bolesti Paul—Bunnellova reakcija se izvodi u vidu dva ogleda: kao prethodni i kao diferencijalni ogled. Prethodnim ogledom se dokazuju aglutinini za ovnujske eritrocite. Diferencijalnim ogledom se diferenciraju specifična protutijela od heterofilnih. Ta se protutijela mogu adsorbovati na čestice suspenzije bubrega zamorca. Suspenzije prokuhanih eritrocita goveda adsorbuju kako specifična tako i heterofilna protutijela.

Kožne alergične reakcije

Kožnim probama može se ljudima inficiranim raznim virusima dokazati njihova preosjetljivost prema uzročnicima. Takve kožne reakcije često se primjenjuju za dijagnostikovanje zauška, limfogranuloma venereum, herpesa, vakcinije i varirole. Ogledi se izvode intradermalnim ubrizgavanjem virusnog antigena u podlakticu jedne ruke i kontrolnog materijala u podlaktici druge ruke. Promjene na mjestu ubrizgavanja posmatraju se 48 časova poslije ubrizgavanja, pri čemu se mjeri promjer zone crvenila. Crvenilo dostiže najveći promjer 24—48 časova poslije ubrizgavanja. Poslije 48 časova crvenilo obično počinje da blijedi. Ubrizgavanje antigena za kožni test može izazvati formiranje ili porast protutijela koja fiksiraju komplement, kao i drugih protutijela u serumu ispitivanog bolesnika. To treba da se ima na umu kad se koriste reakcije fiksacije komplementa i druge serologijske reakcije za dijagnozu virusnih bolesti.

Imunofluorescencija

Upotreba tehnike fluorescirajućih protutijela našla je svoju primjenu i u proučavanju virusnih antigena u tkivima. Tom metodom utvrđuju: a) mjesto gdje se u inficiranim stanicama stvaraju virusni antigeni, b) indetifikuju virusne antigene u tkivima, u kojima virusi ne stvaraju citopatogeni efekt, c) rano otkrivaju virusne antigene u pokusnim životinjama eksperimentalno inficiranim i d) metod se može upotrijebiti i za brzu dijagnozu nekih virusnih infekcija.

Princip ove metode veoma je prost. Ako je protutijelo markirano nekim markerom koji se može upoznati, može se ovo protutijelo upotrijebiti za identifikaciju specifičnog antigena. Ako taj marker fluorescira, možemo upoznati mjesto markiranog protutijela na uzorku pomoću mikroskopa za fluorescenciju. Najčešće se danas upotrebljava kao marker fluorescein isotiocianat, Ovaj spoj daje zeleno žutu fluorescenciju. Sada metoda imunofluorescencije može se vršiti na više načina: a) direktno i b) indirektno. Kod direktnog dodaju markirana protutijela uzorku koji ispituje, a kod indirektnog marker se veže za antiglobulin koji je specifičan za antiserum koji proučavamo.

Inhibicija hemadsorpcije

Reakcija je srodna pojavi hemaglutinacije. Ovaj metod posebno je podesan za proučavanja virusa koji daju malo ili ništa citopatogenog efekta, a isto tako stvaraju vrlo male količine hemaglutinina. Reakcija hemadsorpcije vrlo je prosta: sloj stanica u kulturi koja je bila inficirana nekim virusom, prelije se razblaženim eritrocitima zamorca. Poslije toga eritrociti se isperu iz kulture, pa se posmatraju mikroskopom. Na površini inficiranih stanica slijepili su se eritrociti u veće i manje gomile. Ako prije dodavanja eritrocita inficirane kulture tretiramo antiserumima, protutijela inhibišu pojavu hemadsorpcije.

Serozni meningitis na zaraznom odjelu Medicinskog centra Banja Luka u 1966. godini

Ana Glavaš, Miroslava Ljolje, Nataša Najdanov,
Kemal Omerhodžić i Milka Rula

Cilj je ovog referata da se prikaže 29 slučajeva seroznog meningitisa vjerovatno virusne etiologije koji su liječeni na Zaraznom odjeljenju Opšte bolnice u Banjoj Luci u toku 1966. godine.

Sindrom seroznog meningitisa predstavlja skupinu oboljenja koja mogu biti izazvana različitim vrstama mikroorganizama, te toksično-alergičnim, kemijskim i fizičkim noksama, što je prikazano u tabeli.

U predjelima umjerene klime meningitisi izazvani enterovirusima javljaju se u manjim ili većim epidemijama za vrijeme ljetnih i jesenjih mjeseci i to pretežno kod stanovnika koji žive u lošim higijenskim i socijalnim uslovima.

Parotidni meningitis prati oboljenje parotida vrlo često u zimskim i proljetnim mjesecima.

Limfocitarni horiomeningitis je relativno rijetko oboljenje i javlja se u jesen, a u vezi je s miševima.

Aseptični meningitis izazvan virusima koji prenose artropodi je rijedak a vezan je za geografsku distribuciju određenog artropoda i za pojavu encefalitisa.

Bez obzira na etiologiju aseptičnog meningitisa, klinički simptomi su slični. Najkonstantniji su povišena temperatura ponekad bifazična (polio, coxackie, ECHO), glavobolja, povraćanje i ukočen vrat. Ostali simptomi kao npr. fotofobija, angina i pospanost javljaju se u određenim procentima.

Kod izvjesnih infekcija virusima ECHO i coxackie može se pojaviti ospa. Opšte uzevši težina simptoma varira obrnuto s godinama bolesnika.

Laboratorijski nalazi: likvor je bistar, bakteriološki sterilan s normalnim ili lako povišenim šećerom i bjelančevinama, pleocitozom od 30—3000 stanica uz prevladavanje limfocita. Broj stanica se u većini slučajeva brzo normalizuje izuzev kod parotidnog meningitisa i meningitisa izazvanog ECHO virusom.

Što se tiče dijagnoze, klinička slika i epidemiološki podaci mogu da ukažu na virusnu etiologiju. Pri postavljanju dijagnoze važnu ulogu imaju i godišnja doba, geografski položaj, godine starosti, pol, itd., ali samo izolacija uzročnika i serološke pretrage mogu da potvrde specifičnu dijagnozu.

U toku 1966. godine na Zaraznom odjeljenju Opšte bolnice u Banjoj Luci liječeno je 29 bolesnika od seroznog meningitisa vjerovatno virusne etiologije. U istom vremenskom periodu liječeno je:

- 20 bolesnika od tuberkuloznog meningitisa
- 25 bolesnika od parotidnog meningitisa
- 34 bolesnika od meningoencefalitisa
- 6 bolesnika od leptospiroze.

UZROČNICI SEROZNIH MENINGITISA

1 BAKTERIJE:	1 MYCOBACTERIUM TBC 2 GNOJNI MENINGITISI U IZLJEČENJU 3 SALMONELE, BRUCELE
2 RIKECIJE:	1 RICKETTSIA PROVAZEKI 2 COXIELLA BURNETI
3 SPIROHETE	1 TREPONEMA PALLIDUM U II STADIJU LUESA
4 PROTOZOE:	1 TOXOPLASMA GONDII
5 FUNGI	1 TORULOSIS NEOFORMANS
6 LEPTOSPIRE:	1 SVE VRSTE LEPTOSPIRA
7 TOKSOALERGIČNE MEHANIČKE NOKSE:	SERUMSKA BOLEST, ANAFILAKSIJA, UREMIJA, SUNCANICA, SATURNIZAM, TROVANJE SA CO.
8 VIRUSI:	1 ENTEROVIRUSI: a) POLIO, tip I, II, III b) COXACKIE A, tip 2, 4, 11, 15, 18, 22, 24 c) COXACKIE B, od 1—6 d) ECHO VIRUS, tipovi 1—9, 11—14, 16—19, 21—23 2 EPIDEMIJSKI PAROTITIS 3 HERPES SIMPLEX 4 LIMFOCITARNI HORIOMENINGITIS 5 ENCEFALOMIOKARDITIS 6 VIRUSNI ENCEFALITIS KOJI PRENOSE ARTROPODI, KRPELJNI MININGOENCEFALITIS 7 INFEKTIVNA MONONUKLEOZA 8 VIRUSNI HEPATITIS 9 VIRUSNA PNEUMONIJA

Od 29 bolesnika koje prikazujemo 9 je bilo iz Banje Luke, 10 iz okolice Banje Luke, 3 iz Kotor-Varoša, po 2 iz Bos. Gradiške i Bos. Dubice i po jedan bolesnik iz Prijedora, Ključa i Skenđer-Vakufa.

Najmlađi bolesnik je imao 6 mjeseci a najstariji 64 godine. U dobi od 5 godina bilo je pet bolesnika, od 5—10 godina 6 bolesnika, od 10—20 godina 9 bolesnika i preko 20 godina 9 bolesnika.

19 bolesnika je bilo muškog pola i 10 ženskog.

14 bolesnika su bili djeca radnika, a 15 zemljoradnici ili djeca zemljoradnika.

Oboljenja su se javljala tokom čitave godine s najvećim brojem slučajeva u junu i augustu.

Početak bolesti je bio uglavnom nagao, a u kliničkoj slici je dominirala glavobolja, povraćanje i temperatura, koja se kretala do 38—39° C, sa izuzetkom tri afebrilna bolesnika.

Temperatura je trajala od 4—10 dana. Bifazičnu temperaturnu krivulju nismo primijetili ni kod jednog bolesnika.

Sve smo naše bolesnike odmah po prijemu lumbalno punktirali i u većine je nakon lumbalne punkcije primjećeno osjetno poboljšanje općeg stanja.

U svih naših bolesnika tok bolesti je bio uredan, bez komplikacija i bez sekvela. Smrtnih slučajeva nije bilo.

Dužina hospitalizacije se kretala od 10—48 dana, u prosjeku 26 dana, a bila je ovisna o vremenu sanacije likvora.

U svih bolesnika je bio naznačen ili jasno izražen meningealni sindrom s normalnim ili pojačanim tetivnim refleksima.

U skoro polovine naših bolesnika smo uočili povećanu jetru 1—2 pp praćeno subikterusom samo u tri slučaja. Hepatogram je bio u normalnim granicama.

Laboratorijski nalazi: SE eritrocita je bila srednje visoka i kretala se 25—40 u prvom satu, leukociti su bili uglavnom u normalnim granicama ili lagano povišeni ili sniženi s monocitozom u diferencijalnoj krvnoj slici. Urin nije bio patološki promijenjen. ŠUK i urea nisu redovno rađeni. Likvor je po izgledu bio pretežno bistar ili prašinast, tlak povišen. Pleocitoza se kretala od nekoliko stotina do nekoliko hiljada, a preovladavali su limfociti (mononukleari). Bjelančevine su bile uvijek povišene i kretale se od 32—150 mg%, a u jednom slučaju čak 230 mg%. Šećer i hloridi su bili u granicama normale. Likvor je bio saniran 11—35. dana hospitalizacije. Aglutinacija na leptospire rađena kod većine bolesnika bila je negativna.

Svi naši bolesnici su bili tretirani samo simptomatski: analgeticima, vitaminima i glukozom.

Dijagnozu smo u svim slučajevima postavljali na osnovu anamneze, kliničke slike, toka bolesti i nalaze u likvoru.

Zaključak

Prikazano je 29 slučajeva seroznog meningitisa liječenih na zaraznom odjeljenju Opšte bolnice u Banjoj Luci u 1966. godini, nejasne etiologije, najvjerojatnije virusne, s benignim kliničkim tokom bez komplikacija i bez posljedica, a liječeni su samo simptomatski.

Pošto smo obuhvatili veoma mali vremenski period od svega jedne godine i obradili mali broj slučajeva ne bismo htjeli donositi nikakve zaključke.

*Protuepidemijska služba
Medicinskog centra u Banjoj Luci
Načelnik: dr Ana Glavaš-Klindić*

Primarni akutni miokardit dojenčadi

Vlado Milošević

Primarno akutno oboljenje miokarda pojavljuje se od ne tako davnog vremena kao retka afekcija, tajanstvene etiologije, ali sigurno ne i beznačajna. Naime poznato je da brojne nokse mogu dovesti do oštećenja miokarda a među njima posebno značajno mjesto zauzimaju di, ty, scarlatina i druge, kao što i bakterijska pneumonija dojenčeta i djeteta vrlo često može ugroziti miokard. Međutim, oštećenost miokarda u ovim slučajevima je u drugom planu. Kod toga valja istaći da i naše znanje o ovim uzrocima nije nadostatno i da svaki od njih nosi svoje specifično obilježje, kliničko i laboratorijsko, što nam omogućava da pravovremeno postavimo dijagnozu i da preduzmemo provodnje kauzalne terapije, bar što se tiče osnovne bolesti.

Prva zapažanja o akutnom primarnom miokarditu datiraju od konca prošlog veka od strane Steffena (1888.), Freuda (1898.), ali prvu zaokruženu anatomo kliničku cjelinu daje Fiedler 1899. godine. On izveštava o edemskim infiltrativnim promjenama miokarda, sa vaskularnom kongestijom i nakupinama upalnih ćelija — mononukleara. Pet godina kasnije Sellertin potvrđuje da su lezije vezane isključivo za miokard. U proučavanju ovog oboljenja učestvuju i brojni patolozi kao Schmorl, Schilling, Aschoff a kod nas Saltykow i Ignjačev. U periodu od 1941—1944. godine Saphir daje anatomsku definiciju pod imenom akutni primarni miokardit ili Fiedlerov miokardit, pa kaže da se tu radi o imflamatornom oštećenju ostrvastog tipa, nespecifično za miokard ali sa odsustvom lezija perikarda i endokarda i nepoznatog uzroka. Iako je ova definicija ograničena, ona je srazmjerna tadašnjem saznanju.

Tek od 1950. godine broj radova i izvještaja o primarnom akutnom miokarditu rapidno raste i sve više se ističe i potvrđuje virusno porijeklo ovog oboljenja. Kao uzročnik se u prvom redu navodi Coxsackie B virus, tip 2, 3 i 5, a slučajevima encefalomiokardita i tipovi 1, 2, 3, 4, 5.

1956. godine Neimann sa saradnicima iz Nancy-a je uspio da iz literature skupi 460 slučajeva a.p.m., a od toga vlastita 44 za period od 8 godina. Svi do sada objavljeni radovi stavljaju poentu na anatomo-klinički i virusološki aspekt ovog oboljenja. I pored toga što je za definitivnu potvrdu oboljenja neophodan pozitivan virusološki nalaz, mogli bismo reći da često puta nije teško postaviti dijagnozu i na bazi kliničkog posmatranja uz uslov da se na ovu bolest misli.

Početak bolesti je obično akutan s blijedilom, apatijom ili uznemirenošću, perioralnom cijanozom, dispnejom, tahikardijom, te nekad izraženim lepršanjem nosnih krila i manje ili jače izraženim gastrontestinalnim smetnjama. Frekvencija pulsa se penje na 160—200 pa i više. Auskultacijom srca se zapaža oslabljenost tonova, tahikardija, tahiaritmija ili galopni ritam. Rjeđe se registrira zašumljenost tonova. Rendgenski srčana sjena je u cjelini povećana a posebno u predjelu lijeve komore. EKG promjene su gotovo uvijek prisutne i po njima se može prosuđivati o toku bolesti. Najčešće se promjene na EKG zapažaju u smislu sinusne aritmije, spuštene ST-spojnice, niskog ili deniveliranog T vala kao i produženje QT intervala. Arterijalna ten-

zija može da bude smanjena, dok edemi nisu posebna karakteristika oboljenja. Bolest uvijek prati manje ili jače povećanje jetre. Već na temelju naglog početka bolesti, lokalnog kardijalnog nalaza, EKG i povećane jetre, a u odsutnosti drugih afekcija može se pretpostaviti da se radi o primarnom akutnom miokarditu. Međutim, kako se uz do sada opisane promjene može naći kao popratna pojava lakši respiratorni nalaz, kongestija, zatim smetnje sa strane digestivnog trakta, postavljanje prave dijagnoze postaje kompliciranije. Vrijednosti KS, SE, urina se po običaju kreću u granicama normale ili se u krvnoj slici može tu i tamo zapaziti lagana leukocitoza.

Anatomo-histološke promjene se sastoje u globalnoj hipertrofiji srca sa dilatacijom naročito lijeve komore. Endokard je normalan. Miokard pored toga što je zadebljan, na prerezu se može zapaziti jača kongestija, drugi puta fibrozna čvrstoća, sa prošaranim sivkastim izgledom. Histološke promjene zahvataju intersticijelno tkivo i miofibrile.

U novije vrijeme histološke promjene se prema Chaptalu, Jeanu i saradnicima svrstavaju u tri stadija. U prvom stadiju u zonama infiltracije miokarda dominiraju limfociti često sa udruženim edemom, daju nodularni aspekt, mišićne fibrile su normalnog izgleda ili sa neznatnim alteracijama. Pomenuta infiltracija često razdvaja miofibrile, te otuda i potiče naziv »intersticijelni miokardit«. U drugom stadiju pored navedene infiltracije i brojno zastupljenih limfocita isto tako se nađu histiociti, plazmociti i fibrociti. Međutim, sada se zapažaju manje ili jače izražene promjene na mišićnim fibrilama koje su zadebljane i sa iščezlim poprečnim strijama. Jezgre se mogu raspršiti u protoplazmi koja tada poprima sivu boju. Ukoliko proces bolesti potraje duže, onda se mogu zapaziti atrofične promjene miofibrila sa stvaranjem vakuola i malim nekrotičnim žarištima. Nakon više nedjelja pojavljuju se fibrozne promjene bilo u smislu difuzne fibroze ili još češće u smislu nodularne fibroze. U ovom trećem stadiju gotovo da su iščezle miofibrile ili su znatno oštećene.

Terapija primarnog akutnog miokardita se svodi na primjenu oksigenoterapije, antibiotika a posebno na primjenu kardiotonika, analeptika i preparata kortizona.

Iako se prema literaturnim podacima zapaža visoka smrtnost čak i do 50%, mi na malobrojnom materijalu nismo imali loše iskustvo.

Danas se Cocksackie virus smatra glavnim etiološkim faktorom u nastajanju primarnog akutnog miokardita. Međutim, veliki broj afekcija može da oponaša ovu bolest, kao što su: akutni nefritis, cistična fibroza pankreasa, teška anemična i malnutriciona stanja, toksiko infekcije kao difterija, tifus, šarlah, zatim leus, toksoplazmoza, mononukleoza, nadalje glikogenska bolest, avitaminoza B, reumatska bolest kod veće djece. Nadalje perikarditis gdje je često puta jako teško razlučiti granicu između perikardita i miokardita, zatim kongenitalne malformacije. Na kraju fibroelastoza endokarda dojenčadi kao najteža manifestacija kod koje je klinička simptomatologija, radiološka i elektrokardiografska po prilici identična.

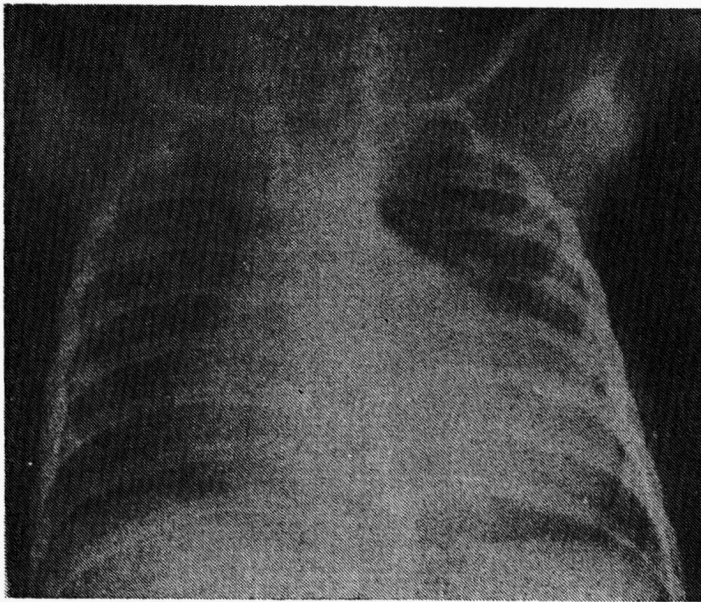
Naša zapažanja se odnose na petoro dojenčadi. Dvoje djece je primljeno s kliničkim znacima koji se uklapaju u kliničku sliku akutnog primarnog miokardita. Preostala tri slučaja su interesantna sa stanovišta gotovo istovremenog razvoja kliničke slike akutnog miokardita u fazi rekovalescencije nakon provedene terapije zbog enteralnog infekta. Kod ova tri slučaja ispoljio se u izvjesnom smislu epidemički karakter, mada opšte stanje nije bilo znatno pogodeno. Klinička slika je bila popraćena apatijom, upadnim bljedilom, tahikardijom sa oslabljenim tonovima i laganim sistoličnim šumom na apeksu, te povećanjem srčane sjene.

Zbog velike sličnosti u simptomatologiji, toku bolesti, te istim terapijskim poduzetim mjerama iznećemo detaljniji opis jednog slučaja.

Prikaz bolesnika

Muško dojenče staro dva mjeseca primljeno u bolnicu zbog otežanog i gustog disanja, koje roditelji zapažaju 7 dana prije prijema. Posljednja dva dana prije prijema ima proljevaste stolice, 3—4 dnevno bez sluzi i bez krvi. Također slabije doji. Dijete je inače rođeno na vrijeme, poslije normalnog toka trudnoće i poroda, s porođajnom težinom 4500 gr. Drugo po redu rođenja. Porodična anamneza b.o. Kod prijema je eutrofično muško dojenče, febrilno, dispnoično, bez izrazitog bljedila i cijanoze. Akcija srca jako ubrzana (P = oko 200 u minuti), aritmična sa ekstrasistolijama i slabije čujnim tonovima, ali bez šumova. Jetra se pipa za jedan prst. Slezena se ne pipa. Na plućima lijevostrano se čuje po koji vlažni hropčić. EKG: niska voltaža, spuštena ST spojnica; aplatiran T val.

Rendgenografski u cjelini upadno povećana srčana sjena a naročito u predjelu lijeve komore, koja gotovo siže do lateralnog dijela grudnog koša. (Sl. 1)



Rtg. snimak srca u početku bolesti. Veoma povećana sjenka srca

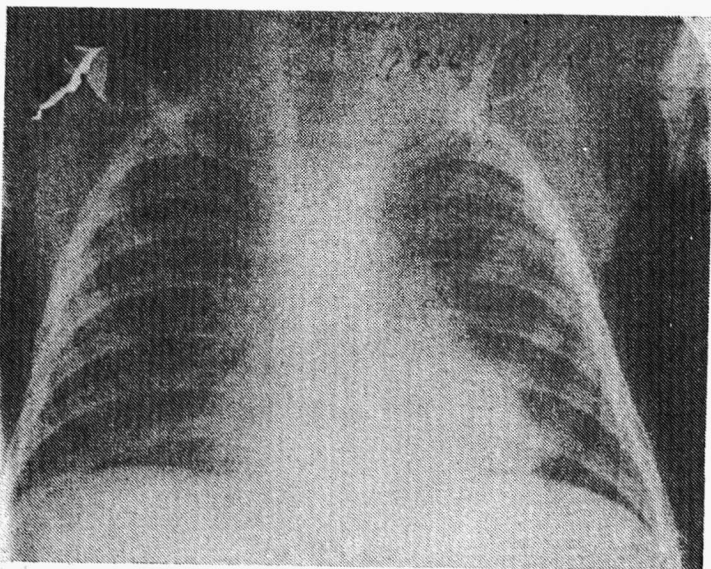
K = krvna slika:

E	4,700.000	SE. E. 8/19
HGB	87%	SUK 92 mg%
IB.	0,9	SGOT = 42 jed.
L.	15.500	SGPT = 17 jed.
Seg.	47%	Jonogram:
Limph.	44%	Na 135, mE q/l
Neseg.	3%	K = 5,25 "
Mono	3%	Ca = 4,45 "
Eo	3%	Cl = 108 "

Virusološkom pretragom stolice dijagnoza nije potvrđena.

U toku boravka provedena oksigenoterapija, terapija kardionocima, antibioticima i hormonska.

Kontinuirana hormonska terapija provedena je u trajanju od 6 nedjelja s početnom dozom od 2 mg. na kgr/die., koja se postupno smanjuje. Nakon aplikacije antibiotika, kardionika i hormona brzo se zapažaju znaci poboljšanja opšteg stanja. Postaje afebrilno, od šestog dana na izazov se nasmije, bez dispneje, ali objektivni nalaz na srcu i dalje prisutan. Stalno prisutna tahikardija a povremeno i ekstrasistolni ispadi. Tahikardni ritam se podržava kroz mjesec dana po prijemu. Smireniji ritam tek od drugog mjeseca. Rendgenoskopski se zapaža neznatno smanjenje srčane sjene. Tek nakon 45 dana boravka moglo se zapažiti kako opšte poboljšanje, tako smanjenje srčane sjene, normalizacija ritma i dobra čujnost tonova. No i pored toga, dijete je zadržano u bolnici gotovo tri mjeseca. Pri otpustu fizikalni, Rtg, i EKG nalazi uredni.



Rtg. snimak srca i pluća po završenom liječenju. Sjenka srca se normalizovala

Diskusija i zaključak

— Na našem materijalu mogli smo potvrditi mišljenja drugih autora, da se na osnovu početka bolesti, kliničkih simptoma, povećane jetre, kao i kliničkog i rendgenografskog kardijalnog nalaza, te EKG nalaza može s velikom vjerovatnošću postaviti dijagnoza primarnog akutnog miokardita i u odsutnosti virusološke potvrde.

— Virusološki negativan nalaz još uvijek ne isključuje virusno porijeklo bolesti, pogotovu kad se ima na umu da je Cox-sackie virus jako osjetljiv i da često puta način transporta materijala ne obezbjeđuje zaštitu virusa.

— Sasvim je razumljivo da se kod postavljanja dijagnoze p.a.m. mora isključiti moguća prisutnost patoloških manifestacija druge etiologije na temelju uobičajenih laboratorijskih pretraga.

— Što se terapije tiče, može se zaključiti da dugotrajna i kontinuirana primjena kortikoida, uz zaštitu antibiotcima kao i u početku potpomognuta kardi tonicima i oksigenoterapijom ima najviše izgleda za preobrađivanje kritičnog početnog perioda p.a.m. pa i njegovo izlječenje. Kako je napomenuto, nije bilo niti jednog lošeg ishoda. Doduše jedno dojenče je otpušteno u poboljšanom stadiju, ali dalje nije moglo biti praćeno zbog neodazivanja roditelja.

— Na kraju, u literaturi se ukazuje na koincidenciju povećanog broja p.a.m. za vrijeme virusnih epidemija, kao poliomi-jelita. Istovremena pojava po nekoliko slučajeva pobuđuje sumnju na epidemičnost. U periodu otkrivanja naših bolesnika mogli smo registrirati kod druge naočigled zdrave dojenčadi manje ili jače izraženi spastički bronhitični nalaz uz normalne vrijednosti laboratorijskih pretraga, poput manjih intrahospitalnih epidemija. Na žalost, ova zapažanja nisu mogla biti virusološki potkrepljena zbog još uvijek nama nedovoljno dostupne, niti dovoljno razvijene a i skupe virusološke obrade.

L I T E R A T U R A

- 1) Caldera R., Sapput S., i Rossier A.: Annales de Pédiatrie 29; 1269, 1280, 1961.
- 2) Christiaens L., Dupuis C., i Nuyts J. P.: Annales de Pédiatrie, 45/10, 1964.
- 3) Dieckhoff J.: Lehrbuch der Pädiatrie und Ihre Grenzgebiete, Veb Georg Thieme, Leipzig, 1956.
- 4) Eigner J.: Mschr. Kinderheilkunde: 7, 1963.
- 5) Fanconi—Wallgren: Udžbenik pedijatrije, Medicinska knjiga, Beograd—Zagreb, 1965.
- 6) Ignjačev Ž. i saradnici: Savremena medicina, 1, 33—45, 1958.
- 7) Mijalković A., Đurić V.: Reumatizam, 2, 1967.
- 8) Sadikario A., Hristov S.: Maked. med. pregled, 1, 22—30, 1965.
- 9) Weill J., Pons B., Berkman M., Gorouben J. C.: Arch. françaises de péd., 5, 668—685, 1959.

R E S U M É

Service de Pédiatrie, Centre Medical, Banja Luka
LA MYOCARDITE AIGUE PRIMITIVE

Vlado Milošević

L'auteur présente un cas de myocardite aigue primitive chez nourrisson et soutien la possibilité de poser la diagnostique memme en absence des examens virologiques. L'auteur souligne l'effet thérapeutique favorable obtenu avec l'hormonothérapie, cardiotoniques et l'oxygénothérapie. L'administration des antibiotiques dans le but protective.

*Služba za zaštitu djece i omladine
Medicinskog centra u Banjoj Luci
Načelnik: prim. dr Miljenko Brakovčić*

Akutni vjerojatno virusni encefalitis liječeni u Dječjoj bolnici Banja Luka

Z. Budimir-Barbir i S. Zrilić

Naš prikaz obuhvaća slučajeve akutnih encefalitisa, vjerojatno virusnog porijekla, koji su liječeni u Dječjoj bolnici u toku četiri godine. Sekundarne encefalitise u toku osipnih dječjih oboljenja, pertusisa, kao i postvakcionalne nismo ovdje uvrstili, jer su nam oni etiološki poznati. Ne isključujemo da je osim ovih koje mi prikazujemo bilo još takvih forma, koje mi zbog lakšeg toka bolesti nismo bili u mogućnosti sa sigurnošću dijagnosticirati, ali ove koje prikazujemo po svome toku i sekvelama sigurno možemo uvrstiti u ovaj prikaz. Napominjemo da se ni u jednom slučaju nije vršilo virusološko ispitivanje, a niti jedan od umrlih nije obduciran. Osim toga nismo bili u mogućnosti provoditi EEG ispitivanja. Naši zaključci baziraju se na kliničkoj slici i laboratorijskim pretragama.

Prije nego prikazemo naš materijal moramo se sa par riječi osvrnuti na dijagnostiku akutnog encefalitisa u dječjoj dobi. Poznato nam je da se u našoj praksi često susrećemo sa encefalitičnim sindromom, koji se javlja u dojenčadi i male djece iz punog zdravlja, ili mu prethodi jedan kraći period respiratornih ili digestivnih poremećaja. On se manifestira poremećajima sa strane svijesti, visokom temperaturom, konvulzijama, lokaliziranim neurološkim znacima, teškim respiratornim i cirkulatornim poremećajima. Ovo stanje ili progredira vrlo brzo sa smrtnim ishodom, ili postepeno regredira, rjeđe potpuno, a često ostavljajući teže ili lakše sekvele. Ovakva stanja mogu biti izazvana raznim noksama, kao npr. toksičnim u toku raznih toksoinfekcija, intoksikacije: medikamentima, alkoholom, insekticidima, zatim kao posljedica kontuzija glave, u toku teških metaboličkih poremećaja, kao i kod infekcija centralnog nervnog sistema.

Kada primamo pacijenta sa takvom kliničkom slikom, nameće nam se kao neophodno da u što kraćem vremenu ispitamo šta je moglo dovesti do ovakvog stanja i da što brže primijenimo terapiju. Sigurno je da to nije lak posao i da obuhvaća dosta pretraga koje se mogu obaviti samo u dobro opremljenim ustanovama. Posebno treba istaknuti važnost iscrpne anamneze kao i uzimanja epidemioloških podataka.

Našim skromnim radom mi smo u posljednje četiri godine dijagnosticirali 42 slučaja akutnog encefalitisa, vjerovatno virusne etiologije. Svrha ovog našeg prikaza je da nakon zajedničke diskusije neke svoje stavove i upotpunimo naš rad nastojanjima u etiološkoj dijagnostici virusnog encefalitisa. To bi moglo poslužiti kao baza za jedan daljnji koristan rad u borbi za zaštitu od ove teške bolesti.

Broj od 42 slučaja primarnog entefalitisa za četiri godine nije ni tako malen. 8 bolesnika je egzitiralo, a 34 preživjela, od kojih, gotovo svi, imaju teške sekvele.

Tabela 1 prikazuje slučajeve akutnog encefalitisa po dobnim grupama. Iz nje se vidi da u najmlađoj skupini pacijenata ima najmanji broj slučajeva, dok u idućoj skupini taj je broj znatno veći. Očito je da je dojenačka dob najbrojnije zastupljena sa

18 slučajeva, u dobi od 1—3 godine ima 10 slučajeva, a preko 3 godine ukupno 15 slučajeva. Po spolu bilo je 22 muške i 20 ženske djece. Učestalost slučajeva po mjesecima u godini prikazana je na tabeli broj 2 iz koje se vidi da je najveći broj slučajeva bio u II, III, IV, X i XII mjesecu. Dalje je interesantno vidjeti s kojeg su područja naši pacijenti. Iz Banje Luke s područja grada imali smo ukupno 7 slučajeva, i to: 1963. godine 1, 1964. 0, 1965. 3 slučaja i 1966. godine 3 slučaja. Svi ostali naši slučajevi su iz raznih sela bivšeg sreza Banja Luka. Ovaj podatak nam se čini značajan, zbog uloge sredine, uslova života i načina prenošenja bolesti.

Prema kliničkim simptomima i anamnezi, osim encefalitičkih simptoma u 20 pacijenata su bili izraženi kataralni simptomi gornjih respiratornih puteva, u 13 gastrointestinalni poremećaji, kod 1 se pojavio stomatitis aphthosa trećeg dana bolesti a u preostalih 8 nije bilo nikakvih drugih znakova.

Razvoj encefalitičkih simptoma bio je u polovini slučajeva nagao u toku istog dana, a druga polovica imala je postepeni razvoj u toku od nekoliko dana. Patološki nalaz u likvoru imalo je 12 djece, sa izraženim nalazom leukocita i limfocita i to u 9 slučajeva ispod 100 stanica u kubnom milimetru, u 2 djece preko 100 stanica u kubnom milimetru, a samo u 1 djeteta preko 1000 stanica. Bjelančevine su bile lagano pozitivne samo u 5 slučajeva i nisu prelazile vrijednost od 1,32 gr‰.

Sva djeca imala su izražene encefalitičke simptome, a u preživjelih su ostale sekvele u vidu haemiparesis, quadriplegia, amaurosis, ataxia, smetnje govora, teške psihičke oštećenosti i znaci potpune decerebracije. Samo u 3 djece nisu bile vidljive neurološke sekvele na dan odlaska, ali to još ne znači da one nisu ostale u psihičkoj sferi.

TABELA I: Učestalost oboljenja po dobnim skupinama

	1-3 mj.	3-6 mj.	6-9 mj.	9-12 mj.	1-3 god.	3-7 god.	7-14 god.	Umrlih	živih	Ukupno
1963.	—	2	—	1	3	1	—	7	4	3
1964.	—	2	2	—	2	1	2	9	7	2
1965.	1	1	—	1	4	4	—	11	11	—
1966.	—	3	4	1	1	3	3	15	12	3
Ukupno	1	8	6	3	10	9	5	42	34	8

TABELA II: Učestalost oboljenja po mjesecima

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Ukupno
1963.	—	2	—	—	—	—	1	—	1	1	—	2	7
1964.	—	1	2	—	1	—	1	—	—	—	1	3	9
1965.	—	—	3	2	—	1	—	2	—	3	—	—	11
1966.	2	3	1	2	1	—	—	1	1	2	2	—	15
Ukupno	2	6	6	4	2	1	2	3	2	6	3	5	42

TABELA III

Godina	Kataralni znaci	Digestivni poremećaji	Bez osob. znakova	Osobiti znaci
1963.	4	1	2	—
1964.	5	3	1	—
1965.	3	4	3	1
1966.	8	5	2	—
Ukupno	20	13	8	1

Zaključak

Iz ovog prikaza se može vidjeti da encefalitis acuta, vjerovatne virusne etiologije, predstavlja značajan problem zbog teškog toka i teških sekvela koje ostavlja kod onih koji su ga preboljeli.

Do sada na našem području nije bilo većih pokušaja za etiološku dijagnostiku virusnih oboljenja, te nam tako ni etiologija akutnog encefalitisa kod nas nije poznata. Na temelju sezonske rasprostranjenosti mogli bi se, možda, donijeti nekakvi zaključci, ali to bi mogao biti samo put kako da usmjerimo naša virusološka ispitivanja.

Služba dječje zaštite

Medicinskog centra u Banjoj Luci

Načelnik: dr. M. Mrakovčić

Cephalea u oftalmološkoj praksi

Boško Jovičević

Glavobolja je zajednički simptom mnogobrojnih i veoma različitih afekcija, zbog čega se oftalmolog često poziva da podnese svoj nalaz. On može da učestvuje u otkrivanju uzroka i u topografskoj dijagnozi, bilo da se radi o simptomatskim glavoboljama ili onima okularnog porijekla. Svaka glavobolja zahtijeva obavezno oftalmološku konsultaciju, čiji značaj daleko prevazilazi shvatanja koja postoje u našoj svakodnevnoj praksi. Zbog toga ćemo se osvrnuti na kliniku i patologiju sindroma glavobolje sa oftalmološkog aspekta.

Glavobolje okularnog porijekla

a) ORBITA

Traumatske lezije orbite (frakture, fisure i hematomi), zatim inflamatorne (osteoperiostitis, tenonitis, celulitis i flegmona orbite), kao i orbitalni tumori imaju tipično unilateralne bolove koji iradiraju prema istoj strani glave. Pojava ostalih simptoma kao egzoftalmusa, poremećaja oštine vida i motiliteta oka, te radiografija orbite omogućavaju brzo postavljanje dijagnoze.

b) ANOMALIJE REFRAKCIJE I BINOKULARNOG VIDA

Patološki značaj ovih poremećaja je mali, ali zato one imaju ogromnu praktičnu važnost. Simptomi glavobolje se definitivno otklanjaju kod ovih poremećaja na vrlo jednostavan i efikasan način. Zbog toga ćemo se detaljnije zadržati na uzrocima ovih glavobolja.

Hipermetropija

Hipermetropija je najčešći razlog glavobolje i porijetko se primijeti naročito kod djece i mlađih osoba jer im je oština vida, zahvaljujući akomodativnim sposobnostima oka, dobra i na daljinu i na blizinu. Ovi pacijenti se žale na glavobolju u frontalnom predjelu i to na kraju dana, pri radu izbliza i pri lošem osvjetljenju. Izgled ovih bolesnika je tipičan i karakteriše ih »facies hypermetropicus«. Motorni sindrom usljed kontrakcije mišića lica, čela i orbikularisa, dovodi do spazma kapaka, javlja se suženje, crvenilo očiju, blefaritis, a često i recidivirajućihordeolum. Ovo je ponekad praćeno akomodativnom astenopijom, te se oština vida povremeno zamagljuje i to tim više što se akomodacija češće upotrebljava. Nekada se jave diplopije. Takva osoba je prinuđena da prekine rad, trlja oči i gleda u daljinu dok tegobe malo ne popuste. Ove tegobe se najčešće javljaju u rekonvalescenata, trudnih žena i debelih osoba.

Astigmatizam

Kod manjeg astigmatizma postoji mogućnost samokorekcije putem smanjenja otvora kapaka jer se tako postiže bolji vid. Ovo stanje dovodi do pojave blefarospazma i upornih skoro kon-

stantnih glavobolja. Veoma je loše tolerisan hipermetropni astigmatizam naročito inverzni. Samokorekcija velikog astigmatizma ovim mehanizmom ne postoji, i takva osoba i ne pokušava na ovaj način da koriguje svoj vid.

Miopija

Miopija se bolje tolerira, rijetko uzrokuje glavobolje. Javlja se obično kod miopa usljed poremećene ravnoteže, između akomodacije i konvergencije, kao i kod hiperkorigovanih mladih osoba.

Anizometropija

Anizometropija znači razliku u refrakciji između dva oka i ona obično izaziva poremećaj ravnoteže između akomodacije i konvergencije. Ona može biti jedan od uzroka nastanka migrene.

Prezbiopija

Prezbiopija smanjenje akomodativne moći, dovodi do smanjenja vida nablizu i zbog toga može izazvati glavobolju, čiji je mehanizam nastanka sličan onom u hipermetropije.

Poremećaj binokularnog vida

Kod paralize očnih mišića javljaju se diplopije koje predstavljaju nepodnošljivo stanje i dovode do jakih glavobolja. Bolesnik uspijeva da neutrališe viđenje duplih slika na taj način što zatvara jedno oko. Kod kongenitalnog paretičnog strabizma se formira i jedan nenormalan položaj glave, tako se pri nekim pogledima uspijevaju suprimirati duple slike, što je slučaj kod očnog tortikolisa. Nekada neutralizacija nije kompletna, i pored hiperfunkcije mišića antagonista na paralične mišiće bolesnik nema osjećaj diplopije, ali se žali na glavobolje koje su konstantne i traju više godina. Tačan pregled bulbomotora otkriva paralizovani mišić.

Heteroforije

Heteroforije predstavljaju manji stepen poremećaja ravnoteže okulomotora. One predstavljaju insuficijenciju ili povećanje konvergencije te dovode do jake glavobolje. One zahtijevaju liječenje u vidu reedukacionih vježbi ili prepisivanja prizmi.

c) GLAVOBOLJE U TOKU OČNIH OBOLJENJA

Veoma bogata očna simptomatologija kod ovih oboljenja stavlja glavobolju u drugi plan. Glavobolju, veoma jaku, može izazvati keratitis s miozom, strano tijelo rožnjače, čak i mala ulceracija, zatim iritis, horioiditis, neuritis, episkleritis, panoftalmis, akutni i hronični glaukom, koji dovode do jakih bolova u oku koji iradiraju prema glavi, prema temporalnoj i frontalnoj regiji. Glavobolja se može javiti i dugo iza očne povrede, pa i poslije enukleacije.

Fototrauma

Igra važnu ulogu u toku nastanka glavobolje i može dovesti do pravih migrenoznih kriza. Jaka osvjetljenja kod nekih profesija, a naročito filmskih i pozorišnih glumaca, avijatičara, planinara i mornara. Do ovih stanja dovodi suviše jako svjetlo i kada je loše raspoređeno u radnoj prostoriji može takođe izazvati jaku glavobolju. Zbog toga se danas poklanja velika pažnja pravilnom osvjetljenju radnog mjesta.

d) OFTALMIČKA MIGRENA

Poznata je još od prvih medicinskih zapisa. Stari Vavilonci su mislili da osobe koje boluju od toga imaju u sebi demona. Gallen je oftalmičku migrenu objašnjavao nastajanjem iritacije mozga uslijed dejstva crne žuči. Etiologija je nepoznata, simptomatologija je vrlo različita i javlja se češće u žena nego kod muškaraca. Puna klinička slika razvija se poslije 30 godina starosti i obično iščezava poslije 40. godine. Hereditet je značajan faktor, a predisponirajući faktori su refrakcione anomalije, loša korekciona stakla, intelektualni premor, jake emocije, teže varjenje, upotreba alkohola, duvana i ostalih ekscitativnih sredstava. Pojavi migrene prethodi prodromalna faza, »aura«, koja je uvijek ista u iste osobe. Prodromalni znaci su somnolencija, lomljivost, digestivni fenomeni, smanjenje ili ogromno povećanje apetita ili velika žeđ. Kod oftalmičke migrene prodromi su rjeđi, a kriza počinje naglo sa pojavom poremećaja vida. Javlja se patognomonični migrenozni skotomi. Bilateralni homonimni skotom počinje u centru i širi se prema periferiji. U centru vidnog polja pacijent ne vidi ništa i ovaj skotom šireći se razvija se u pravu i kompletnu homonimnu hemijanopsiju. Sam bolesnik uvijek svjestan toga i ne zna da je skotom obostran. Vrlo brzo se na periferiji skotoma javljaju svjetlosne scintilantne senzacije. Ovaj scintilantni skotom je karakterističan, a opisali su ga dobro mnogi ljekari koji pate od njega, a naslikali slikari koji su болоvali od oftalmičke migrene. Ova živa svjetlost se vidi i kada pacijent zatvori oči, a boja je žuta, zlatna ili bijela. Senzacije traju 15—20 minuta i polako iščezavaju. Varijacije migrenoznih skotoma su mnogobrojne. Nekada je on reduciran na viđenje jedne zvjezdice ili više njih koje mogu dobiti izgled zvjezdice kod raketnih iluminacija. Rjeđe se javljaju kvadratne hemijanopsije, vizuelne halucinacije i tranzitorno sljepilo. Na ove simptome se nadovezuju senzitivni ispadi u vidu parestezije donjih ekstremiteta, auditivne halucinacije, motorne afazije, pa i tranzitorne mono- ili hemiplegije. Glavobolja je najkarakterističniji simptom oboljenja i to su uporni i vrlo jaki bolovi koji idu od lica, čela i sljepoočnice i iradiraju prema potiljku, i skoro uvijek sa jedne strane (hemicrania). Ona se pogoršava šumom, svjetlošću i drugim nadražajima. Kad dostigne svoj najveći intenzitet bolesnik postaje nepokretan, on je tih i krije se od svjetlosti. Nekada izolovana fotofobija može predstavljati abortivnu formu oftalmičke migrene. Krize traju više časova a rjeđe više dana. Vazomotorni ispadi kompletiraju izgled ove slike, lice je blijedo ili lividno, prekriveno graškama znoja a ekstremiteti su hladni. Bolovi se smire kad pacijent padne u dubok san. Glavobolja iščezava kod buđenja i jedno prijatno stanje obuzme cijelo tijelo, mada pacijent osjeća i dalje neki umor. Očni znaci asocirani uz oftalmičku migrenu podrazumijevaju: pupile su u mi-drijazi, nekad se otkrivaju oftalmoskopski spazmi retinalnih arterija koji odgovaraju defektu u vidu apsolutnog skotoma. Vene su lako dilatirane, a TACR je nešto niža. Pored toga, nekada postoji blefarospazmus, hiperemija konjunktive i suženje kao i prolazni kornealni edem.

Minucioznim ispitivanjem oftalmolog tačno otkriva prave uzroke ovih stanja i efikasno ih otklanja odgovarajućom terapijom, korekcionim staklima, reeduktivnim vježbama ili hirurškim putem. Kod oftalmičke migrene oftalmolog treba da postavi tačnu dijagnozu i isključi postojanje eventualne simptomatske migrene.

Simptomatske glavobolje

a) GLAVOBOLJE VASKULARNOG PORIJEKLA

Arterijska hipertenzija je često praćena glavoboljom čiji intenzitet varira. Kod fiksirane hipertenzije je obično jutarnja sa okcipitalnom lokalizacijom. U hipertoničara kod kojih postoji sumnja na cerebromeningealni edem, ona se javlja u toku dana. Ove mogu biti praćene opskuracionim krizama ili tranzitornom amaurozom. Pojava »mouches volantes« je češća. Ovi poremećaji vida nastaju uslijed vaskularnih promjena, na nivou optičkih puteva ili u samom optičkom nervu i retini. Oftalmoskopska slika je tipična. Karakterišu je lezije na krvnim sudovima i retini čiji intenzitet potvrđuje dijagnozu, a naročito stepen oboljenja i prognozu. Kod ovih stanja TACR je povišena u odnosu na opšti arterijski krvni pritisak.

Arterioskleroza je praćena često glavoboljom, a oftalmoskopski pregled nam daje tipičnu sliku.

Nefropatija. Na očnom dnu srećemo sliku albuminurične retinopatije s pojavom karakteristične figure (zvijezda) u makuli, a u teškim formama i pojavu edema papile.

Kod diabetesa oftalmolog otkriva karakterističnu sliku dijabetične retinopatije, u kojoj dominiraju pojave mikroangiektazija itd. itd.

b) GLAVOBOLJA KOD INTRAKRANIJALNIH HIPERTENZIJA

Sve dugotrajne i neobjašnjive glavobolje pobuđuju sumnju u postojanje tumora mozga. Katkada oftalmolog prvi otkriva postojanje moždanog tumora, naročito u početku. Najvažniji znak je pojava edema papile vidnog živca na očnom dnu s jako dilatiranim venama i pojavom brojnih hemoragija. Nekada papila uopšte ne pokazuje edem, ali je blijeda i atrofična i javlja se poremećaji vida do sljepila. Atrofija optikusa objašnjava atrofiju u nivou ili ispod hijazme. Kod slučajeva sumnjivih na moždani tumor kada je oština vida normalna, a takođe i izgled očnog dna, neophodan je pregled vidnog polja. Njime se može otkriti postojanje hemianopsije, bilo lateralne homonimne ili bitemporalne, kod hijazmatskog sindroma npr. pojava diplopija može kompletirati ovakvu kliničku sliku i orijentisati nas na stranu kompresije, izuzev kada se radio o paralizi abducensa, koja u toku intrakranijalne hipertenzije nema lokalizirajući značaj. Papilarni edem ako prelazi 3 dioptrije ne »dozvoljava« lumbalnu punkciju, ali nalaže hitno ostala neurološka ispitivanja (EEG, ventrikulografija). Kod zatvorene kranio cerebralne traume pojava glavobolje uz edem ili kompresiju prednjih optičkih puteva navodi na sumnju o postojanju subduralnog hematoma. Kod postkomocionalnog sindroma oftalmološki pregled je neophodan. Tada je samo TACR povećana ili smanjena uslijed poremećaja cerebralne cirkulacije. Pojava koncentričnog suženja vidnog polja nema veliki značaj a njegova patoanatomska interpretacija je veoma teška. Više ponovljenih pregleda nam omogućuju katkada da otkrijemo simulaciju.

Oftalmološko ispitivanje ovakvih stanja ne ograničava se samo na otkrivanje zastoje papile, već nam ono uz ostale preglede omogućava lokalizaciju ekspanzivnog intrakranijalnog procesa i što je najvažnije kod jednog broja ovih tumora postavlja operative indikacije.

Promjene u pritisku arterije centralis retine se sreću kao izolovan simptom kod nekih glavobolja. Krvni sudovi na očnom dnu su normalni. Glavobolja je noćna ili jutarnja i može biti praćena pojavom »mouches volantes«. Ovo povećanje pritiska objašnjava ili je prvi znak kod gravidarne toksemije ili otkriva postojanje izolovane cerebralne hipertenzije. U ovim stanjima intravenozno davanje hipertonične glikoze je često efikasno i učini da ove glavobolje nestanu. Kod smanjenja TACR koje su praćene glavoboljama i vrtoglavicom može davanje destilovane vode intravenozno dovesti do iščezavanja ovih tegoba. Ortostatska hipertenzija TACR je sindrom kada se pacijent žali na glavobolju i vrtoglavicu samo u stojećem položaju, dok ova u vodoravnom položaju iščezava, a TACR postaje normalna. Ovo stanje se sreće najčešće kod opstrukcija u nivou karotidnih arterija.

Da napomenemo na kraju da postoje i stanja »cephalea sine materia«, gdje uza sva neurološka, oftalmološka, virusološka i rendgenska istraživanja, u pogledu cirkulatornih i digestivnih promjena, ne može ništa otkriti.

Oftalmolog sreće glavobolje različitog intenziteta, svih stepena ozbiljnosti, polazeći od onih banalnih, nastalih uslijed refrakcionih anomalija, pa teških kod glaukome, i do onih koje nastaju uslijed različitih cerebralnih afekcija. Svi ovi slučajevi mogu promaći kao esencijalna oftalmička migrena. Zbog ovoga, ni u jednom slučaju glavobolje ne smije biti potcijenjena uloga oftalmologa i njegova konsultacija, koji ima mogućnost da svojim objektivnim ispitivanjem potvrdi ili otkloni sumnje na različite uzroke nastanka glavobolje. Oftalmološki pregled ako je minuciozan daje nam precizne informacije ne samo o dijagnozi već i o terapeutskoj orijentaciji.

L I T E R A T U R A

- 1) Brégeat P.: *L'Oedeme papillaire*, Masson, Paris, 1956.
- 2) Bonnet P.: *Ophtalmologie Clinique*, Masson, Paris, 1951.
- 3) Dimsdale H.: *Practitioner*, 198, 490—494, 1967.
- 4) A. Dubois—Poulsen: *Le champ visuel*, Masson, Paris, 1951.
- 5) Kearns T. P.: *Arch. Ophtal.*, 76, 729, 1966.
- 6) Prélat P., Sénéchal A.: *Encyclop. medico-chirurgicale ophtalmol.*, III, 21590—A10.
- 7) Duke-Elder S.: *Parsons'diseases of the eye*, Churchill Ltd., London, 1964.
- 8) Pavišić Z.: *Oftalmologija*, Medicinska knjiga, Beograd—Zagreb, 1957.
- 9) Vallery—Radot P. et Hamburger J.: *Les migraines* — Masson, Paris, 1935.

R E S U M E

Centre medicale de Banja Luka, Service d'Ophtalmologie
 CEPHALĒE EN OPHTALMOLOGIE
 Boško Jovičević

Chaque syndrome de céphalée doit être obligatoirement examiné par l'ophtalmologiste.

L'auteur souligne l'importance d'un examen ophtalmologique minutieux pour savoir un diagnostique précis. Cet examen à une grande importance pratique grâce à la simplicité de la thérapeutique, chez un grand nombre de céphalgies d'origine oculaire. En aucun cas ce syndrome ne doit être considéré avec indifférence.

*Oftalmološka služba
 Medicinskog centra u Banjoj Luci
 Načelnik: dr Boško Jovičević*

Disfunkcija disanja i anomalije orofacijalnog sistema

Dušan Pišteljić

Uska anatomska i funkcionalna povezanost između nosne i usne šukljine čini da se morfološke i funkcionalne promjene organa za žvakanje odražavaju na oblik i funkciju gornjih disajnih puteva. Isto tako promjene u nosnoj šupljini odražavaju se na oblik i funkciju usne šupljine. Zato sve promjene u nosnoj šupljini, koje mogu trajno utjecati na veći ili manji poremećaj disanja u vrijeme rasta i razvoja organa za žvakanje, mogu djelovati kao jedan od etioloških faktora anomalija vilica.

Još uvijek se postavlja pitanje šta je primarno: da li adenoidne vegetacije, disanje na usta ili anomalije vilica?

Thiel je kod 48% nepravilnosti vilica našao nepravilan način disanja. Corehausova ispitivanja su pokazala da djeca s progenim anomalijama imaju najveći procenat hipertrofičnih adenoidnih vegetacija — što ukazuje na kauzalnu vezu otežanog disanja i hipoplastične gornje vilice. Poljakinja Jeruzalevska ispitujući ulogu disanja u genezi anomalija vilica našla je 20% anomalija takođe uslijed nepravilnog načina disanja. Veoma interesantna su ispitivanja Krausa. On je ispitivao da li su adenoidne vegetacije uzrok disanja na usta ili je disanje na usta dovelo do adenoidne vegetacije. Potvrdilo se staro iskustvo da ima takvih koji dišu na usta i nemaju nikakve hipertrofične adenoidne vegetacije, a da prisustvo adenoidnih vegetacija nema nikakvih uticaja u izvesnog broja na stvaranje anomalija orofacijalnog sistema. Kraus i saradnici su odabrali pedeset slučajeva sa adenoidnim vegetacijama i disanjem na usta, tretirali su ih sa hemunskim aparatima (aparati za inhibiciju), nakon tri do šest mjeseci došlo je do reedukacije načina disanja na nos kod većine djece. Do tada česti bronhitis su prestali. Kod jednog broja djece došlo je do takve involucije adenoida da je ranije indicirana operacija bila nepotrebna.

Derichsweiler i Kresner na osnovu spostvenih iskustva tvrde da kod dvije trećine djece sa otežanim disanjem na nos postoji viši nepčani svod i ističu pri tome ulogu limfatičnog habitusa. Po njima pastozni tip u kojeg je jače izražena naklonost hiperplaziji limfatičnog tkiva spada u domen otorinolaringologa, dok eksudativna dijateza, kod kojih su češće nepravilnosti vilica, spadaju u domen ortodonta, iako i kod njih postoji naklonost ka povećanju limfatičnog tkiva.

U posljednje vrijeme su potrebe svakodnevne prakse, potrebe kauzalne terapije, dovele do veće saradnje ortopeda vilica i drugih grana medicine, a osobito sa otorinolaringologom. Očigledna potreba ukazuje se naročito kod hipoplastične gornje vilice, kod cirkularne kompresije i kod uskosti s gotskim nepcem i disanjem na usta. Krov usne šupljine ustvari predstavlja dno nosne šupljine i zato uskost gornje vilice i gotsko nepce mogu dovesti do devijacije septi nasi, sužavanja prostora i otežanog disanja na nos. Loša navika ili habitualno disanje na usta nisu tako rijetka pojava jer se navika počne stvariti još kod novorođenčadi. Uslijed embrionalne retrogenije novorođenče teže zatvara usta, pogotovo ako je ravno polagano, jer uslijed položaja

glave mijenja se i položaj mirovanja vilice, te uslijed stalno otvorenih usta dolazi do stvaranja atipičnog neuromuskularnog refleksa koji uvjetuje disanje na usta. Kod ovakvih slučajeva hirurške intervencije su obično bezuspješne jer često dolazi do recidiva poslije adenotomija, pošto naviknuti način disanja ostaje i pored odstranjenih prepreka. Zato je izvesno da ortodonska terapija treba da dopuni operativne poduhvate, a ima i takvih slučajeva kad bi trebalo da im prethodi, jer postoji mogućnost da dođe do poboljšanja i involucije adenoida uslijed preorijentisanog načina disanja.

U ovom radu ne bismo se upuštali u detalje izrade aparata za sprečavanje disanja na usta i gimnastike orbikularis orisa, pošto to ne predstavlja neki problem. Ali, želimo istaći da zadatak, cilj ortopedije vilica, treba da obuhvati ne samo ispravljanje nepravilnih zuba i vilica već uspostavljanje fiziološkog načina disanja. Ključna uloga funkcije disanja u tjelesnom i duševnom razvitku djece ističe potrebu saradnje s otorinolaringologom pošto se razvitak organa za žvakanje ne može izolovano posmatrati već isključivo u sklopu cjeline. Šercer je već odavno ukazao na potrebu pravilnog disanja jer je ventilacija pluća bolja kod disanja na nos pošto utiče na bolju oksigenaciju u krvi te i na cjelokupni metabolizam i vegetativni sistem. Ne može se više osporavati da se obje ove grane medicine susreću u oblasti koja trpi u razvitku uslijed naslijeđenih naklonosti i spoljnih utjecaja sredine. Antropometrijska ispitivanja su pokazala da dolazi do filogenetičke redukcije organa za žvakanje, jer on sve više gubi svoju ulogu i značaj. A razvitak gornje vilice i septuma pokazuje izvjesnu zavisnost što se naročito lijepo opaža na telerendgenskim snimcima, jer način povezanosti lica i lobanje određuje prostor za njihov razvitak. S druge strane rezultati ispitivanja funkcije mekoga nepca pokazali su da ovo ima bitnu ulogu u formiranju tvrdoga nepca. Podvinec je uspio da direktno posmatra funkciju mekog nepca. Tako je ustanovio da se disanje na usta ne može odvijati bez kontrakcije mekog nepca koja nastaje simultanom akcijom levatora i palatofaringeusa. Zbog toga ako disanje na usta dugo traje u periodu rašćenja lobanje kontrakcije mekog nepca ne mogu ostati bez efekta jer formativno utječu na tvrdo nepce. Iz ovoga vidimo da postoji jedna tijesna i nerazdvojena povezanost između načina disanja i uobličenja nepca. Zato saradnja između rinologa i ortopeda vilica više je potreba nego što se mislilo, nego što je do sada isticano u našoj literaturi. Dužnosti otorinolaringologa i ortopeda vilica se zato neminovno prepliću, iako im je način djelovanja sasvim različit, cilj im je ipak isti: uspostavljanje normalnog načina disanja što najbolje ukazuje na potrebu uske saradnje. Iskustva pokazuju da skoro u trećini slučajeva i pored uspješne i besprijekorne hirurške intervencije otorinolaringologa disanje na usta i dalje ostaje, što ne bi trebalo da iznenađuje s obzirom na veliku frekvenciju hipoplastičnih vilica kao i upornost ljudskih navika.

Neki autori postavljaju pitanje ko treba prvi intervenisati: rinolog ili ortoped. Mi smatramo da kod svakog slučaja, gdje se postavlja problem načina disanja, konsultacija rinologa je neophodna i odluka je uvijek u njihovim rukama. A naša je dužnost da ih našim specifičnim metodama podržimo u zajedničkom nastojanju.

Zaključak

Izvesno je danas da je jedan od etioloških faktora u nastojanju anomalija poremećeno disanje. Ali isto tako do otežanog disanja na nos dolazi uslijed nerazvijenosti gornje vilice i adenoidnih vegetacija. Zato se ukazuje na neophodnu saradnju između otorinolaringologa i ortopeda vilica jer im je zajednička briga uspostavljanje normalne funkcije disanja.

LITERATURA

- 1) Reichenbach E., Bruckl H.: NEURE ARFAHRUNGEN MIT DER KIEFERORTHOPÄDISCHEN PROPHYLAXE UND FRÜHBENDLUNG; Volk und Gesundheit, Berlin, 1961.
- 2) Bikar I.: Stomatološki glasnik Srbije, 29, 84, 1957.
3. Nikolić V.: Stomatološki glasnik Srbije, 29, 77, 1957.
- 4) Bikar I.: Osnovi ortopedije vilica, S.L.D., Beograd 1967.

SUMMARY

Service of stomatology, Medical Center of Banja Luka
DISFUNCTION OF BREATHING AND ANOMALIES
OF OROFACIAL SYSTEM

Dušan Pišteljić

Deranged breathing at period of development and growth of chewing and masticating organs could be one of the etiological factors deriving from abnormality or irregularity of jaw formation and teeth placement.

Thus, similar irregularities may cause the defects in breathing and in the narrow bond between lips and nose cavities, leading to the collaboration between rinologists and orthodontists which although by different methods of therapy seek the same objective namely, to restore the normal function of breathing.

Oprema laboratorijske službe i iskorištenost

Sabahudin Osmančević

Za stvarni proces rada, da bi on mogao otpočeti potrebno je obezbijediti tri osnovna faktora:

- sredstva za rad,
- predmet rada i
- živi rad.

Ako ova tri osnovna faktora nisu usklađena, neminovno dolazi do neekonomisanja u jednom od pomenutih faktora.

Postići optimalnu usklađenost sredstava za rad i živog rada u zdravstvenoj službi je mnogo teže nego u sferi materijalne proizvodnje.

Poznato je, da uvođenje savremenijih sredstava za rad u proces proizvodnje dovodi do smanjenja učešća živog rada u proizvodu uslijed povećane produktivnosti, što nije slučaj i kod primjene skupih — savremenih aparata u dijagnostici, liječenju i medicinskom istraživanju. Ovo stoga što savremenija sredstva zahtijevaju visoko specijalizovane kadrove čija se produktivnost rada mjerena kvantitativnim obimom usluga znatno ne povećava, bar ne u onoj mjeri u kojoj je to moguće postići u proizvodnji, tako da se učešće živog rada u strukturi zdravstvenih usluga povećava.

Ne znači, međutim, da je primjena savremenijih aparata u medicini kojima rade visoko-specijalizovani kadrovi neekonomična sa stanovišta društvene zajednice. Naprotiv, uvođenje najsavremenijih aparata u medicinskoj dijagnostici i liječenju, ako su ispunjeni i ostali uslovi organizacije rada je veoma ekonomska i rentabilna za nacionalnu privredu iako poskupljuje rad zdravstvene službe, ali za mjerenje ove ekonomičnosti moraju se upotrebljavati drugi kriteriji i mjerila koja su različita od poznatih mjerila upotrebljenih u privredi.

Za što skladniji odnos između sredstava rada i živog rada u zdravstvenoj službi, neophodno je napustiti stanovište da se svi vidovi zdravstvene zaštite organizuju na manjim teritorijama i za određene grupe stanovništva. Nužno je da se postigne visoka koncentracija sredstava rada i kadrova naročito u onim područjima gdje se obezbjeđuju specijalizovane usluge. Ukoliko gornji uslov nije ispunjen, onda imamo pojavu neusklađenosti sredstava rada i živog rada, koja dovodi do neekonomisanja oba faktora.

Suprotno gornjem, ako zdravstvena služba raspolaže visoko specijalizovanim kadrovima bez odgovarajućih savremenih sredstava rada, imamo pojavu neekonomisanja živim radom.

Istraživanja vršena u laboratorijskoj službi potvrđuje gornje konstatacije.

Pored neusklađenosti laboratorijske službe na području banjalučke komune, u odnosu na stopu razvoja drugih službi, ova neusklađenost postoji i između pojedinih laboratorija.

Laboratoriji su najvećim dijelom snabdjeveni osnovnim aparatima, čija struktura je slijedeća:

Red. broj	Naziv aparata	Zdrav. ustan. banjalučke komune Ukupno	Medicinski centar B. Luka	Učešće M. centra u ukupnom broju u %
1.	Mikroskop	47	31	66
2.	Centrifuga	50	37	74
3.	Termostat	29	13	45
4.	Spirograf	1	1	100
5.	Spektrofotometar	1	1	100
6.	Pehametar	3	3	100
7.	Fotometar	1	1	100
8.	Plameni fotometar	1	1	100
9.	Aparat za elektroforezu	4	4	100

Podaci sa stanjem 31. 12. 1966. godine.

Očito je da jedino laboratorijska služba Medicinskog centra Banja Luka raspolaže ograničenim brojem aparata za viši nivo rada, a njeno učešće u ostalim je visoko i dostiže 66 odnosno 74% kod mikroskopa i centrifuga.

Obzirom na ovakvu strukturu sredstava rada i njihova vrijednost je mala, pa je i godišnja amortizacija nedovoljna da obezbijedi zamjenu postojećih savremenijim.

U ukupnoj vrijednosti aparata učestvuju:

— mikroskopi	sa 27,9%
— centrifuge	sa 12,2%
— ostali	sa 23,1%
— aparati za viši nivo rada	sa 36,8%

Najveći dio sredstava rada otpisan je sa 63%, znači da su u upotrebi najmanje 4 godine. Tako su mikroskopi otpisani sa 63%, centrifuge sa 56% i aparati za viši nivo rada čak sa 74%.

Gornje potvrđuju slijedeći podaci:

	Nabavna vrijednost	Otpisana vrijednost	Učešće u nabavnoj vrijedn. u %	U N. Din. Učešće u otpisanoj vrijedn. u %
UKUPNO:	408.677,11	260.763,01	100	63
Mikroskopi	113.932,76	71.392,20	27,9	63
Centrifuga	49.687,90	27.892,88	12,2	56
Ostali aparati	94.492,92	50.473,14	23,1	53
Apar. za viši nivo rada	150.563,53	111.004,79	36,8	74

Očito ne postoji adekvatna usklađenost između sredstava rada i živog rada u laboratorijima pojedinih službi u Medicinskom centru Banja Luka, tako da se ona kreće u omjeru 1:2,80 u kli-

ničkim laboratorijima, odnosno 1:2,46 u biohemijskim laboratorijima.

Podaci to nedvosmisleno potvrđuju:

	Na 1 laboranta (uključivo biohem. i farmaceuti) N.D	Omjer	Odstupanje u odnosu na prosjek u %
1. UKUPNO	8.340	2,18	100
2. Služba za inter. bol.	9.580	2,50	114
3. Kirurška služba	4.745	1,24	57
4. Služba za zašt. žena	5.423	1,29	65
5. Služba za bor. pr. TBC	3.812	1	45
6. Služba za bolesti uha, grla i nosa	9.671	2,53	116
7. Neuropsih. služba		1,57	72
8. Protuepidem. služba	10.690	2,80	128
9. Centralni biohem. lab.	12.141	3,18	145
10. Služba za zašt. djece	11.647	3,05	139
11. Služba opšte medicine	4.922	1,29	59

Podaci za Medicinski centar Banja Luka.

Bitan uslov za ekonomisanje sredstvima rada predstavlja njihovo korištenje. Istraživanjem je utvrđeno da se aparati za viši nivo rada koriste sa oko 28%.

Tako je »naskuplji« aparat — spektrofotometar »Beckman« mod. B korišten dnevno svega 112 minuta računajući izvršeni obim usluga u periodu januar — juni 1967. godine.

Vrsta usluga izvršena za I—VI 1967. godine	Broj	Potrebno vrijeme rada apa- rata u minutama	Fond rada aparata u minutama
1. Transaminaze:			
a) SGOT	700	12	8.400
b) SGPT	700	12	8.400
2. Kromatogrami	5	120	600
3. Ketosteroidi	2	48	96
4. Kreatini	2	10	20
SVEGA:			17.516'

Korištenje aparata utvrđeno je na slijedeći način:

Ako imamo u vidu da je ukupan fond iznosio 156 radnih dana u posmatranom periodu, odnosno 1.014 radnih sati (6,5 sati dnevno) a da je aparat radio svega 1,52 sati dnevno, znači korišten je svega jednom četvrtinom mogućih kapaciteta u jednoj smjeni.

Očito da se ne može govoriti ni o približnoj usklađenosti između sredstava rada i živog rada.

Nekorištenje ili nedovoljno korištenje aparata u uslovima stvarne primjene principa dohotka u zdravstvenoj ustanovi, ima za posljedicu apsolutno povećanje učešća vrijednosti amortizacije u cijeni usluga i smanjenje dohotka. Ovo učešće u primjeni se povećava za 3,5 puta, odnosno 3,46 na 12,28 novih dinara.

REZIME

Osnovne karakteristike opremljenosti laboratorijske službe banjalučke komune su slijedeće:

1. snabdjevena je najvećim dijelom aparatima za osnovni rutinski rad koji učestvuju sa 63,2% u ukupnoj vrijednosti;
2. aparati za viši nivo rada predstavljaju svega 36,8% od ukupne vrijednosti;
3. oprema je ekonomski dotrajala, tako da njen otpisani dio iznosi 63%;
4. kapaciteti nekih važnijih aparata koriste se sa oko 28%;
5. nedovoljna usklađenost između sredstava rada i živog rada, kako u odnosu na druge službe Centra, tako i unutar same laboratorijske službe kod pojedinih laboratorija.

Literatura: Izvorni podaci Medicinskog centra Banja Luka.

РЭЗИМЕ

Экономическое-финансовая служба Медицинского центра
Баня Лука

СРЕДСТВЕ ЗА ПРОИЗВОДСТВА ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ И ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

Османчевић Сабахудин, дипл. економист

Основные характеристики оборудования лабораторной службы банялужкой комуны следующие:

1. Снабдитая больше всего устройствами для основной рутинский труд который участвует с 63,2% в общей стоимости.
2. Устройства для выше степень представляют всего 36,8% от общей стоимости.
3. Оборудование экономический хватила так как её отписанная часть выносит 63%.
4. Мощности некоторых важнее устройств пользуются с около 28%.
5. Недостаточное согласование между средств производства и жигого труда, как в отношении на другие службы Центра, так и внутри самой лабораторной службы при некоторым лабораториям.

*Služba za ekonomsko finansijske poslove
Medicinskog centra u Banjoj Luci
Načelnik: Osmančević Sabahudin*

C. E. Alken

Die konservative Behandlung des Nierensteinleidens

Wiener klinische Wochenschrift,
36, 657, 1967.

(Konzervativno liječenje bolesti
bubrežnih kamenaca)

Tendencija novijih istraživanja je da se medikamentoznim liječenjem spriječi stvaranje i postigne otapanje već prisutnih kamenaca. Kod poremećaja metabolizma — kao ekstrarenalnog patogenetskog faktora — to je djelomično moguće. Od osobitog značenja je poremećaj metabolizma kalcija i fosfora usljed povećane sekrecije parathormona kod primarnog hiperparatiroidizma. Naime, kod 3—4 posto svih konkremenata koji sadrže kalcij, postoji adenom paratiroidnih žlijezda, čijim uklanjanjem prestaje dalje stvaranje, nestaje sklonost recidiviranju, ali ne dolazi do iščezavanja već prisutnih konkremenata. Stoga se uvijek mora misliti na hiperparatiroidizam kod izražene sklonosti recidiviranju. Ovi kriteriji su toliko sigurni, da kod negativnog operativnog nalaza — ne treba sumnjati u ispravnost dijagnoze, nego pretragu orientirati u smjeru iznalaženja ekotopičnog adenoma paratiroidne žlijezde.

Veliki je terapijski problem recidiviranje bubrežnih kamenaca koji sadrže kalcij, u slučajevima u kojih se sa sigurnošću može da isključi hiperparatiroidizam. Ovoj grupi, naročito, pripadaju bolesnici s recidivirajućim kamencima od kalcijeva oksalata. Unazad nekoliko godina kod takvih slučajeva, primjenjuje se oralna terapija fosfatima koji spriječavaju kristalizaciju kalcijevih soli u mokraći; tu spada, između ostalog, pirofosfat. Mehanizam djelovanja pirofosfata nije u potpunosti razjašnjen. Njegovom primjenom dolazi do smanjenja renalne ekskrecije kalcija i — što je manje po-

željno — magnezija, koji takođe pomaže otapanju kalcija.

Kod uratnih kamenaca danas više nije neophodan operativni zahvat. Alkalizacijom kisele mokraće, npr. oralnim preparatom Uralyt-U, nije samo moguća uspješna profilaksa recidiva nego i stvaranje već prisutnih, velikih konkremenata. Važno je, pri tome da sam bolesnik 3 puta dnevno kontrolira pH svoje mokraće, i da — prema vrijednostima pH — podešava dozažu.

Iščezavanje velikih uratnih kamenaca treba očekivati tek nakon višemjesečne konzekventne terapije.

Slično stoje odnosi i kod recidivirajućih cistinjskih kamenaca, gdje se alkalizacijom takođe postižu povoljni rezultati. Pošto se količina otopljenog cistina — koji ovi bolesnici stalno izlučuju — povećava tek iznad pH 7,5, a ovu je vrijednost obično teško dosegnuti — dodatne mjere su neophodne. Ovamo spada, u prvom redu, izdašno razrjeđenje mokraće povećanjem količine unesene tekućine na 2 do 3 litre dnevno. U rezistentnim slučajevima može se pokušati terapija s d-penicilaminom. Vjerovatno nastaje, in vivo, kod suviška sulfhidrilnih aminokiselina d-penicilamina, reakcijom s cistinom — derivat bolje topiv od čistog cistina.

Srđo Kecman

Skrzypezak J. Gesichtsfeldstörungen bei Hirntumoren

Klin. Mbl. Augenheilk. 149, 305,
1966.

(Oštećenje vidnog polja kod
tumora mozga)

Uzeti su rezultati pregleda polja vida kod 1000 bolesnika s tumorom mozga. Promjena vidnog polja primjećena je kod 1/3 svih ispi-

tanih, od njih u 43% slučajeva kod supratentorijskih i u 20% infratentorijskih promena vidnog polja imaju različit karakter Najčešće se sreću homonimne i heteronimne hemianopsije, rjeđe odgovara koncentrično suženje vidnog polja, centralni skotomi. Autor izdvaja promene vidnog polja u zavisnosti od lokalizacije tumora. Kod lokalizacije tumora u čeonim režnjevima češće se primećuje koncentrično suženje polja vida. Razvoj tumora u temporalnom delu karakteriše se u većini slučajeva kvadratnim ispadom u vidnom polju. Kod bolesnika s visokom lokalizacijom tumora češće se primećuje homonimna hemianopsija. Kod adenoma hipofize od 105 bolesnika kod 98 je primećena promena polja vida, a kod 88 bitemporalna hemianopsija.

Otkrivanje ispada vidnog polja ima veliku važnost u neuro hirurškoj dijagnostici. Kod mnogo slučajeva na osnovu ovih promena mogu se izvući značajni zaključci u vezi lokalizacije pravca tumora i postoperativnih recidiva. Na osnovu 1000 cerebralnih tumora histološki potvrđenih iznesena je frekvencija i vrednost podataka koje daju ispadi vidnog polja.

A. Pišteljić

Nursall J. F.

Systemic effects of the topical of ophthalmic corticosteroid preparations

Am. J. Ophth. 59, 1965.

(Opšte reakcije na lokalno ukapavanje kortikosteroida u oko)

Autor prikazuje jedan interesantan slučaj bolničara starog 26 godina koji je imao alergiju na vitamin »C« kao i na limunadu i orandžadu. Poslije operacije strabizma zbog nekih postoperativnih kongestivnih fenomena na konjunktivi ordinirana mu je protrahirana lokalna terapija kortizonskim kapima. Kad je sebi ukapavao ove kapl, mogao je da pije limunadu

i orandžadu bez svraba na koži, nazalne iritacije i uobičajenih glavobolja. Zbog toga je autor poduzeo eksperimentalno proučavanje. Dao mu je da jede pomorandže i limuna u roku od tri dana, iza čega su se pojavili uobičajeni alergični fenomeni i izvršio mu je brojanje eozinofila. Upotreba kortizonskih kapl je dovođila po pravilu do smanjenja pa čak i potpune supresije eozinofila. Pored toga iščezavali su i alergični fenomeni. To znači da lokalne aplikacije kortizona u oftalmologiji imaju jedan nesumnjivi opšti efekat. Dermatolozi su objavili analogne slučajeve. Konstatovan je i pad kortikosteroida u mokraći poslije upotrebe masti. Zbog ovih činjenica autor smatra da je potrebno proučiti detaljnije opšte efekte na lokalnu primenu kortikosteroida.

M. Sefić

Chandre D. B.
et Gupta L. C.

Clinical studie with buccal varidase in some eye diseases

Am. J. Ophth. 58, 1964.

(Klinička ispitivanja sa oralnom upotrebom varidaze kod nekih očnih oboljenja)

Varidaza je asocijacija streptokinaze i streptodoneze predstavlja enzime purificirane i koncentrirane streptokokne kulture. Primenjene su tablete koje sadržavaju 100 hiljada jedinica streptokinaze i 2500 jedinica streptodoneze na 60 bolesnika u poređenju sa 50 drugih tretiranih na drugi način. Kod 20 slučajeva intraokularnih hemoragija, 4 hifeme i 6 hemoragija zadnjeg segmenta, ordinirana je varidaza. Kod 64 slučaja sa uveitom, 13 akutnih i 14 hroničnih tretirano na drugi način. Kod 26 slučajeva orbitarnog celulita i inflamatornih očnih oboljenja i to 9 akutnih i 4 hronična slučaja u poređenju sa 10 akutnih i 3 hronična. Postignuto je vrlo brzo poboljšanje kod svih svežih hifema i drugih hemoragija, izuzev kod stari-

rij
stra
net
zev
luli
ago
nih
č
traj
tor
rism
gija
orb

Bo
„E
an
ne
alc
Ann

(Sta
164
alko

Na
auto
tičko
porel
se j
oštri
nja
cija
uvek
skot
pruž
48%
kamp
sekur
Sens
veno
84%
boles
temp
odgov
statov
stih i
neuro
konst
funke
Teri
dozar
punu
alkoh

8 Scri

rij i hroničnih hemoragija. Razbi-stravanje je upola brže nego kod netretiranih slučajeva i uopšte u-zev nema recidiva. Slučajevi s ce-lulitom i uveitom su povoljno re-agovali na lečenje izuzev hronič-nih slučajeva.

Čini se da varidaza ne dovodi do trajnih i važnijih komplikacija. Au-tor zaključuje da je varidaza ko-risna kod intraokularnih hemora-gija, akutnih uveita i inflamacija orbite.

S. Kuštrić

Postigli su ozdravljenje u 30% slučajeva, a poboljšanje takođe u 30% slučajeva. Nije bilo evident-nog paralelizma između neuritisa vidnog živca i drugih simptoma al-koholne intoksikacije.

B. Smoljanović

Livšić L. Ja., Krugman, E. S.

Klinika i diagnostika mozgovoga psevdotu-moroznoga sindroma

Kliničeskaja medicina, 9, 28, 1967.

(Klinika i dijagnostika psevdotumoroznog sindroma mozga)

Bouniq C., Coscas G.

„Etude statistique et analytique de 164 cas de nevrite optique alcool-tabagique“

Ann. Oculis. (Paris) 10, 955, 1966.

(Statistička i analitička studija 164 slučajeva optičkog neurita alkoholonikotinskog porekla)

Na 76.000 oftalmoloških kartona autori su izdvojili 164 slučajeva optičkog neurita alkoholonikotinskog porekla, što iznosi 0,36%. Bolesnici se javljaju na pregled zbog pada oštine vida na daljinu koja je manja od 0,2 u 50% slučajeva. Afekcija je uvek bilateralna, ali nije uvek simetrična. Pored klasičnog skotoma koji ide od slepe mrlje i pruža se do fiksacione tačke, u 48% slučajeva otkriva se centralni kampsimetrijski ispad koji daje tek sekundarno centrocekalne skotome. Sensus chromaticus naročito za crveno zelenu boju je izmenjen u 84% slučajeva. Polovina od ovih bolesnika imala je dekoloraciju temporalnog sektora papile koja odgovara makularnom snopu. Konstatovali su često asocijaciju opštih ispada, naročito hepatičnog i neurološkog porekla i jedan kvazi konstantni integritet sa izmenjenim funkcionalnim probama jetre.

Terapija je sprovedena masivnim dozama vitamina B₁, B₆, B₁₂ uz potpunu zabranu pušenja i upotrebe alkohola.

Prvi je taj sindrom opisao None prije 60 godina. U patofiziologiji toga procesa sudjeluje edem mozga, hidrocefalus sa sekundarnom intra-kranijalnom hipertenzijom, dok neki autori smatraju da se kao patološko anatomski supstrat, kod toga sindroma javljaju serozni meningitis ili meningoencefallitis.

Autori opisuju 43 bolesnika s tim sindromom. U kliničkoj slici prisutne su glavobolje, mučnine, povraćanje, šum u glavi, dvoslike hemipareza, asimetrija refleksa, afazija, egsoftalmus i drugo.

Oftalmološki pregled pokazao je u 25 bolesnika zastojnu papilu, kod 2 Foster Kennedy-sindrom, u 2 sekundarnu atrofiju papile, a u 10 slučajeva imali su smanjenje vida, dok je u 7 bolesnika normalan n-laz.

Likvorsku hipertenziju imala su 23 bolesnika, a pleocituzu 18.

Prilikom rendgenološkog pregleda, na snimkama glave zapaženo je pojačanje prstastih otisaka (8), poroznost sele turčke (5) i deformacija kostiju (2).

Od kontrastnih metoda, angiografija art. carotis napravljena je kod 35 bolesnika. Patološke promjene opažene su u 10 bolesnika. Napetost art. carotis anterior, koja je ukazivala na hidrocefalus, zatim »prekid sjene«, art. cerebri anterior, ili arterije carotis interne na

nivou sifona (značaj tromboze). Zatim su primijećene promjene položaja krvnih žila mozga, koje su bile sumnjive na obimni proces u mozgu, ali koji kod naknadne angiografije nije bio potvrđen.

Kod pneumoencefalografije koja je napravljena kod 21 bolesnika patološke promjene su opažene u 14. Kod 7 je nađen hidrocefalus, dok su u pojedinim bolesnika zapaženi pomaci ventrikularnog sistema, izostajanja punjenja lateralnog ventrikla. Međutim, i ovdje pri ponovnim pregledima ti nalazi nisu bili potvrđeni. Kod 5 bolesnika nađen su značajni adhezivni arahnoiditisa, a kod jednog hemijartrija mozga.

Konačne dijagnoze bile su: u 14 bolesnika ograničeni meningoencefalitis, cerebralni arahnoiditis (14), aresorptivna forma hidrocefalusa (5), oštećenje krvnih sudova u 3 bolesnika, šilerova bolest i luetični arahno-encefalitis u dva bolesnika.

U liječenju su upotrebljavana sredstva za dehidraciju, protivupalna sredstva, analeptici, i sredstva za liječenje krvnih žila. Kada je poboljšanje nastajalo i nakon PEG.

U zaključku autori upozoravaju da se taj sindrom često javlja i da se može zamijeniti čitavim nizom oboljenja. Na PEG i angiografiji primjećuju se mnoge patološke promjene, sumnjive na ekspanzivni proces. Ali često nestajanje tih promjena kod kontrolnih pregleda, pomaže u njihovom razjašnjenju. Ukoliko konzervativno liječenje zakaže, potrebno je pristupiti operativnom zahvatu. M. Koludrović

**Bogorodinskij D. K.
Širokova L. I.**

Nekotorije novie dannie o patogeneze i topografii mozgovnih infarktov

Kliničeskaja medicina, 9, 3, 1967.

(Neki novi pogledi o patogenezi i topografiji moždanih infarkta)

U članku se iznose novi pogledi na patogenezu moždanih infarkta u toku zadnjih 10 godina.

Na samom početku autori upozoravaju da se stara gledišta o moždanoj encefalomalaciji kao posljedici samo začepjenja intrakranijalnih krvnih žila ne mogu održati bez korekcije. U prvom redu mora se obratiti pažnja na postojedici samo začepjenja intrakranijalnih i ekstrakranijalnih arterija te na njihovu ulogu u mehanizmu nastajanja encefalomalacije. Npr. kod začepjenja arterije karotid interne i arterije vertebralis izvan lubanje, anastomoze lakše nastaju pomoću Willis-ovog kruga, između vanjske i unutarnje karotide, i pinealnih krvnih žila, dok su kod začepjenja krvnih žila u lubanji moguće anastomoze samo preko pinealnih krvnih žila. Na kraju i sve češća pojava slučajeva encefalomalacije bez začepjenja krvnih žila također zahtijevaju razjašnjenje.

Autori upozoravaju na teoriju Kety, Schmita i Lasosthesa o tzv. potrebnom minutnom volumenu krvi kroz razna tkiva pa među njima i mozga. Po gore navedenim autorima volumen protoka krvi kroz 100 grama moždanog tkiva iznosi 54 ml krvi. Određuje se po formuli $D = P/R$, gdje P znači perfuzioni tlak krvi, koji zavisi od opsega arterijalnog tlaka i stanja srca, R znači krvožilnu rezistenciju, koja u fiziološkim uslovima zavisi od lumena krvnih žila mozga. Ma kako promjene u lumenu krvnih žila bile male, one imaju veliku ulogu u regulaciji krvožilne rezistencije te proticanja krvi u mozak. Prema tome teorija Bayliss i Hilla, po kojoj moždana cirkulacija zavisi samo o općoj cirkulaciji, mora se korigirati uzimajući u obzir i tonus krvnih žila koji se mijenja pod uticajem vazomotora.

Na temelju toga može biti jasno da encefalomalacija može nastati i kod samog suženja lumena krvnih žila bez začepjenja, jer to dovodi do pada tlaka krvi u njezinom bazenu. Ako se putem kolateralnog krvotoka tlak ne povisi, nastaje infarkt. Moguća je i druga varijanta kada nam tlak u moždanim arterijama pada i bez promjene lumena usljed jakog pojačanja krvno žilne rezistencije.

Podvrgnuta je analizi i postavka da se encefalomalacija kod začep-

ljer
vije
dan
baz
prv
farl
cirk
stiti
farl
gru
tota
je z
da
sluč
kulz
one
plje
jele
nu i
ta p
ji n
kula
zira
izme
mišl
padt
hem
opće

Po
farki
medi
začep
arter
pljen
jela
Tu s
nja i
kaliz
naka
terije
farkt
dica
u poj
ji je
sniže
ili e
funkc
latera
zisten

U z
da se
sredst
gavaj
tlaka.
sva tr
nog i
stodo
srca i

Bragina N. N.

Kliničeskije sindromi poraženija hipokampa i sosednih s nim oblastej mozga

Kliničeskaja medicina, 9, 23, 1966.
(Klinički sindromi oštećenja
hipokampusa i susjednih oblasti
mozga)

Proučavanju limbičkog sistema posvećuje se sve veća pažnja, jer se na taj način upoznajemo s bazom emocionalnih reakcija i funkcijom filogenetskih starijih dijelova mozga.

Dokazalo se da on učestvuje u refleksnoj funkciji mozga, djeluje na vegetativne funkcije i na složene reflekse koji uslovljavaju ponašanje. Jackson je s tom oblasti povezo uncinatorne krize i akutne psihičke smetnje kod kojih se javljaju njušne i okusne halucinacije. U novije vrijeme slična stanja spominju se kod resekcije medio-bazalnog dijela temporalnog režnja povodom epilepsije te kod žarišnih oštećenja u dubokim dijelovima istog režnja.

Svi autori upozoravaju na složenost kliničke slike u čijem se sastavu javljaju i somatske, i psihičke, i vegetativne smetnje.

Promatrano je 80 slučajeva kod kojih se na obdukciji utvrdilo oštećenje hipokampusa i susjednih oblasti. Od toga u 64 slučaja nisu bili zahvaćeni bazalni gangliji. Klinički simptomi podijeljeni su po njihovoj dinamici, na stalne i paroksizmalne. U prvu grupu spadaju motorni i emocionalni poremećaji, a u drugu vegetativni paroksizmi i epileptički napadi. Naglašava se da je podjela na motorne i emocionalne simptome relativna, jer se pojedini simptomi rijetko izolirano javljaju. Od motornih simptoma koji su promatrani kod 57 bolesnika opažene su hiper-hipokinetske forme parkinsonizma, zatim stanja slična katatoniji u obliku »flexibilitas cerea« s povremenim naglim psihomotornim nemirom. Kod 12 bolesnika opažene su komplicirane forme zaštitno odbrambenih reakcija. Katkada su se

ljenja velikih arterija mozga razvija samo u onom području moždane mase koje pripada krvožilnom bazenu dotične arterije. Zülch je prvi upozorio da lokalizacija infarkta zavisi i o stanju kolateralne cirkulacije. Na temelju svojih vlastitih posmatranja autori su infarkte topografski podijelili u tri grupe. U prvu grupu spadaju tzv. totalne encefalomalacije kod kojih je zahvaćena sva masa koja pripada bazenu dotične arterije. U tom slučaju zakazala je kolateralna cirkulacija. U drugu grupu spadaju one encefalomalacije koje zauzimaju njezinog vanjskog dijela na dvije podgrupe: proksimalnu i distalnu, zavisno od gradijenta perfuzionog tlaka. Treći tip koji nastaje kod oštećenja opće cirkulacije i pada tlaka krvi, lokalizira se u graničnim područjima između dva krvožilna bazena. Pomislila se da se tu radi o lokalnom padu tlaka krvi, i naknadnom ishemičnom inzultu, kao posljedici općeg poremećenja cirkulacije.

Po lokalizaciji najčešći su infarkti u području arterije cerebri medije. Najveći se razvijaju kod začepljenja intrakranijalnog dijela arterije karotis interne, kod začepljenja njezinog vanjskog dijela dijela nalazimo infarkte treće grupe. Tu spadaju i infarkti bez začepljenja krvne žile. Oni su obično lokalizirani na granici između ograna gornje i srednje moždane arterije. Na taj način moždani infarkti obično nastaju kao posljedica lokalnog sniženja tlaka krvi u pojedinom moždanom bazenu koji je povezan sa začepljenjem ili sniženjem lumena dotične arterije, ili općim padom krvnog tlaka, funkcionalnom insuficijencijom kolateralnog krvotoka i porastom rezistencije stijenke krvnih žila.

U zaključku autori preporučuju da se u liječenju upotrebljavaju sredstva za jačanje srca, a izbjegavaju sredstva za sniženje krvnog tlaka. Također predlažu da se za sva ta stanja uvede naziv moždanog infarkta, jer on upozorava istodobno i na oštećenje funkcije srca i mozga.

M. Koludrović

ekstrapiramidalni znakovi javljali u kombinaciji s naglim i jakim vegetativnim paroksizmima i epilepsijom. Sam rigor je prevladao nad tremorom i jače je zahvatao proksimalne dijelove ekstremiteta. Od znakova pojačane motorne aktivnosti nalazili su motorni nemir sličan nemiru kod agitirane melanholijske, ili se javljao u obliku paroksizma kod poremećene ili sačuvane svijesti.

Emocionalne promjene bile su najuočljivije i prisutna u svih bolesnika. Njihova opća karakteristika bila je sklonost depresiji i smanjenju afektivnog tonusa. Osobitu karakteristiku daje im sačuvana ličnost bolesnika i njegova kritičnost, ali i prenaplaštena afektivna komponenta koja se javlja skoro kod svih radnji. Sposobnost takvih bolesnika da uvide stanje u kome se nalaze dovode do zabrinutosti, autoanalize i stalne molbe za pomoć. Jedan od najranijih znakova emocionalnog poremećaja je emocionalna labilnost, razdražljivost, koja s vremenom prelazi u zlobu i srditost te osjećaj stalne unutarnje napetosti. Kao česta varijanta emocionalnog oštećenja javljao se sindrom sličan kao kod agitirane depresije. U nekim slučajevima sve je to bilo popraćeno osjećajem straha i sumnjivosti, a u tri slučaja čak pojavom paranoidnih ideja.

Treću veliku grupu simptoma: epileptične napadaje i vegetativne krize autori su opazili kod 57 bolesnika. Tu se javljaju gustatorne halucinacije, viscero vegetativne smetnje (bolovi u želucu, gutanje, oblizivanje, slinjenje), emocionalne smetnje (uznemirenost, strah). Od vegetativnih kriza nalazimo smetnje u radu srca, smetnje disanja, promjenu temperature, crvenilo lica, hladnoću okrajna i sl. Te smetnje katkada su bile popraćene i motornim znacima.

Prema gore opisanom vidimo da žarišna oštećenja mediobazalnog dijela temporalnog režnja praktično izazivaju oštećenja osnovnih regulatornih funkcija mozga. To je u izvjesnoj mjeri uslovljeno i njegovim vezama s korom velikog mozga, supkortikalnim ganglijima i rostralnim dijelom međumozga (diencefalon). S ovim posljednjim on čini vertikalni funkcionalni sistem, koji stoji u neposrednom od-

nosu sa složenim bezuslovnim refleksima.

Autor upozorava na razlike dobitvene eksperimentima na životinjama i kod promatranja bolesnika. Dok su se kod životinja postizale vrlo izražene i složene reakcije koje su imale sve oznake bioloških potpunih reakcija, kod ljudi takve reakcije nisu bile primjećene. Samo kod jednog dijela bolesnika vegetativne funkcije mogle su se pripisati jednom biološki potpunom kompleksu (npr. gastrointestinalnom) ili su se pokaže emocionalne reakcije mogle smatrati ka odbrambene. Te pojave možemo protumačiti gubitkom samostalnosti supkortikalnih visceromotornih centara, u vezi sa razvitkom kore mozga, i njihovim uključivanjem u nove, već složene, funkcionalne sisteme kore, koji imaju veliku ulogu u funkciji uslovnih refleksa.

M. Koludrović

Jerulin H. H.

Beličenko I. A.,
Bagatirjev JU. V., Čerepanova O.
B., Berezin A. V.

Reoencefalografija posla operativnoga vosstanovljenja krvotoka v okljudirovannih sonnih i pozvonočnih arterijah

Kliničeskaja medicina, 9, 78, 1966.

(Reoencefalografija poslije operativnog uspostavljanja krvotoka u začepljenoj arteriji vertebralis i arteriji karotis)

1955. godine Katndl je objavio rezultate reoencefalografije kod bolesnika u kojih je bio izvršen operativni zahvat na arteriji karotis i ukazao na vrijednost te metode. Autori opisuju 40 bolesnika kod kojih su REG nalazi rađeni prije i nakon operativnih zahvata na arteriji karotis i arteriji vertebralis nakon njihovog začepjenja ili drugih oštećenja.

Primjenjivali su fronto mastoidnu lokalizaciju elektroda (pri ispitivanju stanja krvotoka u hemisferama), okcipito mastoidnu (u

proučavanju krvotoka u arteriji vertebralis) i temporalnu u proučavanju krvotoka u vanjskoj arteriji karotis. U nalazima su obraćali pažnju na veličinu amplitude, izraženost dikrotičnog zupca, međusobnom odnosu dužine trajanja anakrotičke faze prema cijelom REG.

Rezultati ispitivanja su pokazali da se praćenjem dinamičkih promjena REG može sa sigurnošću dobiti uvid u stanje krvotoka osobito u utvrđivanju funkcionalne sposobnosti Willisovog kruga i kod ocjene uspjeha operativnih zahvata na spomenutim krvnim sudovima. U 5 slučajeva operativnog uspostavljanja krvotoka u arteriji karotis nakon začepljenja (tromboza) amplituda hemisfernog REG na strani zahvata značajno se povećava i deficit krvi u hemisferi je iščezao. Slična stanja su promatrali i kod trojice bolesnika gdje je bila izvršena operacija na sifonu arterije karotis. Pri tome su ti nalazi bili popraćeni i značajnim poboljšanjem općeg stanja bolesnika. Kod tri slučaja gdje je bila upotrebljena proteza prilikom rekonstrukcije arterije karotis iako se svi znaci asimetrije REG nisu potpuno izgubili, ipak se količina krvi u hemisferi značajno povećala.

U 5 slučajeva uspostavljanja krvotoka u arteriji vertebralis amplituda okcipitalnog REG-a na strani zahvata naglo je porasla i deficit krvotoka u toj oblasti je iščezao. Pri tome nije se samo povećala amplituda nego se i oblik približio normalni što je siguran znak da okcipitalni položaj elektroda vjerno odražava stanje krvotoka u arteriji vertebralis.

Kod 21 bolesnika REG je pokazao značajno poboljšanje krvotoka mozga, nakon uspostavljanja krvotoka kroz začepljene arterije, što se, prema autorima, poklapa i sa podacima iz literature. U ostalih 19 bolesnika tromb nije bio segmentiran već opširan i ulazio je u lubanjsku šupljinu te se nije mogao potpuno odstraniti. Kod njih je izvršena resekcija vratnog simpatičnog ganglija ili periarterijska desimpatizacija. 5 bolesnika nakon zahvata osjetilo je značajno poboljšanje REG nalaza popraćeno isto tako vidnim kliničkim poboljšanjem, a 8 primjerno poboljšanje, dok 6 bolesnika REG nije pokazao

vala nikakvih promjena nakon operacije.

Smanjenje količine krvi i povećanje tonusa moždanih arterija koje nastaju kod začepljenja arterije karotis u dotičnoj hemisferi posljedica je vazokonstrikcije koja nastupa zbog djelovanja vazokonstriktornih simpatičnih vlakana krvnih sudova mozga. Osim toga djeluju i aferentni impulsi i žarišta oštećenog krvnog suda direktno na vazokonstriktorni centar. Karotidni baroreceptori dovode do smanjenja funkcionalne aktivnosti formatio reticularis i na taj način do smanjenja funkcije vazomotornog centra. Desimpatizacija prekidajući njihovo djelovanje. Zapaženo poboljšanje krvotoka na drugoj hemisferi mozga perifernim i ekstrakranijalnim sudovima autori tumače povećanjem venoznog priliva krvi u srce i smanjenjem krvožilne rezistencije nakon desimpatizacije. Napominju da se iz tog mehanizma ne može isključiti niti izvjesno djelovanje neurohumoralnih faktora.

Sigurno je da efikasnost desimpatizacije u mnogome zavisi od stanja perifernog mehanizma koji regulira tonus krvnih žila i koji prije svega zavisi o metaboličkim procesima u stijenci krvne žile.

Poznato je da arterioskleroza dovodi do oštećenja reaktivnosti, i smanjenja metabolizma u stijenci krvnih žila. Na taj način autori tumače zašto se kod bolesnika s izraženom arteriosklerozom t.j. s grubim poremećenjem metabolizma i promjenom reaktivnosti stijenske krvne žile (6 slučajeva) nije postigao uspjeh desimpatizacijom.

M. Koludrović

Peter J. Koblenzer: Acute epidermal necrolysis (Ritter von Rittershain-Lyeell)

Archives of Dermatology, June 1967.

(Akutna epidermna nekroliza —
Ritter—Lyell)

Autor daje opširnu kliničku, bakteriološku i histopatološku studiju o sindromu toksične epidermne nekrolize (TEN). Pažljivim prouča-

vanjem došao je do zaključka da postoji skoro potpuna identičnost ove bolesti sa dermatitis exfoliati-va neonatorum (DEN) — Ritter, samo što bolest pored dojenčadi obuhvata i odraslu decu.

Ritter von Rittershain je 1878. godine publikovao svoju iscrpnu studiju o DEN i dao prve pojmove i opise ove bolesti. Oboljenje zahvata novorođenčad između druge i sedme nedjelje života. Izražava se najpre eritemom, zatim stvaranjem bula koje brzo konfluiraju, ljušte se, ostavljajući veliku površinu kože razgoličenu.

Lyell 1956. godine daje prve izveštaje o novom sindromu — toksičnoj epidermalnoj nekrolizi (TEN). Klinička slika pokazuje veliku sličnost Ritterovom oboljenju, samo što se javlja kod starije dece i odraslih.

Autor dalje iznosi svoja ispitivanja koja je vršio na 10 pacijenata u starosti između 7 meseci i 8 godina. Većina pacijenata je primljena u stadijumu stvaranja bula. Temperatura se kretala od 38° C do 39° C. Najmanji dodir dovodi do prskanja bula tako da je velika površina kože bila ogoljena. Uvek je postojalo perioralno ljuštenje koje se najpre javljalo. Nikolsky znak je uvek bio pozitivan. Ponekad se na rukama i nogama epi-

derm ljuštio poput rukavice. Po svemu izloženom dobija se utisak kao da je koža oparena. Postepeno, u toku druge i treće nedelje, dolazi do regeneracije epitela bez stvaranja ožiljaka.

Biopsijom su bila omogućena histopatološka ispitivanja, pa je tako zapaženo da postoji skoro potpuna nekroza str. Malpighi, str. compactum i str. corneum pokazuju parakeratozu. U str. bazale postoje mitotične figure. Kako su tri pacijenta umrli, uzeti su postmortalni isecci koji su pokazali nekrotične erozije jezika, ezofagusa, kardije i traheje.

Kod skoro svih slučajeva DEN i TEN izolovan je Staphylococcus sa dva karakteristična faga. Smatra se da on nije isključivi faktor za pojavu oboljenja a naročito ne za TEN gde se još pominje toksično delovanje pojedinih lekova, možda prisustvo virusa, a svakako najvažniji uticaj ima imunološka priroda organizma.

Prema svemu izloženom autor ukazuje na istovetnost u osobinama oboljenja DEN-Ritter i TEN-Lyell i predlaže da se oba oboljenja smatraju kao jedno pod zajedničkim nazivom »Akutna epidermna nekroliza Ritter-Lyell«.

Slobodan Gajić

I Kongres gastroenterologa Jugoslavije

I kongres gastroenterologa Jugoslavije, u organizaciji Udruženja gastroenterologa SFRJ a pod pokroviteljstvom dr Nikole Georgijevskog, predsjednika Saveznog saveta za zdravstvo i soc. politiku, održan je u Opatiji od 1—4. oktobra 1967. g. Kongresnom odboru predsedavao je prof. dr Mihailo Andrejević, Beograd.

Rad Kongresa se odvijao paralelno u tri ugodne sale hotela »Ambasador« sa simultanim prevodjenjem na tri svetska jezika. Pored opštejugoslovenskog Kongres je imao i internacionalni značaj zahvaljujući prisustvu i učešću brojnih gastroenterologa iz Rumunije, Bugarske, Poljske, Italije i Austrije.

Saopšteno je više od dvesta radova u okviru orijentacione tematske podela.

- etiopatogeneza i razvoj hroničnog hepatitisa,
- malapsorpcioni sindrom i ek-sudivne gastroenteropatije,
- značaj određivanja enzimskih aktivnosti u gastroenterologiji,
- tumori tankog creva,
- slobodne teme.

Iako je većina radova zasluživala opštu pažnju učesnika, ipak za neke se možda može reći da po svom nivou i nisu morali da budu pročitani, no i oni su imali svoju publiku.

Etiopatogeneza i razvoj hroničnog hepatitisa je još uvek problem čije definisanje nije završeno. Od mnoštva faktora koji pojedinačno ili udruženi, dovode do hroničnog oštećenja jetrenog parenhima detaljnije su diskutovani alkoholizam, virusne nokse, malnutricija a naznačeni specifični faktori: tbc, sarkoidoza, malarija, medikamenti (D. Arsov).

Značaj dugotrajne upotrebe alkohola je istaknut, ali su ocene njegovog uticaja različite. Dok jedni (Džambas, N. Gradiška, S. Knežević, Zagreb i dr.) utvrđuju nje-

gov direktan toksički uticaj na hepatocite, dotle drugi (S. Čerlek, Zagreb) zaključuje da je pojava hroničnog hepatitisa ili ciroze jetre najčešće rezultanta nekoliko faktora koji se u isto vreme nađu u iste osobe, a da sam alkoholizam, koji se obično smatra za jedan od glavnih etiopatogenetskih faktora ciroze jetre, sasvim sigurno uzrokuje steatozu, ali po svemu se čini da u celosti ne može biti odgovoran za nastanak ciroze.

Značaj akutnog virusnog hepatitisa za nastajanje hroničnih obojenja jetre takođe je razmatran višestruko. Proučavajući klinički materijal na Internjoj klinici »A«, Beograd J. Burijan i saradnici su u proteklih 10 godina posmatrali 265 bolesnika s hroničnim oštećenjima jetre, bez znakova dekompenzacije, i utvrđuju da su preležani akutni virusni hepatitis, kao i alkoholizam, bili prisutni u 60% slučajeva. A. Svirčev i sar. (Novi Sad) od 54 slučajeva hroničnog hepatitisa, diskutujući o mogućim uzrocima, zapazili su u 29 slučajeva (54,7%) raniji akutni virusni hepatitis. U diskusijama povodom pojedinih referata bio je skoro nedvosmisleno istican ak. vir. hepatitis kao značajan faktor za nastajanje kasnijih hroničnih oštećenja jetre.

S druge strane R. Đorić i sar. (Beograd) na osnovu materijala Klinike za infektivne bolesti u Beogradu proučavali su faktore koji doprinose da akutni hepatitis pređe u hronični. Naročito je posvećena pažnja prethodnom oštećenju jetre lošom ishranom, alkoholizmom kao i uticaju životnog doba. Virusna noksa, iako po svom intenzitetu veoma snažna, ipak je u najvećem broju slučajeva kratkotrajna, pa su stoga retki slučajevi u kojima se ona pojavljuje kao jedini faktor prelaska u hroničitet. Isto tako D. Todorović (Banjaluka) navodi da je u toku poslednjih 10 godina lečena na Internom odeljenju 708 bolesnika sa hroničnim hepatitisom ili cirozom jetre. Među njima su izdvojena 22 pacijenta sa žuticom u ranijoj anamnezi, shvaćenom kao akutan

virusni hepatitis. U odnosu na 2663 bolesnika lečena u istom periodu od akutnog virusnog hepatitisa dobija se procenat kasnijih hroničnih oboljenja manji od 1%. Naknadnim pregledom podataka iz vremena akutne faze za neke bolesnike se može tvrditi da se već u to doba radilo o manifestacijama hroničnog oboljenja, što još više umanjuje značaj akutnog virusnog hepatitisa za nastajanje hroničnih hepatopatija.

Malapsorpcioni sindrom i eksudativne enteropatije, kako primarne tako i sekundarne, stalno i sve više zaokupljaju pažnju ispitivača, osobito od uvođenja modernijih načina ispitivanja: trioleinski test (masti), GTT i D-ksiloza test, skrob tolerans test, (ugljeni hidrati), fekalna ekstrekcija J131 polivinilpirolidona (PVP J131) — proteini, biopsija sluznica želuca i tankog creva, itd. Zapaženi su radovi M. Marinkovića i sar. (Zagreb) o fekalnom gubitku proteina kod ciroze jetre (još jedan faktor kao uzrok hipalbuminemije kod cirotičara), kao i rad P. Davčeva i sar. (Skoplje) o gubitku serumskih proteina intestinalnim putem kod ulceroznog koltitisa, generalizovanog Hodgkin sarkoma, sprue sindroma i kod slučajeva sa uznapredovalom cirozom jetre.

Značaj određivanja enzimskih aktivnosti u gastroenterologiji je istaknut u radovima M. Nuti (Rim), M. Drobnič (Maribor), J. Rosić (Beograd) — aktivnost laktikodehidrogenaze kod oboljenja jetre, zatim serumska holinesteraza — kod dekompenzovane ciroze smanjenje i kod 95,6% bolesnika (metoda po Hestinu). Diskutovan je i značaj SGOT, SGPT, alkalne fosfataze, zatim ornitin-karbamil-transferaze testa, aktivnost malat- i sorbit-dehidrogenaze.

Petnaestak referata bilo je posvećeno samo tumorima tankog creva i istaknuta njihova raznolikost: polip, fibrom, lipom, hemanjiom, leiomiom, neurinom od benignih, zatim retikulosarkom, karcinom, multipli mijelom od malignih. Ponovo je naglašena vrednost rtg ispitivanja ovog dela creva. Što se tiče kolona i rektuma — značaj rektoskopije je vanredan.

U slobodnom izboru tema dominirali su radovi o žučnoj kesici i žučnim vodovima. Pažnju učesnika

su privukla i zapažanja hirurga (K. Serafimov, Skoplje) o postholecistektomnom sindromu.

D. Terzić

VII Jugoslovenski sastanak za primjenu nuklearne energije u medicini

Pod pokroviteljstvom Savezne komisije za nuklearnu energiju održan je VII jugoslovenski sastanak za primjenu nuklearne energije u medicini od 11—13. 9. 1967. godine na Ohridu.

Na sastanku su pročitana 82 rada iz raznih područja nuklearne medicine. Od toga 16 radova su bili referati po ugovorima za 1966. god. između pojedinih radioizotopnih laboratorija i SKNE. Ostalo su bile slobodne teme, koje su grupisane prema područjima primjene na:

1. primjenu radioizotopa u ispitivanju štitne žlijezde i liječenju hipertireoze;
2. primjenu radioizotopa u hematologiji (ferokinetika, ispitivanje vijeka trombocita, mjesta destrukcije, liječenje policitemije sa radioaktivnim fosforom);
3. telekobalt terapija;
4. scintigrafije organa (po prvi put su kod nas prikazane scintigrafije šupljina srca);
5. razna druga područja (ispitivanje funkcije bubrega, radiokardiografska ispitivanja, ispitivanje periferne cirkulacije radioaktivnim Xenon-om, primjena markiranih masti i polivinilpirolidona, primjena radioaktivnog fosfora kod kožnih oboljenja, uticaj radioaktivnog zračenja na hromozome čovjeka).

Na sastancima predviđenim za slobodne teme učestvovali su sa više referata i gosti iz stranih zemalja (Bugarska. Ist. Njemačka, Mađarska).

Na sastanku je konstatovan napredak u primjeni radioizotopa u medicini uvođenjem sve većeg broja metoda sa radioizotopima, kao i uvođenjem novih izotopa i novih markiranih jedinjenja.

Vlasta Tošić

Seminar preventivne stomatologije

Klinika za dječiju i preventivnu stomatologiju Medicinskog fakulteta u Sarajevu u zajednici sa Institutom za higijenu i Republičkim savjetom za zdravlje i socijalnu politiku organizovali su u Sarajevu u mjesecu septembru šestodnevni seminar. Na seminaru su držali predavanja nastavnici klinika i to iz područja dječije preventivne stomatologije, higijene i organizacije, te iz oblasti ortopedije zuba i vilica.

Na seminaru je bila posvećena posebna pažnja radu iz preventivne stomatologije, a naročito radu na prenatalnoj i postnatalnoj zaštiti od karijesa kao i blagovremenom sprečavanju nastanka anomalija položaja zuba i vilica.

Da bi se ovaj rad odvijao po jedinstvenom stručnom stavu i sistemu, seminar je jednim dijelom imao i svoj praktični dio na kom su učesnici obavljali određene intervencije kod školske djece Osnovne škole u Jagomiru kraj Sarajeva i tom prilikom im je demonstriran i rad pokretne zubne ambulante.

Vrijedno je napomenuti da je i Stomatološka služba Medicinskog centra u Banjaluci dobila na poklon od UNICEF-a pokretnu ambulantu i da će ova u skoro vrijeme početi s radom u jednoj banjalučkoj osnovnoj školi na periferiji grada. Ovo će biti i prvi koraci ove službe na preventivnom radu iz ove oblasti medicine.

K. Halimović

Izveštaj o radu VII-og kongresa oftalmologa Jugoslavije

VII kongres oftalmologa Jugoslavije održan je 2-5-og oktobra 1967. godine u Vrnjačkoj Banji. Pored 300 oftalmologa iz svih krajeva naše zemlje, kongresu su prisustvovali i eminentni oftalmolozi iz SSSR-a, Mađarske, Bugarske, Savezne Republike Nemačke, Čehoslovačke i Nemačke Demokratske Republike.

Glavna tema kongresa bila je: uzroci nastanka slepila u Srbiji, Hrvatskoj i Crnoj Gori, i o tom problemu podneseno je i nekoliko koreferata. Ostali deo kongresa bio je posvećen oboljenjima rožnjače i ablacije retine, a jedan dan je posvećen slobodnim temama. Ukupno je podneseno 50 referata i prikazane nekoliko filmova iz područja operativne tehnike.

U kongresni program bila su uvrštena i tri referata oftalmološke službe Medicinskog centra u Banjoj Luci i to:

- 1) dr B. Jovičević i dr M. Sefić: Efekat liječenja seruma rekovalescenta kod korneo-konjuktivnih hemijskih povreda.
- 2) dr A. Pišteljić i dr Kuštrić: Uprošćena primena fibrin-filma kod različitih kornealnih afekcija.
- 3) dr F. Muftić i dr B. Smoljanović: Neposredni i tardivni tonometrijski rezultati posle nekih fistulizirajućih antiglaukomatoznih operacija.

Odlučeno je da se sledeći kongres oftalmologa održi 1971. godine u Opatiji.

A. Pišteljić

Sa studijskim putovanjima

Izveštaj sa usavršavanja na Univerzitetскоj oftalmološkoj klinici u Lionu

Klinika prof. Pauffiqua u Lionu predstavlja jednu od najznačajnijih oftalmoloških institucija u svijetu, a naročito na polju oftalmohirurgije. Ona raspolaže kapacitetom od 150 postelja i hospitalizuje pacijente i iz drugih centara Francuske, kao i iz inostranstva. Rad na klinici je izvanredno dobro organizovan, tako da se na relativno ograničenom kapacitetu radi vrlo veliki broj hirurških zahvata. Impresionira činjenica da svaki drugi dan rade tri operacione sale, permanentno, po 7 i više časova, uglavnom u opštoj anesteziji koju obezbjeđuje jedna ekipa ane-

steziologa. Uvođenje i izvođenje iz narkoze se radi u za to posebnoj prostoriji, tako da ekipa operatora uopšte ne gubi vrijeme. Orijentacija na uža područja oftalmologije potpuno su opravdana višegodišnjim iskustvom ove kuće. Pojedine ekipe i pojedinci su postigli upravo najveće domete iz supspecijalizovanih područja, zahvaljujući tome što se već više godina bave isključivo tim problemima. Ovakva orijentacija je sigurno budućnost svih većih oftalmoloških centara.

U toku mog boravka naročitu pažnju sam posvetio problemima hirurškog liječenja ablacije retine i najnovijim tehnikama presađivanja kao i konzervaciji humanih tkiva. Tronedjeljni boravak mi je bio dovoljan da steknem puno saznanja o novim afirmisanim dostignućima moderne oftalmologije, od kojih će najveći deo moći naći primjenu u našoj svakodnevnoj oftalmološkoj praksi.

B. Jovičević

Nove knjige

J. Ecoiffier

La pratique de l'angiographie

Masson et Cie, Paris, 1966.

(Praktični kurs angiografije)

Iz poznate izdavačke kuće Masson et Cie dolazi nam jedna vredna knjiga o metodama anatomokliničkog i radiografskog ispitivanja cirkulatornog sistema.

Knjiga je rezultat dvanaestog-

dišnjeg rada autora i zasnovana je na opservaciji više od 6000 bolesnika. I, prema rečima njenog recenzenta, »... jasno napisana, bogato ilustrovana, knjiga bez daljeg zaslužuje mesto u biblioteci svakog ko ima interesa za mogućnosti i probleme dijagnostike srca i krvnih sudova«.

Posle kraćeg opisanja radiografske tehnike, pribora za snimanje, kontrastnih materija, raznih katetera za uvođenje u pojedine krvne sudove, autor sistematski, po poglavljima, izlaže načine i postupak, do detalja tehniku, pri eksploraciji pojedinih sudovnih sistema, počevši od limfografije pa preko sistema šupljih vena, splenoportografije, uterine flebografije i renalnih vena.

Angiokardiografija je obrađena posebno pomno: angiografija desnog srca — venskim putem — zatim eksploatacija levog srca retrogradno, arterijski. Sledi zatim aortografija, torakalna i abdominalna, angiografija femoralnih, aksilarnih, vertebralnih arterija, karotida, celijačnog i mezenterijalnog arterijskog spleta kao i koronarni. Na kraju opisana je i tehnika karcinografije — metode uvođenja CO_2 u vensku cirkulaciju koji, pogodnom manipulacijom, stvara negativan kontrast u desnoj pretkornari. Metoda je indikovana kod dijagnostike perikarditisa kod cor bovinuma.

Svako poglavlje je pregledno komponovano: definicija postupka, tehnika izvođenja, indikacije, rizik, kontraindikacije, zaključak. Listajući ovu knjigu stiče se utisak da ne postoji krvni sud koji radiografski ne bi mogao biti prikazan, razume se uz postojanje odgovarajućih tehničkih uslova.

D. Terzić



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 dati 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 predstavljaju značajan doprinos, štampa mimo ovog rasporeda.

Novo

Novo

Naši novi proizvodi

RANDOMYCIN

— ANTIBIOTIK — Širokog spektra sa brzim i produženim delovanjem, za lečenje svih infekcija, pa i onih koje su rezistentne na sve ostale antibiotike. Daje se dva puta dnevno.

USTIMON

— KORONARNI DILATATOR — Sa velikom uštedom oksigena.

ULTRALAN

— KORTIKOIDNA MAST — Sa izvanredno brzim efektom.

N—OBLIVON

— PSIHOSEDATIV — Sredstvo za umirenje.

MYCOSAL

— MIKOSTATIK — Protiv mikotičnih i bakterijskih oboljenja kože.

CARBO — INTESTAZIN

— ADSORBENS — Sa bakteriostatskim delovanjem.

TIFENSO

— ANTIREUMATIK — S naročitim delovanjem.

Uverite se praktičnim ispitivanjem u vrednost preparata

PROIZVODI:



Alkaloid — Bilka

SKOPJE

TROMJESEČNI IZVJEŠTAJ O KRETANJU ZARAZNIH BOLESTI REGIONA BANJA LUKA

od 1. VII do 30. IX 1967. godine

Redni broj	OPŠTINA	Broj stanovništva	Typhus exanth.		Morbus Brill		Typhus abdomin.		Paratyph.		Dysenteria		Scarlatina		Diphtheria		Morbilli		Pertussis		Mening. epidem.		Mening. serosa		Polio-myelitis		Tetanus		Anthrax		Erysipel		Hepatitis		Enterocolitis		Leptospirosis					
			O	U	O	U	O	U	O	U	O	U	O	U	O	U	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	141563	1	1	3						12	11					49			45	13			2				1	2	7	93	1		1								
2	Bos. Gradiška	50213											1				25			22							1		2	57					3							
3	Bos. Dubica	24321					10			56						12			18									1		16			1									
4	Bos. Novi	42889			4											7			18	1											9											
5	Bugojno	24052											6				6			19	1											7										
6	Čelinac	17029														1												1		6												
7	Donji Vakuf	16039			1											1			1												1											
8	Gornji Vakuf	16205														10			1			1									12											
9	Glamoč	15856										1																					4									
10	Jajce	34487				1		2	3						11			10													6											
11	Ključ	39794						3							8			5	2		1						1			22		1										
12	Kotor-Varoš	32520			2			2							3			1			3									15						3						
13	Kupres	11818			1			5							2					1																						
14	Laktaši	25929						1												1											10											
15	Mrkonjić-Grad	32187						1							25						2								1	5												
16	Prijedor	91769						2	1	1									7										1	22		81										
17	Prnjavor	46022							1						5			7	2	1											19		6									
18	Sanski Most	51037			1			1							9			4													18						1					
19	Skender-Vakuf	9189																												3		24										
20	Srbac	21658																												4						1						
21	Šipovo	18289																													3											
	Ukupno region	762846	1	1	12	11		85	1	24					216			158	2	20			9				2	3	13	332						9						