

SCRIPTA MEDICA

časopis ljekara Bosanske krajine

2

Godina III



Banja Luka, 1968.





ALCIUM SANDOZ FORTE



za masivnu terapiju
kalcijem

1 tableta sadržava 0,5 g
joniziranog kalcija

Krka - Novo Mesto

SCRIPTA MEDICA

2

Godina III



Banja Luka, 1968.

apiju

a 0,5 g
cija

Mesto

SCRIPTA MEDICA

ČASOPIS LJEKARA
BOŠANSKE KRAJINE

Glavni urednik:

Andrija Mikeš

Članovi redakcije:

Babić Vera

Ferković Milan

Glavaš Ana

Hallmović Kemal

Janković Natallja

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

RADU

B

Lj

TERA

EXPE

Z.

KAZU

A. V

F. C

V. M

V. M

F



SADRŽAJ — CONTENTS

	Strana
RADOVI — ORIGINAL ARTICLES	
B. Brujić i M. Pleše: <i>Placenta previja na materijalu ginekološkog porođajnog odjeljenja Medicinskog centra Banja Luka</i> <i>Placenta previa</i>	109
Lj. Bošković — Lukić: <i>Epidemijsko trovanje gljivama u jesen 1967. godine</i> <i>Epidemic intoxication by mushrooms</i>	117
TERAPIJSKA ISKUSTVA — THERAPEUTIC EXPERIENCES	
Z. Klepac: <i>Dva slučaja plastike nosnog krila</i> <i>Two cases of plastic operation of side of the nose</i>	121
F. Čurić: <i>Da li je torzija adneksa rijetkost u ginekološkoj kazuistici?</i> <i>Is the torsion of the appendages a rarity in the gynaecological morbidity?</i>	129
KAZUISTIKA — CASE REPORTS	
A. Vasiljević i M. Ferković: <i>Neki aspekti psihokutanih manifestacija</i> <i>Some aspects of psychocutaneous diseases</i>	139
F. Čurić i J. Jović: <i>Fibroma durum calcificatum in cavo Douglasi incarceratum</i>	157
V. Miholić: <i>Tuberkuloza srednjeg uha kod dojenčadi</i> <i>Tuberculosis of the middle ear at the sucklingchild</i>	163
V. Milošević, S. Rac, S. Zrilić, B. Žigić i E. Vehabović: <i>Peritonitis meconialis</i>	169

AKTUELNE MEDICINSKE TEME — ACTUAL
MEDICAL PROBLEMS

Strana

D. Terzić:

*Karcinomi kolona u naših bolesnika za
posljednjih pet godina*

*Cancers of the great gut at our hospital
during the last five years*

173

OSVRTI — COMMENTARY

*Diseminovana intravaskularna koagulacija
Dissaminated intravascular coagulation*

177

IZ STRANE LITERATURE — ABSTRACTS

181

SA STRUČNIH SASTANAKA — MEETINGS AND
CONGRESSES

187

IZ NAŠIH USTANOVA — FROM OUR SERVICES

191

UPUTSTVO SARADNICIMA —
INSTRUCTIONS TO AUTHORS

194

Radove slati na adresu:

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

Pla
gine
Med

Bori

P
kog f
za gi

U
boljša
morta
pred a
nog n
mi se
usmje

V
sirom
konju
jima
com k
mrkvu
ali za

Iz
kudnij
profuz
se odl
sanske
Zbog
skoro
u nas
je mn

Ma
bilo je
previje

ST
cenat r
Najmk

Tabela

Starost

Broj si

0/0

PAL
kod m
između
zalu bi
para sa



Placenta previja na materijalu ginekološkog porođajnog odjeljenja Medicinskog centra Banja Luka

Borivoj Brujić i Mirko Pleše

Placenta previja zbog opasnosti po život majke i zbog visokog fetalnog mortaliteta predstavlja još uvijek aktuelnu temu za ginekologa.

Uvođenjem carskog reza s odgovarajućom anestezijom, poboljšanjem preoperativnog i postoperativnog tretmana bolesnica mortalitet majki je u zadnje vrijeme znatno snižen, te se sada pred akušera postavlja problem sniženja još uvijek visokog fetalnog mortaliteta. Međutim, zbog specifičnih prilika našega kraja, mi se još uvijek nalazimo u fazi gdje je glavna briga akušera usmjerena na spašavanje života majke.

Veliki broj naših bolesnica dolazi iz udaljenih, zaostalih i siromašnih brdskih naselja koja su pristupačna samo pješaku i konju. Iz tih zabačenih naselja gdje ljudi žive po starim običajima i navikama, u bijedi i neznanju, dolaze nam majke s djetetom koja su umotana u ostatke vreće, a kad ljekar preporučuje mrkvu za ishranu djeteta, roditelji traže recept jer nikada nisu čuli za mrkvu, te misle da je to lijek koji se kupuje u apoteci.

Iz ovih naselja rijetko se koja žena obraća ljekaru zbog oskudnijeg krvarenja u zadnjem trimestru trudnoće. Tek kad zbog profuznog krvarenja bude ugrožen život žene, seoske babe donose odluku da je slučaj za bolnicu, te se žena natovarena na bosanskog konjica⁵ prebacuje do najbliže zdravstvene ustanove. Zbog tih razloga često nam žene stižu u jako teškom stanju, skoro uvijek s mrtvim djetetom, te placenta previja predstavlja u nas naročito opasnu komplikaciju trudnoće, koja često iziskuje mnogo truda da bi se spasio život žene.

MATERIJAL: U periodu od 1. I 1956, do 31. XII 1962. godine bilo je na našem porođajnom odsjeku 116 slučajeva placente previje na 12.641 poroda ili 1:109, odnosno 0,92%.

STAROST BOLESNICA: Na tabeli I prikazan je broj i procenat naših slučajeva placente previje prema godinama starosti. Najmlađa bolesnica imala je 18, a najstarija 44 godine.

Tabela I: Starost bolesnica

Starost	do 20 g.	21—25	26—30	31—35	36—40	40 g. i više
Broj slučajeva	6	21	25	33	23	8
%	5,2	18,2	21,5	28,4	19,8	6,9

PARITET: Poznato je da placenta previja dolazi mnogo češće kod multipara. ^{2, 4, 14, 15} Prema statističkim podacima odnos između primipara i multipara je 1:4 ili više. Na našem materijalu bilo je 10,3% primipara i 89,7% multipara. Od naših primipara samo je jedna imala ramijske pobačaje.

Tabela II: Broj slučajeva placente previje i paritet

Para	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X-XII
Broj slučajeva	12	17	16	15	12	14	8	5	5	12
%	10	14	13	12	10	12	6	4,3	4,3	10,4

TIP PLACENTE PREVIJE: Na našem materijalu radilo se o totalnoj placenti previji u 48 žena ili 41,4%, o parcijalnoj u 43 žene ili 37,1% i o marginalnoj u 25 žena ili 21,5%.

Stallworthy¹³ upozorava na naročitu opasnost za fetus kod slučajeva placente previje u kojih je posteljica usađena na stražnjem zidu uterusa, jer takve posteljice uzrokuju relativnu kefalopelvinu disproporciju te dovode do kompresije pupkovine. Po njemu je kod ovih slučajeva sa »dangerous placenta«, u interesu fetusa indiciran carski rez.

POLOŽAJ FETUSA: Kod placente previje patološki položaji, poprečni i kosi, kao i prezentacija zatkom mnogo su češći, nego kod slučajeva s normalno usađenom posteljicom.^{2, 4, 14, 15}

Mi smo imali 107 uzdužnih ili 92,2% a 9 patoloških položaja ili 7,8%. U 82,8% radilo se prezentaciji glavom, a u 9,5% zatkom. Poprečnog položaja bilo je 5,2% i kosog 2,5% od ukupnog broja slučajeva s placantom previjom.

U istom vremenskom periodu bilo je 1,7% poprečnog položaja, te 2,4 prezentacije zatkom kod slučajeva s normalno usađenom posteljicom.

Od komplikacija u trudnoći, ne računajući krvarenje koje je redovni pratilac placente previje, bilo je: 2 slučaja prolapsa pupkovine ili 1,7% te 8 slučajeva kasnih gestoza ili 6,9%.

KRVARENJE: Krvarenje u trećem trimestru trudnoće glavni je simptom placente previje. Ono je bezbolno i pojavljuje se bez uzroka, danju i noću, u stojećem i ležećem položaju, sa tendencijom da se ponavlja. Merger⁷ navodi da se krvarenje kod parcijalne i marginalne placente previje obično javlja ranije, da se isto tokom trudnoće često ponavlja, te nastupom poroda kod većine porodilja prestaje. Suprotno tome, kod velikog broja bolesnica s totalnom placantom previjom, krvarenje se u trudnoći uopšte ne pojavljuje, a u toku poroda dolazi do obilnijeg krvarenja zbog odvajanja donjeg uterinog segmenta od placentalnog tkiva.

Međutim, u pogledu krvarenja kod placente previje postoji velika varijabilnost, tako da se nakon jednog početnog krvarenja ne može predvidjeti čestoća, obilnost, kao ni vrijeme nastupa ponovnih krvarenja.

Inicijalno krvarenje obično nije obilno i rijetko kad iziskuje hitnu intervenciju. Kod velikog broja slučajeva ekspektativnim postupkom, uz stalan nadzor bolesnice, trudnoća se može iznijeti do termina ili blizu njega.

Tabela III prikazuje krvarenja po lunarnim mjesecima trudnoće. Na našem materijalu nastup prvog krvarenja prije 28 nedjelja graviditeta uslijedio je kod 8 ili 6,9% žena.

Tabela III: Nastup prvog krvarenja po mjesecima trudnoće

Lunarni mjesec trudnoće	VI	VII	VIII	IX	X
Broj slučajeva	8	12	15	25	56
%	6,9	10,3	12,9	21,5	48,4

Većina naših slučajeva došla je na odjeljenje u toku poroda sa obilnim krvarenjem. Kod 52 slučaja ili 44,8% zbog teške anemije, morala se ordinirati transfuzija krvi.

KADA usvojila p stojanjem. Na taj na glavnih fa talitet ko stupka b pripravne Ekspetai krvarenja o krvare vrijeme t zahom

Kako da, mi s malog br hospitaliz da na na previjom dok se k rodu.

Tabela IV Kada je t

Dan hospit
Broj sluč
%

ACIN 64,6%, dok slučajeva je: sectio classica k

Kod 3 lizaciju sn kod kojih kod svih : Pošto i na do gravidit čuju carsk Mi smo s kojih je z oba slučaj radili smo hvat najm: podvezujer

8 obzi 92% slučaj tom previj

Vagina učinjena n njak, nakon po Gauss-V vukli nožic nili smo k

KOMPI smo 2 raz rupture ce: Učinjene s:

KADA JE USLIJEDIO POROD: Danas je većina ginekologa usvojila princip ekspektativnog tretiranja placente previje, sa nastojanjem da se trudnoća prolongira što bliže terminu poroda. Na taj način smanjuje se procenat nedonoščadi što je jedan od glavnih faktora koji imaju za posljedicu visoki perinatalni mortalitet kod placente previje. Kod provođenja ekspektativnog postupka bolesnica mora biti pod stalnim nadzorom uz stalnu pripravnost za brzu intervenciju čim se za to ukaže potreba. Ekspektativni postupak može se provesti samo kod umjerenijeg krvarenja u trudnoći dok porod još nije počeo. Ukoliko se radi o krvarenju kod započetog poroda ili o obilnom krvarenju za vrijeme trudnoće, potrebno je u interesu majke odgovarajućim zahvatom krvarenje zaustaviti bez obzira na termin poroda.

Kako je većina naših žena došla na odjeljenje u toku poroda, mi smo ekspektativni tretman mogli primijeniti kod vrlo malog broja bolesnica. 64,5% bolesnica porodilo se prvog dana hospitalizacije. Posljedica je toga veliki broj prevremenih poroda na našem materijalu. Od naših 116 bolesnica s placantom previjom porod na vrijeme je uslijedio kod 67 žena ili 57,8%, dok se kod 49 porodilja, ili 42,2%, radilo o prevremenom porodu.

Tabela IV:

Kada je uslijedio porod u odnosu na dane hospitalizacije

Dan hospitalizacije	1.	2.	3-5.	6-10.	11-20.	21-30.
Broj slučajeva	75	11	13	12	4	1
%	64,5	9,7	11,2	10,3	3,4	0,9

NACIN PORODA: Carskim rezom porođeno je 75 žena ili 64,6%, dok je kod 41 žene ili 35,4% porod išao vaginalno. Od 75 slučajeva kod kojih je porod dovršen carskim rezom učinjena je: sectio caesarea isthmyca transversa kod 51, sectio caesarea classica kod 22 te carski rez histerektomijom kod 2 slučaja.

Kod 34 slučaja uz carski rez rađena je i sterilizacija. Sterilizaciju smo radili po Madleneru. Prosječan broj djece u žena kod kojih je rađena sterilizacija bio je 5. Sterilizaciju smo radili kod svih slučajeva kod kojih je rađen korporealni carski rez. Pošto i nakon podvezivanja tuba u izvjesnom procentu dolazi do graviditeta, danas neki autori, naročito u Americi, preporučuju carski rez sa histerektomijom, umjesto podvezivanja tuba.¹ Mi smo sekciju sa histerektomijom radili kod dva slučaja u kojih je za taj zahvat postojala vitalna indikacija jer se kod oba slučaja radilo o placenti akreti. Kod svih ostalih slučajeva radili smo sterilizaciju po Madleneru. Smatramo da je ovaj zahvat najmanje opasan za ženu, a radi veće sigurnosti svaku tubu podvezujemo na dva mjesta.

S obzirom na tip placente previje, carski rez je izvršen kod 92% slučajeva sa totalnom, te kod 67,4% sa parcijalnom placantom previjom.

Vaginalnim putem porođena je 41 žena. Kod 8 slučajeva nije učinjena nikakva intervencija. U 13 porodilja prekinut je vodenjak, nakon čega je porod dalje išao spontano. Extensio ad caput po Gauss-Willet-u učinili smo kod 3 slučaja, kod zatka smo povukli nožicu kod 6 slučajeva, kombinirani manualni okret učinili smo kod 8 i okret po Braxton-Hicks-u kod 3 slučaja.

KOMPLIKACIJE U PORODU: Na našem materijalu imali smo 2 razdora cerviksa i 1 slučaj rupture uterusa. Oba slučaja rupture cerviksa nastala su nakon okreta po Braxton-Hicks-u. Učinjene su suture i obje su žene otišle kući zdrave. Ruptura

uterusa nastala je prilikom manualnog okreta. Učinjena je totalna abdominalna ekstirpacija uterusa i žena je dvanaesti dan otpuštena kući.

Kod 3 slučaja radilo se o placenti akreti, od kojih je u jedne bolesnice dio posteljice bio usađen u cervikalni zid.

Zbog opasnosti od krvarenja neki autori preporučuju i kod slučajeva placente previje sa spontanom porodom aktivno vođenje trećeg porođajnog doba s manualnim ljuštenjem posteljice.⁹ Na našem materijalu posteljica je ljuštena u porodilja kod kojih je rađena carski rez, te nakon okreta kad i inače uvijek vršimo ljuštenje posteljice s eksploracijom uterusa. Osim toga na našem materijalu posteljica je ljuštena 4 puta zbog jakog krvarenja u trećem porođajnom dobu, te kod 1 slučaja defektne posteljice.

MORTALITET MAJKI: Od bolesnica umrla je 1 žena. Radilo se o placenti akreti. (Izvod iz istorije bolesti M. br. 15.961/57), D. S., 34 g., P:2, Ab; O. Nekoliko dana oskudnije krvarila kod kuće. Dobila trudove počela jako krvariti te je dovezena na Odjeljenje. Pregledom je nađeno da je ušće potpuno otvoreno, glava na ulazu gibljiva. Sprijeda i desno pipa se placentarno tkivo. Prokine se vodenjak i učini kombinirani okret. Dijete živo, teško 4.550 grama. Odmah nakon poroda djeteta počeli smo manualno ljuštenje posteljice i našli da je ista duboko urasla u prednji zid donjeg uterinog segmenta. Profuzno krvarenje iz uterusa pokušali smo zaustaviti tamponadom, ali zbog naglog i obilnog gubitka krvi žena padne u šok, te i pored primljenih 1.200 ccm, krvi, nastupi smrt još u toku transfuzije).

KOMPLIKACIJE U PUERPERIJU: Zbog visokog procenta operativnih zahvata i povoljnih uvjeta za nastanak infekcije i razvitak bakterija česte su komplikacije u puerperiju u žena s placentom previjom.

Od naših bolesnica bilo je 12 žena s povišenom temperaturom u toku puerperija. Uzete su u obzir one bolesnice u kojih je u toku 2 uzastopna dana došlo do povišenja temperature preko 38 C. Kod jednog slučaja u jedne bolesnice s izvršenim carskim rezom, uz povišenu temperaturu, došlo je i do dehiscencije rane. Prema tome morbiditet je na našem materijalu iznosio 10,3%. Kod Rosenzweiga morbiditet je iznosio 24,6%, a kod Smitha 20%.

Relativno niski procenat komplikacija u puerperiju kod nas posljedica je preventivnog davanja antibiotika svim bolesnicama kod kojih je izvršen neki opstetrički zahvat.

FETALNI MORTALITET: Ukupno je rođeno 119 djece (tri su porodilje imale dvojke). Od toga je živo rođeno i otpušteno kući 69 djece, 44 donošene i 25 nedonoščadi. Mrtvorođene djece bilo je 37. Nakon poroda umrlo je još 13 djece, tako da je ukupno bilo pedesetoro mrtve djece, te perinatalni mortalitet za naše slučajeve placente previje iznosi 42%.

Od 50 slučajeva fetalne i noenatalne smrti kod 27 slučajeva radilo se o nedonoščadima. Poznato je da je kod placente previje smrtnost nedonoščadi naročito visoka. Sto je manja težina ploda, to su manji izgledi da dijete ostane živo. Iz tabele V vidi se da na našem materijalu nije ostalo živo nijedno novorođenče sa težinom manjom od 1.500 grama. Perinatalni mortalitet za djecu sa težinom manjom od 1.500 grama iznosio je 100%, od 1.500 do 1.999 grama 41,2% od 2.000 do 2.499 grama 40%, te za novorođenčad od 2.000 grama i više od 34,3%.

Tabela V: Odnos perinatalnog mortaliteta i težine djece

Težina u gramima	Broj rođene djece	Mrtvorodeno i umrlo nakon poroda	Perinatalni mortalitet
Do 999 g.	3	3	100%
1.000 — 1.499	7	7	100%
1.500 — 1.999	17	7	41,2%
2.000 — 2.499	25	10	40%
2.500 i više	67	23	34%
Ukupno	119	50	42%

Od naših 50 slučajeva s mrtvim djetetom u 31 bolesnice fetalna smrt je nastupila prije prijema žene na odjelenje, u toku poroda na odjeljenju došlo je do intrauterine smrti ploda kod 5 porodilja, a nakon poroda umrlo je 13 djece. Od djece koja su umrla nakon poroda 11 je bilo nedonoščadi.

Analiza slučajeva s fetalnom smrću pokazuje da među mrtvom djecom, veliki dio otpada na porodilje koje su došle s mrtvim fetusom.

Ako se isključe slučajevi koji su na Odjeljenju došli sa mrtvim fetusom, te slučajevi sa težinom fetusa manjom od 1.000 grama, te 1 slučaj nakaze koja nije sposobna za život, onda korigirani fetalni mortalitet za naše slučajeve iznosi 18,6%.

Tabela VI: Mortalitet majki i djece kod raznih autora

Autor	Period	Broj slučajeva	Mortalitet		
			majki	perinatalni	korigirani fetalni
Rosenzweig ⁹	1934—55	460	3,47%	50,7%	
Smith ¹¹	1951—56	99	0	23%	
Semmens ¹⁰	1954—57	166	0	15,9%	14,1%
Beilly ¹⁰	1940—46	162	1,23%		28,2%
Smitz ¹⁰	1941—51	112	0,89%		22,3%
Johnson ¹⁰	1939—50	201	0		21%
Macafee ¹⁰	1937—44	177	0,57%		23,5%
Naš materijal	1957—62	116	0,86%	42%	18,6%

KOMENTAR I ZAKLJUČAK: Još u trećoj deceniji našega stoljeća mortalitet majki iznosio je i do 10%, zbog čega je glavna briga akušera bila usmjerena na spašavanje života majke. Da bi se spasio život majke, često puta je žrtvovan život djeteta. Kada se nakon uvođenja carskog reza s odgovarajućom anestezijom, te češćom primjenom transfuzije krvi, mortalitet majki znatno snizio, počela se obraćati sve veća pažnja djetetu, te krajem prve polovine našega stoljeća počinje nova faza u tretiranju placente previje s tendencijom da se snizi još uvijek jako visoki perinatalni mortalitet.

Pošto je visoki procenat prevremenih poroda jedan od glavnih uzroka visokog fetalnog mortaliteta kod placente previje, danas se nastoji da se što više smanji broj nedonoščadi. S tim u vezi prestaje važiti staro pravilo da se u interesu majke, zbog neočekivanog i profuznog krvarenja, mora što hitnije intervenirati i dovršiti porod čim se postavi dijagnoza placente previje. Danas je većina ginekologa usvojila ekspektativni princip tretiranja placente previje prolongiranjem trudnoće što bliže termi-

nu poroda kod svih slučajeva koji zbog profuznog krvarenja ne zahtijevaju hitno dovršenje poroda. Na taj način smanjuje se broj prevremenih poroda, a time i perinatalni mortalitet.

Kako većina naših slučajeva, s obzirom na udaljenost i loše saobraćajne veze, dolazi sa obilnijim krvarenjem u toku poroda, mi smo ekspektativni postupak mogli primijeniti na vrlo mali broj naših pacijentica te je 64,5% naših slučajeva porođeno prvi dan hospitalizacije. Posljedica toga je visoki procenat nedonošćadi, što se svakako odražava na perinatalni mortalitet kod naših slučajeva placente previje.

Među opstetričarima ne postoji jedinstveno mišljenje o načinu poroda kod placente previje. Dok aktivisti smatraju da je kod svakog slučaja placente previje, uključujući i slučajeve marginalne pa i nisko sjedeće posteljice, indiciran carski rez, pristalice konzervativne škole smatraju baš obrnuto, da kod većine slučajeva porod treba da ide vaginalnim putem i da broj sekcija ne smije biti veći od 15 do 20%.

Ipak danas većina autora smatra da je carski rez kod placente previje najsigurnija metoda i za majku i za dijete, a procent sekcija kreće se od 60 do 90%.

Što se tiče načina poroda mi se priključujemo stavu naših vodećih klinika te smatramo da je kod totalne placente previje indiciran carski rez u interesu majke, bez obzira da li se radi o živom ili mrtvom djetetu. Za vaginalni porod odlučujemo se kod marginalne i parcijalne placente previje s mrtvim djetetom kao i kod slučajeva u kojih postoje mali izgledi za opstanak djeteta na životu. Kod ostalih slučajeva placente previje odlučujemo prema samom slučaju, a naša odluka ovisi o stanju žene, tipu placente previje, velični i stanju djeteta, prezentaciji, te o raznim drugim faktorima koji se inače uzimaju u obzir pri donošenju odluke za porod vaginalnim ili abdominalnim putem.

Prilikom izvođenja carskog reza većina autora preporučuje istmični poprečni rez, dok neki daju prednost klasičnoj sekciji¹² jer žele izbjeći jako vaskularizirani donji uterini segment. Mi smo radili korporealni carski rez samo kod slučajeva u kojih je izvršena sterilizacija. Kod mladih žena koje će još rađati ne radimo korporealni carski rez zbog veće opasnosti od rupture uteri prilikom sljedećih poroda, jer nikada nismo sigurni da će naše ženke iz brdskih naselja, ukoliko ponovo zatrudne, doći da se porode u bolnici. Zbog tih razloga je na našem materijalu izvršena sterilizacija kod 46% žena u kojih je učinjen carski rez zbog placente previje.

Što se tiče opstetričkih zahvata per vaginam većina autora preporučuje prokidanje vodenjaka te povlačenje nožice kad prednječi zadak. Okret sa ekstrakcijom ploda smatra se opasnim zahvatom koji kod placente previje treba izbjegavati. Izuzetak su slučajevi s profuznim krvarenjem na terenu kod kojih će okret s ekstenzijom ad pedem, spasiti veliki broj žena.

U poređenju s drugim autorima, perinatalni mortalitet kod naših slučajeva placente previje vrlo je visok. Glavni uzrok ovog visokog fetalnog mortaliteta leži u zakašnjoj dolasku naših bolesnica na Odjeljenje. Već smo naglasili, da vrlo mali broj naših žena s umjerenijim krvarenjem traži ljekarsku pomoć u toku trudnoće. Tek nakon obilnog krvarenja kad okolina shvati da je žena u opasnosti, onda se odlučuje da se žena prenese do najbliže zdravstvene ustanove. Kako je potrebno dosta vremena da bolesnice iz udaljenih brdskih krajeva stignu u bolnicu, žene nam dolaze jako iskrvarene i vrlo često s mrtvim djetetom.

Visoki procenat prematurusa, na koji ekspektativnim postupkom, zbog opisanih prilika, nismo mogli znatnije uticati, također velikim dijelom uvjetuje visoki perinatalni mortalitet na našem materijalu.

Nakon ovog izlaganja vidi se da je visoki perinatalni mortalitet, kod naših slučajeva placente previje, posljedica opisanih

prilika
kivati

Ovi
previje
specifič
opasnu
često p
život ž

Rezin

U r
rioda o
kološkc

U t
odnosno

Por
tom pr

Mor
40% Ko

Nag
zaostalč
zbog če

stanju i
Sniž

poboljša

1. Bedford
2. Barjak
3. Dees I
4. Granzo
5. Jović J
6. Kostić
7. Merger
8. Mladen
9. Rosenz
10. Semme
11. Smith
12. Spert
13. Stallwo
14. Tasova

Depar

One
occurring a
Banja Luk
Durin
per cent o
Sectic

prilika našega kraja, a njegovo znatnije sniženje može se očekivati kad dođe do poboljšanja ovih prilika.

Ovim referatom obuhvatili smo naše slučajeve placente previje iz perioda od 1956. do 1962. godine, koja s obzirom na specifične prilike našega kraja predstavlja kod nas naročito opasnu komplikaciju trudnoće, što pored velike smrtnosti djece često puta iziskuje i mnogo napora da bi se spasio ugroženi život žene.

Rezime

U referatu je izneseno 116 slučajeva placente previje iz perioda od 1. I 1956. do 31. XII 1962. godine na materijalu Ginekološko porođajnog odjeljenja Medicinskog centra u Banjoj Luci.

U tome periodu dolazi 1 placenta previja na 109 poroda, odnosno kod 0,94% porodilja.

Porod je dovršen carskim rezom kod 64,6% žena s placentom previjom.

Mortalitet majki iznosio je 0,86%, a perinatalni mortalitet 40%. Korigirani fetalni mortalitet na ovom materijalu iznosi 18,6%.

Naglašeno je da je visoki perinatalni mortalitet posljedica zaostalosti stanovništva ovoga kraja, te loših saobraćajnih veza, zbog čega veliki broj bolesnica stiže na Odjeljenje u teškom stanju i često s mrtvim djetetom.

Sniženje perinatalnog mortaliteta može se očekivati nakon poboljšanja opisanih prilika ovoga kraja.

LITERATURA

1. Alford Ch., Miller A. i Simpson J.: Am. J. Obst. Gynec. 82, 664, 1961.
2. Barjaktarević S.: Akušerstvo, Naučna knjiga, Beograd, 1950.
3. Dees D.: Am. J. Obst. Gynec. 82, 572, 1961.
4. Granzow J.: Placenta praevia, Seitz-Amreich: Biologie und Pathologie des Weibes, IX Band, Urban und Schwarzenberg, 1953.
5. Jović J. i Pleše M.: Zbornik radova IV kongresa ginekologa-obstetričara Jugoslavije 1960. godine 257, 1960.
6. Kostić P.: V. Ginek. akušerska nedelja SLD 137, 1960.
7. Merger R., Vevy J., Melchior J.: Precis d'obstetrique, Masson, Paris, 1957.
8. Mladenović D., Stepanović I., Milojević S.: VII Ginek. akušerska nedelja SLD: 35, 1962.
9. Rosenzweig E.: Radovi Med. fakulteta u Zagrebu, Vol. II, 151, 1958.
10. Semmens J.: Am. J. Obst. Gynec. 77, 63, 1959.
11. Smith K.: Am. J. Obst. Gynec. 77, 55, 1959.
12. Spert H., Guttmacher A.: Obstetric practice, New-York, 1956. Landsbergger Medical Books, Inc.
13. Stallworthy J.: Am. J. Obst. Gynec. 61, 720, 1951.
15. Tasovac S. i Milošević B.: Porodiljstvo, Medicinska knjiga, Beograd—Zagreb, 1962.

SUMMARY

Department of Obstetrics and Gynecology Medical Center Banja Luka

PLACENTA PREVIA

B. Brujić, M. Pleše

One hundred and sixteen cases of placenta previa in 12,641 deliveries occurring at the Department of Gynecology and Obstetrics at the Hospital in Banja Luka, from 1. I 1956. to 31. XII 1962, are presented and discussed.

During this period the incidence of placenta previa was found to be 0,94 per cent or 1:109 deliveries.

Section rate was 64,6%.

The maternal mortality rate was 0,86 per cent.

The perinatal mortality in this material was 40 per cent, the corrected fetal mortality was 18,6 per cent. It is stressed that the high perinatal mortality resulted from the primitive living conditions of the people in this region, of bad traffic communication, because of that many patients come to hospital physically exhausted and very often with the dead child.

Upon the improvement of described conditions in this region, we can expect the decrease of the perinatal mortality.

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

Epid
u je

Ljubi

U
je 15
U
jent je
trajao
1 dan
vak 10
razdob

Grupa

U
nova
u šum
na ulj
u krat
javili
obilni
klimičk
jumu
uvećar

La
bine
samin
Ne
bio je
hemip
Kod s
Histol
na ani
pacijer

Pe
su pri
bele b
vanja:

U
Jetra :

Os
Flokul
lacije,
Neuro

As
Oc
terapij
kontrol
kao i

Grupa

U
veoma
su gas

* Citanc



Epidemijsko trovanje gljivama u jesen 1967. godine*

Ljubica Bošković-Lukić

U jesen 1967. god. na Internom odeljenju našeg Centra lečeno je 15 bolesnika otrovanih gljivama.

U ovoj seriji je bilo 8 muškaraca i 7 žena. Najmlađi pacijent je rođen 1953. god., a najstariji 1915. god. Prosek lečenja je trajao 5—8 dana. Najkraći boravak jednog pacijenta je trajao 1 dan (bolesnik je samovoljno napustio bolnicu), najduži boravak 10 dana. Ove intoksikacije su se dogodile u vremenskom razdoblju od 1. do 10. oktobra 1967. god. Svi su bolesnici izlečeni.

Grupa bolesnika s dugom inkubacijom

U ovoj grupi je bilo 7 pacijenata. Jedna porodica od 5 članova otrovala se gljivama, koje je domaćin porodice sam brao u šumi. Gljive su prema opisu bile smeđe i crvene boje. Pržene na ulju jeli su svi članovi porodice. Posle inkubacije od 18 sati, u kratkom vremenskom razdoblju od 1 časa, kod svi su se javili prvi znaci trovanja: gađenje, povraćanje, vrtoglavice, obilni vodenasti prolivi i opšta malaksalost. Pri prijemu u kliničkom nalazu postojala je umerena osetljivost u epigastrijumu i ileocekalnoj regiji. Jetra nije bila ni kod jednog pacijenta uvećana. Bila je zapažena umerena dehidracija.

Laboratorijski nalazi: Se, krvna slika, glikemija, ureja, bilirubinemija, alkalna fosfataza, flokulacione probe, serumske transaminaze i urin nisu pokazivali patološke vrednosti.

Neurološki nalaz 4 pacijenta iz gore spomenute porodice bio je normalan. U jedne bolesnice iz ove kuće nađena je hemipareza desno. Posle 3 dana popravio se neurološki nalaz. Kod svih 5 bolesnika načinjena je aspiraciona biopsija jetre. Histološkim pregledom dobijenog materijala nađena je diskretna aniyocitoza hepatocita s dosta lipofuscina. Encefalogram svih pacijenata je bio normalan.

Poslednja 2 pacijenta iz ove grupe, bračni par D. M., jeli su pripremljene gljive koje je muž sam nabrao. Gljive su bile bele boje. Posle inkubacije od 16 časova javili su se znaci trovanja: Gađenje, povraćanje, vrtoglavica i obilni prolivi.

U kliničkoj slici postojala je osetljivost u epigastrijumu. Jetra nije bila uvećana.

Osnovni laboratorijski nalazi su bili u fiziološkim granicama. Flokulacione probe, serumske transaminaze, AF, faktori koagulacije, krvna slika i urin nisu pokazivali patološke vrednosti. Neurološki nalaz je bio u granicama normale.

Aspiraciona biopsija jetre nije urađena.

Odmah po prijemu pacijentima je ordinirana rehidraciona terapija (infuzija fiziološkog rastvora, kortizonski preparati) uz kontrolu krvnog pritiska, antibiotici širokog spektra, Vitamin K kao i vitamini iz grupe B.

Grupa pacijenata sa kratkom inkubacijom

U ovoj grupi je bilo 9 pacijenata. Zajednički simptom je veoma kratka inkubacija, od pola do 1 časa. Prvi znak trovanja su gastrointestinalne tegobe, povraćanje i obilni vodenasti pro-

* Citano na Sastanku Gastroenterološke sekcije BiH u Jajcu 13—14. IV 1968.

livi. Prema anamnestičkim podacima dobivenim od D. M. i D. N. dva brata od 14 odnosno 15 god. jeli su gljive bele boje, koje su sami nabrali u šumi. Posle inkubacije od pola sata javio se intenzivan bol u epigastrijumu s gađenjem i povraćanje s obilnim prolivima.

Prilikom prijema postojala je izražena osetljivost u epigastrijumu. Jetra nije bila povećana. Krvna slika, leukociti i urin su b. o. Flokulacione probe, bilirubinemija, serumske transaminaze, Fe, AF flokulacione probe su bile u granicama normale. TA 100/60, 12 časova posle trovanja TA: 110/70. Zenice, pri prijemu su uske, 12 sati kasnije su normalno široke, jednako kružne, reaguju na svetlost i akomodaciju. Encefalogram oba pacijenta, načinjen dan posle prijema, odstupao je od normalnog; nalaz talasi teta niske amplitute u jednog pacijenta, a sporadično su se javljali talasi delta u drugog pacijenta.

Kod ostalih 7 bolesnika iz ove grupe, gde je inkubacija posle uzimanja belih gljiva trajala od pola sata do nepun sat, pojavio se intenzivan bol u epigastrijumu, povraćanje, obilni vodenasti prolivi i opšta malaksalost. U kliničkoj slici kod svih pacijenata dominirala je opšta malaksalost, umeren bol u epigastrijumu i znaci umerene dihidratacije. Jetra nije bila povećana. Neurološki nalaz je bio u svih pacijenata normalan. Krvna slika i urin su b. o. Hepatogram, serumske transaminaze, sideremija i alkalna fosfataza nisu pokazivali patološke vrednosti.

Svim pacijentima iz ove grupe načinjen je EEG koji je bio u fiziološkim granicama.

Kod 8 od ovih bolesnika načinjena je i aspiraciona biopsija jetre. Histološkom analizom dobivenog materijala, zapažena je poliferacija Kupferovih ćelija, a u hepatocitima je nađena manja količina lipofuscina, sitne kapljice masti, a na periferiji režnjača i glikogenska degeneracija jedara hepatocita.

Odmah po prijemu svim pacijentima ordinirana je rehidraciona terapija, kortizonski preparati i antibiotici širokog spektra.

Svi bolesnici iz ove grupe su se vrlo brzo oporavili i posle boravka od prosečno 5 dana izlećeni otpušteni kući.

Komentar

Do danas je poznato oko 75.000 vrsta gljiva sa oko 2.850 rodova rasprostranjenih po svim kontinentima.

Zbog velike morfološke sličnosti između jestivih i otrovnih gljiva s proleća i jeseni česte su pojave alimentarnih trovanja gljivama. Do danas nisu pronađene sigurne metode razlikovanja otrovnih od neotrovnih gljiva. Hemijskom analizom utvrđeno je da pojedine vrste gljiva sadrže otrovne supstancije. Iz gljive *Amanita phalloides*, do danas je izolovano 5 toksina: faloidin alfa, beta i gama, amanitin i faloin. Markiranjem ovih supstancija sa radioaktivnim sumporom 35, zapažena je elektivna fiksacija ovih toksina u hepatocitima, naročito snažno vezivanje za mitohondrije, a nešto slabije za mikozome. Neposredno posle iniciranja otrova registrovana je radioaktivnost nad jetrom, u bubrezima i mozgu, kao i u perifernoj krvi, dok je radioaktivnost u mišićima mnogo slabija. U početku ovi toksini mobiliju glikogen, pa dolazi do smanjenja glikogena u jetri i inhibicije glikogeneze. Takođe je smanjena i sinteza proteina.

Gljive iz roda *Amanita*: *Amanita muscaria*, *A. phalloides*, *A. virosa* i *A. verna* su morfološki veoma slične nekim jestivim gljivama, pečurkama i vrganjima, te se lako zamenjuju i stoga su vrlo čest uzrok teškim trovanjima.

Zavisno od vrste konzumiranih gljiva, trovanja gljivama su podeljena na intoksikacije sa kratkom inkubacijom od pola do 4 sata i trovanja sa dugom inkubacijom od 6 do 24 sata.

Intoksikacije sa kratkom inkubacijom izazivaju gljive iz roda *Tricholoma* i roda *Lactarius*, koje su slične pečurki i rujnici, a rastu po šumama istovremeno kad i jestive gljive.

Intoksikacije sa dugom inkubacijom od 6 do 24 sata su teže prirode, naročito u dece. Izazvane su gljivama iz roda *Amanita*, tj. *A. phalloides*, *A. verna*, *A. muscaria* i *A. virosa*.

Zajednički simptom je akutni gastroenterocolitis i znaci dehidratacije.

Kod trovanja sa dugom inkubacijom posle ove faze može se javiti druga kojom dominiraju znaci toksičnog oštećenja jetre, bubrega i centralnog nervnog sistema.

Zaključak

Kao što se vidi, u posmatranih 15 naših bolesnika prvi klinički znaci nastaju ili veoma kratko iza konzumacije gljiva (pola do 1 sat) ili posle duže inkubacije (6 do 24 sata).

Početak je bio nagao, sa gađenjem, bolom u epigastrijumu, povraćanjem, bolom u muskulaturi i umerenim padom krvnog pritiska.

Postojala je verovatnoća da je intoksikacija nastala u naših bolesnika posle uzimanja gljiva iz roda *Amanita* i *Tricholoma*, pa se moglo očekivati oštećenje jetrenog parenhima zbog toksičnih supstancija, koje gljive iz roda *Amanita* sadrže. Međutim, u svih bolesnika koji su lečeni na našem odeljenju, kliničkom slikom je dominirao gastrointestinalni sindrom, bez znakova oštećenja jetre. Samo kod dva pacijenta u elektroencefalogramu utvrđene su prolazne patološke promene, koje u kasnijem kontrolnom pregledu nisu bile evidentirane. U ostalih pacijenata elektroencefalogram nije pokazivao patološke promene.

Svi pacijenti su se brzo oporavili, uz primenu navedene terapije i sa odeljenja su otpušteni kao izlečeni.

U ponovljenim kontrolnim pregledima klinički i biohemijski nalazi su ostali u fiziološkim granicama.

LITERATURA

1. M. Gaultier, J. P. Benhamou, J. Caroli, Ch. Debray i L. Leger: *Présse med.* 76, 575, 1968.
2. M. Gaultier, L. Oreal, E. Fournier, J. P. Benhamou, P. Gervais i C. Sicot: *Présse med.* 73, 2349, 1965.
3. Viktor Petrovšek i Leo Matajc: *Pro Medico* 4, 67, 1967.
4. Medicinska enciklopedija 4, (425), 1960. g. Encikl. Zavod FNRJ, Zagreb.

RESUME

Service Médecine, Centre médicale de Banja Luka

INTOXICATION EPIDEMIQUE PAR LES CHAMPIGNONS

Ljubica Bošković-Lukić

Dans un groupe de 15 malades avec intoxication par les champignons, les premiers signes cliniques apparaissent très tôt (une demi heure au uné heure après la consommation) ou bien après une incubation prolongée (6 à 24 heures).

Le début était aigüe, avec nausée, douleurs à l'épigastre, vomissement et malaise dans la musculature, ainsi qu'un abaissement de la tension artérielle.

Il est très probable que l'intoxication a été provoquée par les champignons des espèces Amanita et Tricholoma. Par conséquent on pouvait s'attendre à l'endommagement du parenchyme hépatique par les substances toxiques contenues dans les champignons de l'espèce Amanita. Pourtant, chez nos malades le tableau clinique était dominé par le syndrome gastro-intestinal sans signes de dysfonction hépatique. Des troubles électroencéphalographiques éphémères n'ont été enregistrés, que chez deux malades. Ils ne pouvaient pas être vérifiés pendant un examen de contrôle. Chez les autres l'EEG était normal.

Tous les malades, passaient vite dans la période de reconvalescence au traitement décrit et sortaient guéris.

Pendant les examens cliniques et biochimiques répétés les résultats étaient dans les limites physiologiques.

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

Dva s

Zvonin

Pose
nosnog l
pl...ikar
stanku c
uspjele i
jenti dor
transplan
pa je po

Defel
jalne i n
čari bav
različitih
zuje izgle
različitih
tupe sile,
tak reko
sa čela (t
tren, Né
usnice Bl
jedine m
bilo samo
tra...ie s
nosno kri
su se, da
strane. K
deće nap
F. Smith-
line, odgo
ženim ru
strane pr
brazdi sku
slobodnim

Znača
se dovolj
odgovaraju
tubulusa. l
transplant
srpasti tu
nosnog kr
izvana od
je k...adi
se presječ
mjesto. Ma
kožnim tra
ove metod
nog transp

Ideja l
transplanta
je sa oduš
Jedna od š
uške. Četvi
slojevima i
presijeca tr

Dva slučaja plastike nosnog krila

Zvonimir Klepac

Posebno mjesto među povredama lica zauzimaju ozljede nosnog krila, pa je stoga potrebno iznijeti određena gledišta o plastikama nosnog krila uopće. 1963. godine na sekcijском са- stanku otorinolaringologa BiH u Sarajevu prikazali smo slučaj uspjele reimplantacije desnog nosnog krilač Rijetko kada pacijenti donesu odsječeni dio, a metoda reimplantacije i slobodne transplantacije je nesigurna i neprihvatljiva kao metoda izbora, pa je pouzdanije rekonstrukciji nosnog krila pristupiti plastikom.

Defekte nosnog krila možemo podijeliti: na totalne, parcijalne i na defekte ruba nosnog krila. Decenijama su se plastičari bavili ovim problemom, pa su tako i stvarane metode različitih kozmetičkih efekata. Defekat nosnog krila više unakazuje izgled nego defekat vrška nosa, koji nastaje kao posljedica različitih bolesti: lupus, sklerom, tumori, a često kao posljedica tupe sile, ugriza ili kongenitalno. Težak je i veoma složen zadatak rekonstrukcija nosnog krila. Ranije se upotrebljavala koža sa čela (Dieffenbach, Langebeck, Szymanovski), sa lica Dupuytren, Nélaton, Lexer, sa ruke Nélaton i Ombrédanne, sa gornje usnice Blaudin, sa zdrave strane nosa Busch, Szymanovski. Pojedine metode imale su istu grešku, da je novo nosno krilo bilo samo izvana pokriveno kožom. Granulirana ploha s unutrašnje strane brzo se skvrčila i kroz to deformirala ne samo nosno krilo, već također i vršak nosa. Suvremeni autori trudili su se, da nosno krilo prekriju kožom s vanjske i s unutrašnje strane. Kao metode za plastiku nosnog krila vrijedno je slijedeće napomenuti: Za srednje velike defekte izrezuje se koža po F. Smith-u iz obližnje nazolabijalne brazde, ili iz najbliže okoline, odgovarajuće veličine, uvrne se prema unutra i sa osvježenim rubom defekta sašije. Tako je nosno krilo i sa unutrašnje strane pokriveno kožom. Sekundarni defekat u nazolabijalnoj brazdi skupi se i sašije, a nosno krilo s vanjske strane pokrije slobodnim kožnim transplantatom.

Značajno je istaći metodu New i Gillies. Uz rub kose načini se dovoljno dugi srpasti tubulus. Iz sredine uške uzme se odgovarajući komadić kože i hrskavice, te ušije uz rub srpastog tubulusa. Defekat na ušnoj školjci odmah se prekrije slobodnim transplantatom kože. Kada smo se osvjedočili, da je dugi i uski srpasti tubulus oživio, njegov se kraj presječe i sašije u defekat nosnog krila. Na taj način dobije se nosno krilo sastavljeno izvana od kože čela, s unutrašnje strane je koža uške, a između je komadić hrskavice. Kada se transplantat primio, kožni režanj se presječe, a ostatak srpastog tubulusa sašije na svoje ranije mjesto. Mali sekundarni defekat na čelu zacijeli, ili se prekrije kožnim transplantatom. Oblik nosnog krila se dotjera. Nezgoda ove metode je što dugo traje i neizvjesnost trokratnog slobodnog transplantiranja.

Ideja F. König-a 1902. godine, da se upotrebi kao slobodni transplantat komad ušne školjke sa svim slojevima, primljena je sa oduševljenjem, ali zbog čestih neuspjeha je napuštena. Jedna od Šercerovih metoda je šivanje tubulusa s glave na helix uške. Četvrti tjedan prenaša odgovarajući komad uške sa svim slojevima na defektno nosno krilo. Nakon isto toliko vremena presijeca tubulus na nosu koji ponovno vraća na ušku, kako bi

ispravio i pokrio nastali defekat na uški. Kao posljednje rastavlja tubulus, vraćajući ga na prvobitno mjesto na glavi. Nosno krilo se dotjera. Vrijedno je spomenuti modificiranu metodu po Ivanishevits-u. On sašije kažiprst desne ruke na helix desne uške, fiksira ruku, a nakon najmanje tri tjedna prenaša komad srasle uške sa svim slojevima na defekat nosnog krila ponovno fiksirajući ruku. Nakon četiri tjedna presjeca vezu kažiprsta od transplantata, kojim je prekrrio defektno nosno krilo. Sekundarni defekat na uški prekriva slobodnim kožnim transplantatom iza uha. Zbog dugog trajanja ova metoda se manje upotrebljava.

Kod druge metode po Šercer-u, gdje nedostaju sva tri sloja nosnog krila, sluzokoža, hrskavica i vanjska koža, rub je oštro odsječen, a od nosnog krila postoji jedan mali uski dio. Četvrtasti lapen od nosne piramide se otpreparira, prevrne i u osvježene rubove defekta ušije, tako da je novo nosno krilo sa unutrašnje strane prekriveno kožom. Trokutasti dio iznad četvrtastoga kao suvišan i nepotreban se odstrani. Lapen u nazolabijalnoj brazdi otpreparira se od podloge tako dugačak da se pod unutrašnji rub nosnog krila uvrne, a na ranjavoj površini piramide nježnim šavovima sašije. Veliki sekundarni defekat ispod oka prekrije se rotacijom kože na licu. Da bi se uspjelo to izvesti, potrebno je žrtvovati još jedan mali trokutasti dio kože na licu. Na taj način izbjegne se siguran ektropijum vjeđe. Da bi se dobio potpuno ravan rub na licu i da bi se ovalni rez mogao pravilno sašiti, potrebno je odstraniti na licu još jedan trokutasti komadić kože. O načinu reza i šivanju uvelike ovisi uspjeh operacije. Efekat ove operacije je vrlo dobar. Nosni otvor dobije se dovoljno širok i nema tendenciju stenoziranja. Nadalje, prednost ove operacije je u tome što se izvodi u jednom jedinom aktu, a nakon vađenja šavova pacijent se odmah otpušta sa liječenja.

Prikaz naših bolesnika



Sl. 1

Z. KLEP

Plasti
tod...a n
kružni rez
nim kožni

rastav.
Nosno
metodu
x desne
komad
ponovno
ožiprsta
Sekun-
splanta-
nje upo-

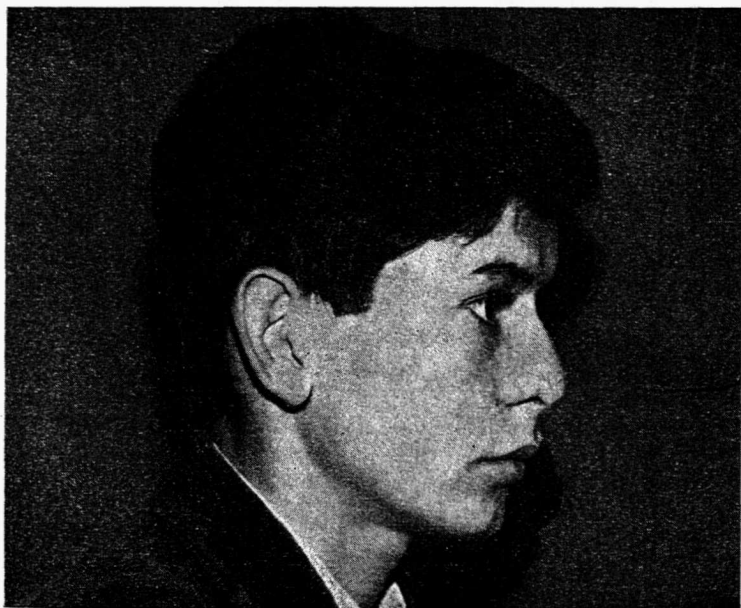
tri sloja
je o
o. Četvr-
u osvje-
krilo sa
ad četvr-
nazolabi-
k da se
površini
defekat
uspjelo
tasti dio
m vjeđe.
e ovalni
licu još
i uvelike
ar. Nosni
oziranja.
di u jed-
e odmah



Sl. 2

Oa psa odgrizeno desno nosno krilo i filtrum nosa

Plastiku nosnog krila izveli smo po drugoj Šercerovoj metodi sa modifikacijom, da smo izbjegli na licu pomoćni polukružni rez. Defekat na licu i filtrum nosa pokrili smo slobodnim kožnim transplantatom.



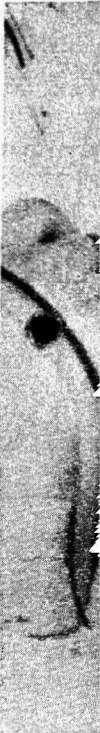
Sl. 3

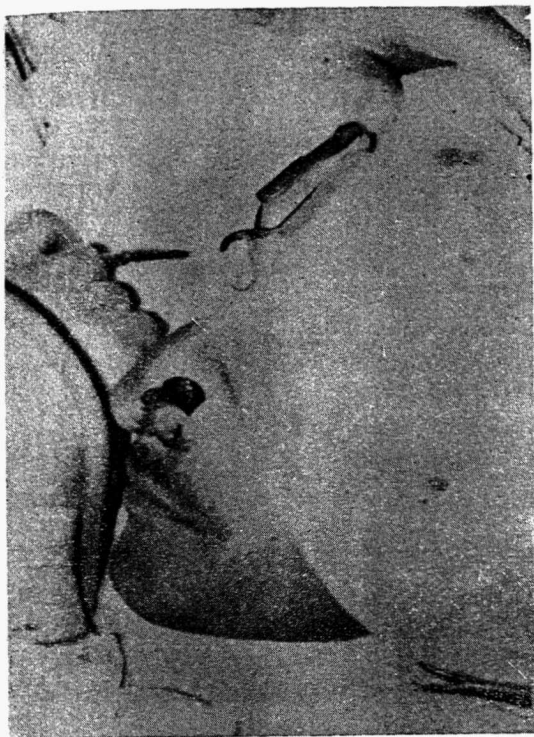


Sl. 4
Rezultat plastike



S 5





Sl. 6



Sl. 7
Od psa odgrizen
dio ruba lijevog
nosnog krila

Iznad defekta otpreparirali smo i rotirali odgovarajući dio kože s nosa, koji se na dnu uvrne prema unutra, tako da je nosno krilo pokriveno kožom s vanjske i s unutrašnje strane. U istom aktu prekrili smo nastali defekat na nosu slobodnim kožnim transplantatom.



Sl. 8

Rezultat plastike

Zaključak

Sve metode za rekonstrukciju nosnog krila, bez načinjene duplikature kože dovodile su do skvrčavanja ne samo nosnog krila, već i vrška nosa, za razliku od onih, gdje je učinjena duplikatura, ishrana transplantata bila je bolja, a plastični efekti povoljniji.

Rezultati slobodne transplantacije i reimplantacije nosnog krila nisu sigurni. Dolazilo je često do nekroza tkiva, pa i unatoč dobrim rezultatima ne može se prihvatiti kao metoda izbora.

Naši slučajevi potvrđuju da modificirana Šercerova metoda bez pomoćnog reza na licu zadovoljava, kao i metoda s rotacijom i uvrtnjem kože s nosa, prikazana kod našeg drugog pacijenta.

LITERATURA

1. Aubry, M. J. S. Girand: Chirurgie fonctionnelle correctrice et restauratrice du nez. Arnette, Paris, 1957.
2. Dufourmentel, Cl.: Reparation de l'aile du nez, par greffe libre de pavillon de l'oreille. J. Chir. 67, 485, 1951.
3. Famon, S.: Otolaryngologie Plastic Surgery, in Otolaryngology Vol. 3, chap. 26 Hagerstown, Prior 1955.
4. Joseph, J.: Nasenplastik und sonstige Gesichtplastik. Curt Kabitsch, Leipzig, 1931.
5. Kirschner, M.: Operationslehre, zweite Angabe, Band, Seite 611—622, 1956.

Z. KLE

6. Kön
39, 17. Ser
in o8. Ser
Nase

Otorhi

Alle
Hautdupl
auch der
ErnährunDie
flügelsir
kann marUnse
Hilfsschni
NasenhautOtorinol
Medicins
Načelnik

učići dio
da je
strane.
bodnim

6. König, F.: Zur Dechnung von Defekten der Naselflügel. Berlin klin. Wschr. 39, 1902.
7. Sercer, A.: Contributo alla soluzione di alcuni problemi di Chirurgia plastica in otolaringologia, Arch. Ital. Otol. 63, 613, 1952.
8. Sercer, A., Müdnich, K., Schmelcher, R., Plastische Operationen an der Nase und an der Ohrmuschel, S. 193, 1962.

ZUSAMMENFASSUNG

Otorhinolaryngologische Abteilung Medizinisches Zentrum in Banja Luka

ZWEI FÄLLE DER NASENFLÜGEL — PLASTIK

Z. Klepac

Alle Methoden der Nasenflügel — Rekonstruktion ohne Ausführung der Hautduplikatur, führten nicht nur zur Einschrumpfung des Nasenflügels sonder auch der Nasenspitze, von jene wo die Duplikatur durchgeführt wurde, war die Ernährung besser, und die plastischen Effekte günstiger.

Die Resultate der freien Transplantation und Reimplantation des Nasenflügels sind unsicher. Oft kam es zur Gewebsnekrose, und trotz guter Resultate kann man sie nicht als Auswahlmethode akzeptieren.

Unsere Fälle bestätigen, dass die modifizierte Sercer's Methode, ohne des Hilfsschnittes am Gesichte zufriedenstelle, so wie die Rotations — Methode und Nasenhaut — Eindrehnung, was bei unseren zweiten Patient dargestellt wurde.

*Otorinolarinološko odjeljenje
Medicinskog centra u Banjoj Luci
Načelnik: prim. dr Zvonimir Klepac*

načinjene
nosnog
učinjena
ni efekti

nosnog
va, pa i
metoda

metoda
rotaci-
drugog

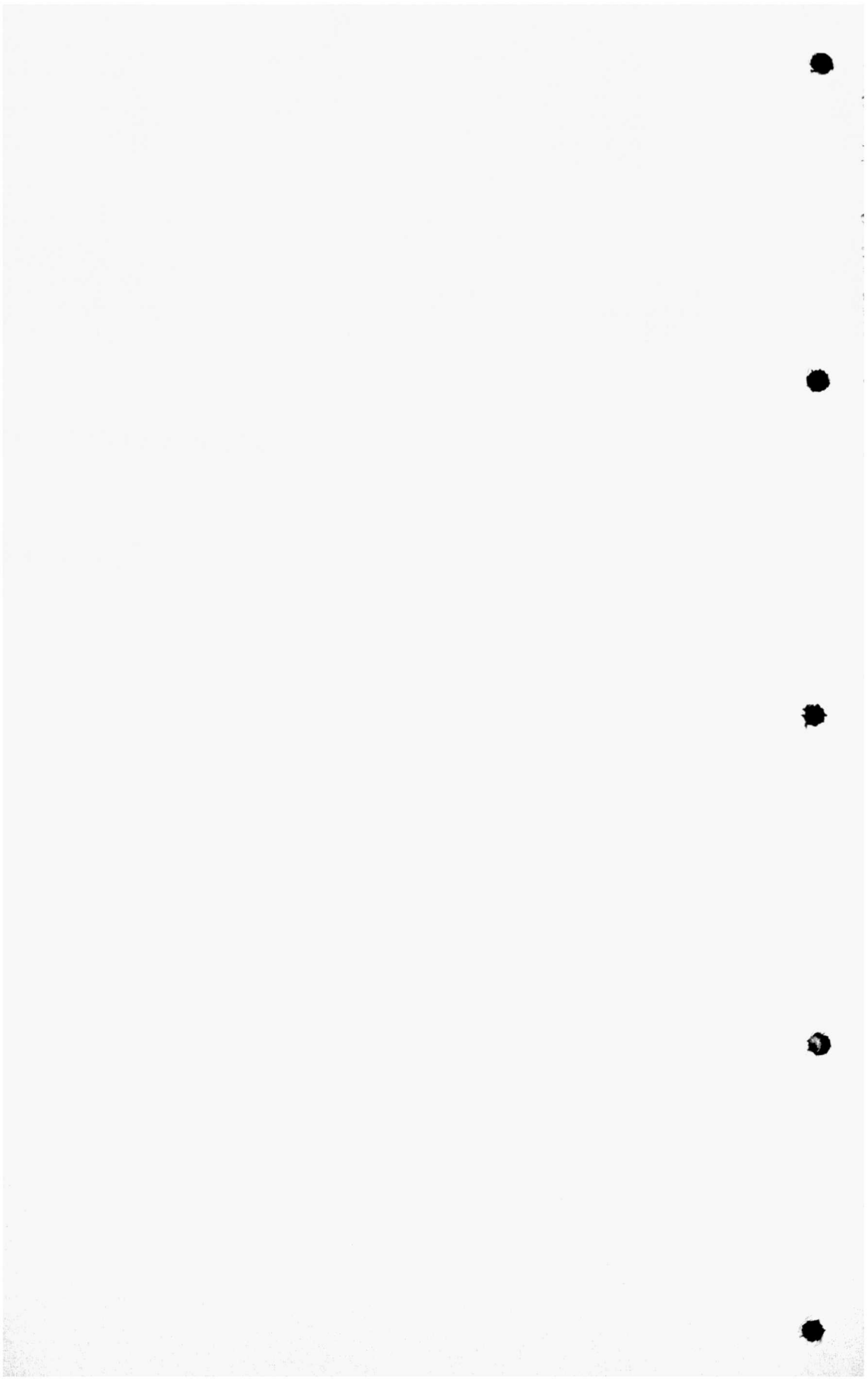
restauratrice

de pavillon

3, chap. 26

nitsch,

22, 1956.



Da li je torzija adneksa rijetkost u ginekološkoj kazuistici?

Franjo Ćurić

Nakon što je Rokitansky (1860. g.) prvi opisao torziju adneksa, mnogi su se autori bavili ovim problemom (Regard 1933, Shaw, Novak 1949, Abbas 1955, Blair 1962, Schultz 1963, Gowan 1964, Lee 1967. te Robins, Mondor, Rouchö, Berger i dr.).

I u našoj literaturi je dosta autora (1—18) referiralo o ovoj temi. Većinom su to pojedinačno publicirani slučajevi.

Među ginekološkim slučajevima akutnog abdomena sve do nedavno nije se pridavala tako velika važnost pojavi torzije genitalnih organa (uterus, tuba, ovarium) kao i njima pripadajućih tumora. U dosadašnjem razmatranju ove pojave uvijek se stavljao akcent na veliku rijetkost ovog oboljenja (1, 19—25) što je i uvjetovalo da se rijetko postavlja primarno ispravna dijagnoza. U tim okolnostima većinom se sumnjalo na druga stanja akutnog abdomena (akutni apendicitis, ektopična trudnoća, ileus, invaginacija i sl.). Smatramo da bi naš stav o tom problemu trebalo revidirati i njegovo tumačenje postaviti na realnu osnovu i tako torziji adneksa, kao i tumorima koji im pripadaju, osigurati odgovarajuće mjesto u kazuistici ginekološkog akutnog abdomena.

Naš materijal

Izuzimajući ektopičnu trudnoću koja svojom učestalošću dominira u kliničkoj pojavi abdomena (a.a.) na našem Odjeljenju (26) torzija adneksa kao i tumora koji im pripadaju po svojoj učestalosti dolazi na *drugo* mjesto. Upravo ovakva frekvencija ove pojave nagoni nas na razmišljanje da se detaljnije zabavimo ovim problemom. Slična je pojava zapažena na Gin. akuš. klinici u Beogradu u vremenu od 1. I 1960. do 1. XI 1964. godine. (12)

Na prikazanom devetogodišnjem materijalu (tabela br. 1) vidi se da torzija adneksa predstavlja 2,5‰ od ukupnog broja laparatomiranih bolesnica. Učestalost je prema godinama varirala od 1,3‰ u 1962. g. do 3,9‰ u 1963. godini.

Tabela br. 1

Godina	1958.	1959.	1960.	1961.	1962.	1963.	1964.	1965.	1966.	Ukupno
Br. lap	368	167	275	338	306	229	242	229	233	2397
Torzije	10	6	6	5	4	9	6	8	7	61
Postotak	2,7	3,5	2,1	1,4	1,3	3,9	2,4	3,4	3,0	2,5

Prema vrsti torkviranog objekta imamo ovakav odnos.

Tabela br. 2

Cysta ovarii simplex	30
Cysta parovarialis	6
Cysta tuboovarialis	2
Cystadenoma pseudomucinosum	4
Teratoma dermoides cysticum	4
Pyo-hydro-haemato salpinx	10
Zdrava tuba	5
Ukupno	61

Iz ove je tabele uočljivo da je torzija ovarijalne ciste najčešća u odnosu na ostale slučajeve (49,1%). U toku ovih devet godina imali smo ukupno 140 slučajeva cistično seroznih tumora ovarija, gdje je dakle u 21,4% došlo do pojave torzije što daleko premaša postotak torzija svih ostalih vrsta tumora. Ovakva frekvencija je razumljiva kako s obzirom na brzinu rasta tumora tako i s obzirom na kvalitet sadržaja te njegovu dugu petlju, a ovi svi momenti predisponiraju nastajanju torzije.

U istom vremenskom razmaku imali smo ukupno 38 slučajeva parovarijalne ciste. Učestalost torzije iznosi 15,7%, dok se u odnosu na ostale torkvirane tumore desila u 9,8%. Ovakvo snižen postotak torzije kod ove vrste tumora posljedica je posebnih anatomskih odnosa ovog tumora prema okolnim organima koji otežavaju nastajanje ove pojave.

Kod tuboovarijalne ciste imamo znatno rjeđu učestalost torzije. Od 37 slučajeva torzija se javila u 5,4%, dok u odnosu na ostale torkvirane tumore ona iznosi 3,2%. Ovakvo nizak procenat je logičan s obzirom na upalne i adhezivne promjene, koje često prate ovu vrstu tumora i na taj način sprječavaju njezin mehanizam nastanka.

Cystadenoma pseudomucinosum kao i teratoma dermoides cysticum imaju jednak procenat torzije tj. 6,5% u odnosu na druge torkvirane tumore. Međutim, u odnosu na ukupan broj cystadenoma u dotičnom periodu torzija se javila u 9,09%, dok smo u istom razdoblju na 64 slučaja dermoidne ciste imali torziju u 6,2%. Prema drugim autorima (6) torzija dermoidne ciste se javlja u 3—10%.

Interesantno je napomenuti da smo u odgovarajućem periodu imali 27 slučajeva karcinoma ovarija ali ni u jednom slučaju nismo našli pojavu torzije. Mnogi autori (19, 21, 27—30), zastupaju mišljenje da brzina razvoja procesa kod malignih tumora sputava nastajanje torzije, mada ona ni pod ovakvim okolnostima nije apsolutno isključena (17, 31). Poznato je da benigni tumori imaju daleko veću sklonost nastajanju torzije, što je uočljivo i iz našeg prikaza.

Torzija kod patološki promijenjene tube (pyo-hydro-haemato-salpinx) na našem materijalu se javila u 16,3% ili u odnosu na broj laparatomija u 0,41% (Mirković 0,12%, Kusovac 0,08%, Vrbanić 0,05%).

Upada u oči da smo među slučajevima torzije imali u 8,19% torziju zdrave tube. Torzija zdrave tube odnosno zdravih adneksa je izvanredno rijetka pojava (19, 20, 22, 23, 29), te se takve publikacije rijetko susreću (7, 13—15, 18—20, 22, 23, 29, 32). Način postanka ove pojave kod zdravih adneksa je veoma teško protumačiti. Zato za Bahary-a »the mechanism of torsion of a normal tube or adnexa is unknown« (20). Ne postoji neko plauzibilno tumačenje koje bi izdržalo oštriju kritiku, dok je ista pojava u slučajevima patološko promijenjenih adneksa logičnija i lakše prihvatljiva (22). Torziju zdravih adneksa nalazimo dosta često na kirurškim odjelima (3, 6, 19, 20, 23) među našim malim pacijentima koji tamo zalutaju pod dijagnozom invaginacije crijeva ili akutnog apendicitisa. Ova je dijagnoza s obzirom na uzrast i dob bolesnica više vjerovatna dok se manje misli na mogućnost kakvog ginekološkog oboljenja. Sarason i Prior (24) su opisali 4 slučaja torzije zdravih adneksa kod djevojčica od 5—13 godina, Schultz, Newton i Clatworthy kod pet djevojčica ispod 13 godina, Neel (cit 23) kod trogodišnjeg, a Parkinson (cit. 21) kod 14 mjesječnog djeteta. Inače kod odraslih osoba Harbilas (29) je na 954 gin. operacije imao dvije torzije zdrave tube, Bahary (20) pet slučajeva, Mirković (12) dvije na 54 slučaja torkviranih tumora, Pavlović (14) 4 slučaja na 2090 operacija.

Keller (22) navodi da je torzija zdrave tube skoro nemoguća, dok je utoliko lakše moguća ukoliko postoje izvjesne

patolo
Za Hz
nejasr
Pr
strani
statist
našim
21 pu

Tabela

Godina

Cysta
simple

Cysta
dermo

Cysta
parova

Cysta
tuboov

Cystad

Ca. ov

Uku p

Sv:

adneks
zadeše

da sm
tumora

re.
adneks

Ludvig
Feldma

veoma

Iz
koja d

dermoi
17,5%

Uč
tumore

berger

Tu
mucino

sve ost

Ovi
(6,5%)

I. o l

Pos
nastanl

zadovol

1. l

dosta 1

pojedini

povećan

mora (

torzije

i bolesn

patološke promjene na samoj tubi ili u njezinu susjedstvu. Za Harbilasa (29) ostaje »torzija adneksa slučajna a etiologija nejasna«.

Prema nekim autorima (19, 29), pojava torzije na desnoj strani je i do sedam puta češća nego lijevo, mada na velikim statističkim prikazima ona ne dolazi do izražaja (25). Među našim slučajevima 40 puta smo imali torziju desne strane a 21 put lijeve.

Tabela br. 3

Godina	1958.	1959.	1960.	1961.	1962.	1963.	1964.	1965.	1966.	Torzije	Ukupno
Cysta ovarii simplex	12	12	13	17	11	7	14	10	14	30	140
Cysta dermoides	6	—	5	4	9	10	7	10	9	4	64
Cysta parovarialis	4	5	2	5	3	3	3	4	3	6	38
Cysta tuboovarialis	4	—	3	4	3	4	4	5	8	2	37
Cystadenoma	5	6	3	4	3	6	5	3	5	4	44
Ca. ovarii	7	2	3	4	1	4	1	4	1	—	27
Ukupno	38	25	29	38	30	34	34	36	40	46	350

Svakako će biti od interesa komparirati odnos torkviranih adneksa i njihovih tumora prema ostalim ovarijalnim tumorima zadešenim u odgovarajućem periodu. Iz tabele 3 proizilazi da smo u toku devet godina imali 365 operiranih adneksalnih tumora, uključujući u ovu skupinu i torkvirane adneksalne tumore. Procenat torkviranih tumora u odnosu na netorkvirane adneksalne tumore javlja se u 16,7% (Semino i Alessandri 16,3%, Ludvig 20%, Sellheim 35%, Vachnadse 13,9%, Polichetti 13,4%, Feldmann 10,35%). U svakom slučaju amplituda pojavljivanja je veoma široka od 2,4%—50% (Mayer).

Iz tabele se također uočava da pored ciste ovarija simpleks, koja dominira svojom učestalošću sa 38,3% nalazimo veliki broj dermoidnih cista koje se u odnosu na ostale tumore javljaju u 17,5% (Kostić 15%).

Učestalost parovarijalne ciste u odnosu na ostale ovarijalne tumore iznosi 10,4% (Kusovac 8,65%, Kermauner 9,09%, Nurnberger 9,38%, Kiss 11,1%).

Tubeoovarijalna cista se desila u 10,1%, a cistadenoma pseudomucinosum u 12,05%, te karcinoma ovarija u 7,3% u odnosu na sve ostale tumore ovarija.

Ovdje bismo mogli napomenuti da smo u četiri slučaja (6,5%) imali koicidenciju graviditeta i torzije.

Etiologija

Postoji više teorija kojima se služe autori u tumačenju nastanka torzije, ali nijedna od njih ne uspijeva u potpunosti zadovoljiti (22, 25, 33).

1. Mehanički faktor: ovo je tumačenje veoma ubjedljivo i dosta prihvatljivo. U ovom slučaju promjena statičkog stanja pojedinog organa dovodi do početne torzije, čemu još pridonosi povećanje intraabdominalnog pritiska, te kvalitet sadržaja tumora (Sellheim). U prilog ovoj teoriji svakako ide učestalost torzije kod manualnih radnica, dok se rjeđe javlja u službenica i bolesnica drugog socijalnog statusa. Tako je Hammer (cit. 25)

našao omjer 68:32% u korist radnica. Kao direktan uzrok navode se nagle kretanje: dizanje tereta (13) trčanje (14) savijanje, košenje, udarac, napinjanje, ples, koitus (16). Kao predisponirajući momenti dolaze u obzir ascites, venter propendens, menstruacija a ponekad i trudnoća. Kod ove posljednje uslijed povećane hipermije i sukulencije dolazi do promjene kvaliteta tkiva (Bitmann, Gengenbach cit. 19) koja uvjetuje lakšu mogućnost torzije što osobito važi za slučaj torzije gravidnog uterusa kao i u slučajevima parovarijalne ciste i graviditeta (34). U svakom slučaju pokret, za čiju etiološku vrijednost prediraju brojni autori (Sellheim, Blumm, Küstner, Rogers, Barret cit. 12) i prema našem mišljenju ima prioritarno mjesto.

2. Hemodinamička teorija (Payr 1906) zasnovana na ispitivanju promjena epiploona daje također prihvatljivo tumačenje u slučajevima torzije tube (Alex 19). Pretpostavlja se da uslijed premenstrualne kongestije dolazi do staze u venama jajovoda, koje se izdužuju i padaju prema Duglasu, a kako su arterije manje elastične to se stvara početna torzija koja kasnije uzima veće razmjere. U prilog ovoj teoriji ide i veća učestalost torzije u premenstrualnoj fazi.

3. Anatomsko-embriološke anomalije i nedostaci se često navode kao direktan uzrok torzije. Duge infantilne tube (Rokitskiy, Gengenbach, Warwick, Weiner, Lipsett) viseće tube »trompe flottante« po Michonu, jaka mobilnost (Blumm 1937) i elastičnost adneksa (20, 22), dugi mezosalpinks, te hiperomotilitet tube (Michel, Rogers, Barret) citiraju se kao uzročni faktori torzije. Smatra se (25) da je ponekad kao stimulacija dovoljna pojačana peristaltika crijeva, te eventualno punjenje odnosno pražnjenje debelog crijeva i mokraćnog mjehura. Također patološka stanja tube (Thomas 1954) te upalne promjene (Rokitskiy 1860) kao i prisutnost hidatidnih cista (35) na ampularnom dijelu tube favoriziraju postanak torzije. Warwick, Weiner, Lipsett smatraju da su torzije češće u odraslih, nego u adolescentno doba i to stoga što su u ovih posljednjih »ligamenti koji drže genitalne organe tako kratki i široki da je rizik torzije sveden na minimum«. Nastanak torzije u djece tumači se »relativno dugim jajovodima (Gerloczy) i osobito velikom mobilnošću Schultz cit. 20).

4. U pojedinim slučajevima kao etiološki momenat neki autori (Leriche, Masson cit. 4, 22) uzimaju u obzir inervacionu disfunkciju jajovoda sa strane simpatikusa. Također se smatra i neravnomjeran rast tumora kao potencijalna mogućnost nastanka torzije.

U slučajevima torzije gravidnog ili miomatoznog uterusa smatra se veoma povoljnim faktorom oštećenje suspenzionog odnosno sustenzionog aparata (16). Među našim slučajevima nismo naišli na torziju gravidnog uterusa, ali su ovakvi slučajevi publicirani u našoj literaturi (1, 10, 15, 16).

Frekvencija

Torzija je pojava koja se javlja kako u djece najranije dobi života tako i u žena duboke starosti (3, 12, 19—22, 25). Na našem materijalu starost bolesnica se kreće od 12—55 godina.

Tabela br. 4

God. starosti	12—20	20—40	40—55
Br. slučajeva	9	41	11

Iz ove se tabele vidi da se torzija dešava u svim dobnim skupinama, s dominacijom u zrelih godinama (67,2%) što je i razumljivo s obzirom na fizičku aktivnost žene u tom periodu

avode
koše-
rajući
racija
hipe-
nann,
e što
sluča-
učaju
sutori
a na-

života. Do dvadesete godine života imali smo torziju u 14,7% slučajeva a od 40—55 godine u 18% slučajeva. Ova nas tabela informira da u svakom slučaju bez obzira na dob bolesnice moramo misliti na mogućnost torzije, te u tom smislu izvršiti određena ispitivanja i pretrage.

Prema socijalnom statusu imamo ovakav odnos bolesnica.

Tabela br. 5

Poljoprivrednici	domaćice	radnice	službenice	đaci
30	16	9	4	3

ispiti-
čenje
slije
voda,
terije
izima
orzije

Od ovih bolesnica dvije trećine (40 žena) su pripadnice seoskog stanovništva, a jedna trećina (21 žena) gradskog. Skoro polovica bolesnica (49,9%) se bavi poljoprivrednim poslovima. Ovaj bi podatak govorio u prilog mehaničkoj teoriji u pogledu etiologije.

Pokušavajući analizirati utjecaj sezonskih radova na pojavu torzije prema raznim mjesecima dobivamo ovakav pregled.

Tabela br. 6

Mjesec	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Br. torzija	2	6	5	6	5	5	1	3	10	7	8	3

često
Roki-
tube
(37) i
tilitet
iktori
oljna
osno
pato-
istan-
nom
ipsett
entno
drž
veden
stivno
nošću

Iz priložene tabele se može utvrditi jedino znatniji porast slučajeva torzije u IX, X i XI mjesecu kad se desilo 40,9% od ukupnog broja slučajeva. U VII i VIII mjesecu kao i u I i XII imamo najmanji broj slučajeva svega 14,7%. U ostalim mjesecima broj slučajeva je ravnomjerno raspoređen (44,2%). I ovdje bi se mogao uzeti u obzir mehanički momenat jesenskih poljoprivrednih poslova u nastajanju torzije, s obzirom da se većina bolesnica bavi težačkim poslovima.

sutori
dis-
stra i
t na-

Evidentirajući paritet naših bolesnica dolazi se do činjenice da je 65,5% bolesnica rodilo jednom ili više puta, dok su 34,5% bile nerotkinje. Isto tako je torzija u multipara dvostruko češća nego u nulipara. Prema nekim autorima (25 torzija) u multipara može biti i pet puta češća.

erusa
ionog
vima
sluča-

Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza

Ispravna se dijagnoza preoperativno rijetko postavlja. I u našem slučaju ona je ispravno postavljena samo u 37,7%, dok je u ostalim slučajevima bila pogrešna.

dok
N
včina.

Kod torzije adneksa s obzirom na simptomatologiju kao i kliničku sliku dominiraju simptomi akutnog abdomena. Početak dramatičan, a kasnije gubi nešto na svome intenzitetu. Upravo ovakav tok je u suprotnosti s ostalim diferencijalno dijagnostičkim oboljenjima a.a. kod kojega akutno nastali simptomi i dalje perzistiraju, a opće stanje se sve više pogoršava. Stoga daljim čekanjem klinička slika postaje mutnija a dijagnoza nesigurnija. Zato su mnogi autori (1—4, 19, 20, 22, 23, 32, 36, 37) mišljenja da je dijagnoza torzije veoma teška. Kliničkom slikom preovladavaju ovi simptomi: jaka inicijalna bol (u našim slučajevima prisutna u 98%) sa eventualnom iradiacijom prema mokraćnom mjehuru i ingvinalnoj regiji. Mučnina, znojenje, povraćanje, meteorizam su skoro stalni prateći simptomi, a ponekad je prisutna i metroragija najvjerovatnije zbog staze i pelvične kongestije. Blumberg fenomen pozitivan u većini slučajeva. Inače jaka osjetljivost na pritisak uz izraženi »defence musculaire«. Pri ginekološkom pregledu se uvijek palpira bilo

bnim
je i
riodu

sigurna ili pak nejasna tumefakcija uz osjetljivost Duglasa. U slučaju da je nemoguće izvršiti egzaktan pregled u budnom stanju bolesnice, preporuča se da se isti izvede u narkozi (23). Ovdje je interesantno napomenuti da je mobilnost uterusa većinom veoma dobro izražena i da ona u neku ruku predstavlja »conditio sine qua non« za nastanak torzije. Uterus je uglavnom privučen na bolesnu stranu (Mondor).

Bolesnica je većinom afebrilna, puls mekan, ubrzan, RR snižen. Laboratorijski nalazi ne daju čvrst oslonac za postavljanje dijagnoze. Češća je hiperleukocitoza. Preporučljivo je izvesti punkciju Duglasovog prostora mada je ponekad vrijednost dobivenog sadržaja dubiozna. Ima i potpuno atipičnih oblika torzije bez ikakvih simptoma (35). Stoga je uzimanje dobre i iscrpne anamneze bitno za postavljanje sigurne dijagnoze, pogotovo ako u kliničkoj slici nedostaju smetnje digestivnog aparata i menstrualnog ciklusa (19).

Jedno od najčešćih diferencijalno dijagnostičkih oboljenja je svakako akutni apendicitis, te peritiflitični apsces, eventualno divertikulitis, zbog čega je preporučljiva kolaboracija s kirurzi. Na kirurškim pak odjeljenjima nailazimo na slučajeve dijagnoze invaginacije crijeva, gdje se prilikom operacije utvrđuje torzija adneksa. Među drugim oboljenjima koja diferencijalno dijagnostički dolaze u obzir, nalazi se ektopična trudnoća, prsnuće Grafovog folikula, ili prsnuće neke cistične tvorevine. Simptomi su kod ovih slučajeva slični. Ne smiju se zaboraviti upalna stanja zdjelčnih organa: salpingitis, odnosno adneksitis akuta, te pelveoperitonitis, pielitis pa i urolitijaza koja mogu imponirati kao slučajevi torzije adneksa. Ponekad i oboljenja gornjih partija abdomena mogu da se pogrešno interpretiraju: ileus, holecistitis, holelitijaza pa i ulkus duodeni.

Kao siguran znak prepoznavanja torzije adneksa vrijedi smanjenje veličine palpirajućeg tumora nakon prestanka akutnih pojava (Schacht).

Terapija i patoanatomska dijagnoza

U pogledu terapije ne postoji drugi izbor osim aktivne kirurške intervencije. Istine radi mora se reći da ovdje ne postoji hitnost prvog stepena pogotovo ne »quo ad vitam«, ali je radi spašavanja oboljelog organa i te kako važno što prije intervenirati. Nedovoljno izražena simptomatologija dovodi do kolebanja u pogledu hitnosti te se intervencija odgađa što dovodi do jakog oštećenja zadešenih organa i njihove ireparabilnosti. Na našem materijalu operativni zahvat je učinjen odmah po primitku na Odjel u svega 14,7%, dok je sutrašnjeg dana učinjen u 24,5%. U ostalim slučajevima zahvat je obavljen u roku 5 dana u 44,2%, dok je u 16,3% bolesnica čekala i do deset dana. Ovakvo je stanje slično i u drugih autora, gdje je od početka prvih simptoma prošlo i po mjesec dana do momenta intervencije (3, 9, 13, 14, 19—23, 31, 32) jer su se bolovi u međuvremenu stišali da bi kasnije egzacerbirali. U ovakovim slučajevima nailazimo prilikom laparatomije na teške ireparabilne promjene dotičnog organa, koji ni u kom slučaju nije bilo moguće očuvati. S obzirom na ovakvo stanje mi smo morali u 75,4% slučajeva učiniti adneksotomiju, dok je u 24,6% učinjena salpingektomija. U dva slučaja zbog drugih okolnosti učinjena je totalna ekstirpacija uterusa.

U osobito povoljnim okolnostima može, iako rijetko, doći do detorkvacije tumora (38) prema Vachnadse-u u 1,1%, i do oporavljanja zadešenog organa, dok u drugom slučaju dolazi i do amputacije tumora odnosno adneksa (Meyer, Bingel, Philipp, Schweitzer, Ogórek, Fleischer). Tumor odvojen od osnove može,

iako i
nom
nesme
svaki

Za
isječaj

Na

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

Sto

umbilic

gravidi

obavlja

Sve

Zaklj

Iz

u kom

često i

među r

se u s

obavlja

lakšim.

torzija

broj la

(Mirko

ka frel

jednim

novi, a

sa

trebao

da torz

se na

bolesni

odjeljer

akutnog

starije

metno

jeva to

rijetko

treba s

koje m

sva ost

iako rijetko, biti pokriven omentumom, te dobrom sekundarnom vaskularizacijom dalje ishranjivan, dapače može i dalje nesmetano da raste i da stvara sekundarne komplikacije kao i svaki drugi tumor abdomena (39).

Za vrijeme operacije u 25 slučajeva (40,9%) smo poslali isječak torkviranog tumora na patohistološki pregled.

Nalazi su:

1. Cysta	2
2. Cysta haemorrhagica	6
3. Cysta luteinica haemorrhagica	2
4. Cysta inflammata	1
5. Cysta tuboovarialis haemorrhagica	1
6. Cystadenoma papilliferum	1
7. Cistadenoma pseudomuc. infl.	1
8. Teratoma dermoides cysticum	2
9. Tumor ovarii necroticum	1
10. Tumor granulosa cell. luteinisatum	1
11. Infarctio haemorrhagica	4
12. Salpingitis tuberculosa haemorrhag.	1
13. Salpingitis chronica	1
14. Haematosalpinx	1

Što se tiče operativnog reza uvijek smo pravili tipičan infraumbilikalni rez mada neki autori (4) u slučajevima torzije i graviditeta plediraju za pararektalni rez radi kasnijeg lakšeg obavljanja poroda.

Sve su naše bolesnice zdrave napustile bolničko liječenje.

Zaključak

Iz našeg se referata može konstatirati da pojava torzije ni u kom slučaju ne predstavlja raritet, nego naprotiv da je dosta često i urgentno oboljenje patologije žene. Po svojoj učestalosti među našim slučajevima a. a. ona dolazi na drugo mjesto. Javlja se u svakoj dobi života žene, češće kod multipara i žena koje obavljaju teže fizičke poslove, dok je kod nulipara i žena sa lakšim zanimanjem rjeđe zastupljena. U današnje se vrijeme torzija općenito češće javlja nego prošlih godina. U odnosu na broj laparatomija na našem Odjeljenju torzija se javlja u 2,5% (Mirković 1,1%, Pavlović 0,71%, Grunberger 0,08%). Ovakva razlika frekvencije u poređenju s drugim autorima posljedica je jednim dijelom strukture stanovništva koje gravitira ovoj ustanovi, a dobrim dijelom i prirode operativnog materijala koji se sam sobom nameće neodloživom hitnošću. Ovakav bi procenat trebao odgovarati većini pokrajinskih bolnica. Mora se naglasiti da torzija adneksa predstavlja ozbiljan ginekološki problem i da se na njega mora misliti u svakom slučaju a. a. ginekoloških bolesnika. Posebnu pažnju treba obratiti maloj djeci na kirurškim odjeljenjima gdje ona zalutaju pod dijagnozom invaginacije ili akutnog apendicitisa (3, 19, 20, 23, 32). Ranije mišljenje, da su starije osobe pošteđene fenomena torzije je potpuno bespredmetno s obzirom da samo na našem materijalu u 9,8% slučajeva torzije predstavljaju žene iznad 50 godina starosti. Mada rijetko dolazi do smrti bolesnice nakon ovog oboljenja, ipak ga treba smatrati veoma urgentnim i to zbog njegovih posljedica koje mogu dovesti i do smrti (33, 38) i mora se tretirati kao i sva ostala stanja akutnog abdomena.

LITERATURA

1. Berger, M.: Zbornik rad. II kongres Gin. akuš. Jug. II tom, 153, 1953.
2. Berić, B., Milojković, A., Kolbas, E. i Lukić, V.: S. Arhiv, 3: 379, 1961.
3. Erlač, M.: Med. Arhiv, 3: 41, 1965.
4. Kostić, P. S. Arhiv, 11: 1133, 1960.
5. Kostić, P.: Bilten rad. gin. ak. bol. Beograd, 4: 3, 1964.
6. Kostić, P. i Radović, P.: S. Arhiv, 10: 997, 1960.
7. Kusovac, D. i Vujadinović, Lj.: Zbornik rad. IV kongresa Gin. i akuš. Jug. II tom, 435.
8. Kusovac, D., Marjanov, D., Pešić, B. i Đurić, M.: V gin. akuš. nedelja S. L. D. 31.
9. Kusovac, V.: S. Arhiv, 9: 863, 1962.
10. Lazarov, S.: S. Arhiv, 84: 264, 1956.
11. Mirković, A.: Gin. i obst., 2—3: 137, 1966.
12. Mirković, A., Mladenović, D. i Avramović, D.: S. Arhiv, 3: 277, 1965.
13. Pavlović, S. i Ilić, S.: S. Arhiv, 92: 685, 1964.
14. Pavlović, S., Paunović, P. i Ilić, S.: Gin. i obst., 2—3: 105, 1965.
15. Popović, Z.: Med. pregled, 4: 309, 1954.
16. Prudan, R.: S. Arhiv, 2: 217, 1960.
17. Radivojević, Z. i Bulatović, D.: Gin. i obst., 2: 187, 1967.
18. Zečević, N. i Pavlović, S.: S. Arhiv, 88: 711, 1960.
19. Alex, R.: Zbl. f. gyn., 48: 1894, 1955.
20. Bahary, C. M. i Eckerling, B.: Gynaecologia, 161: 16, 1966.
21. Orunberger, V.: Zbl. f. gyn., 51: 1785, 1964.
22. Keller, R. i Keller, B.: Gynec. et obst., 58: 129, 1959.
23. Koren, Z. i Zuckermann, H.: Gynaecologia, 153: 387, 1962.
24. Sarason, E. L. i Prior, J. T.: Surg. gyn. obst., 107, 6: 771, 1958.
25. Schmied, H.: Biologie und Pathologie des Weibes von Seitz, Amreich Verlag Urban-Schwarzenberg, Berlin, 1953.
26. Čurić, F. i Šalvarica, Lj.: Scripta med., 1: 47, 1966.
27. Cramer, M.: Zbl. f. gyn., 31: 1225, 1952.
28. Denicker, M.: Actualites gynecologique par le Funck Brentano Scient, Franc. Paris, 1953.
29. Harbilas, M.: Bull. fed. d. soc. d. gyn. et d. obst., 3: 276, 1955.
30. Sandler, J. M.: Am. Jour. of Obst. a. Gyn., 76/41: 43, 1958.
31. Tuchel, V., Macarie, R., Timofte, V. i Ionescu, E.: Zbl. f. gyn., 25: 889, 1963.
32. Muller, P., Keller, B., Goldberg, G. i Levy, G.: Bull. fed. d. soc. d. gyn. et d. obst., 11: 183, 1959.
33. Lee, R. i Welch, J.: Am. Jour. of Obst. a. Gyn., 97: 974, 1967.
34. Sarembe, B.: Zbl. f. Gyn., 43: 1508, 1964.
35. Malynas, Y.: Bull. fed. d. soc. d. Gyn. et d. Obst., 14: 419, 1962.
36. Bajraktarević, S.: Ginekologija, Naučna knjiga, Beograd, 1954.
37. Čemerikić, M., Kostić, P. i Basta, Z.: VII ginekološko akušerska nedelja S. L. D. 251.
38. Gowan, L.: Am. Jour. of Gyn. a. Obst., 88: 135, 1964.
39. Bsteh, P.: Zbl. f. Gyn., 28: 922, 1962.
40. Muller—Schmid, P.: Gynaecologia, 144: 69, 1957.

REZIME

Autor je mišljenja da torzija adneksa u današnje vrijeme ni u kom slučaju ne predstavlja raritet u patologiji žene. U vremenu odl. I 1958 — 31. XII 1966. godine sakupljen je 61 slučaj torzije adneksa što čini 2,5% svih laparatomiranih bolesnica. Starost bolesnica od 12—55 godina. Među njima nađeno je pet slučajeva torzije zdrave tube. Nije rijetkost da se torzija zdravih adneksa nađe na kirurškim odjeljenjima osobito kod djece pod dijagnozom apendicitisa ili invaginacije crijeva.

Iz našeg materijala proizilazi da je torzija češća u višerotki i žena sa sela nego u nerotkinja i žena s lakšim zanimanjima. Mortalitet nije bilo.

Mađa se slučajevi sa torzijom operiraju relativno kasno, treba postaviti dijagnozu čim prije kako bi se spasio oštećeni organ.

I
du tor
— 31.
2,5%
parmis
pas ra
particu
dicite
les an
agne,
La mo
B
cations,
qu'il es
Služba
Medic
Načeln

RESUME

Service de Gynécologie et Obstétrique, Centre Médical, Banja Luka

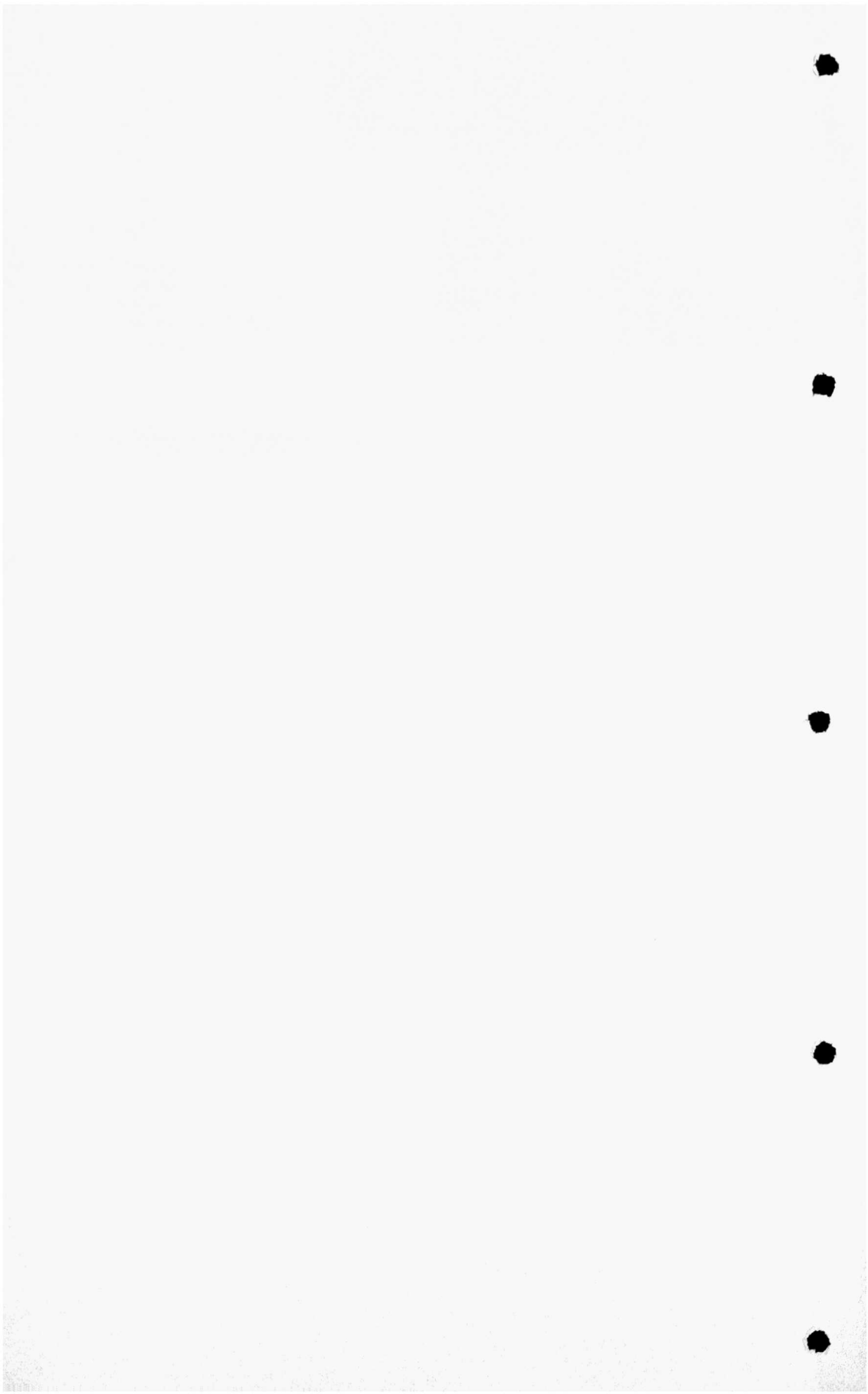
LA TORSION DES ANNEXES EST-ELLE RARETÉ
DANS LA MORBIDITÉ GYNÉCOLOGIQUE?

F. Curic

L'opinion de l'auteur est que la torsion des annexes ne présente aujourd'hui du tout la rareté dans la pathologie de la femme. Dans la période de 1. I 1958. — 31. XII 1966. ans, il y avait 61 cas de la torsion des annexes, ce que fait 2,5% de toutes les laparatomées. Ces sont les femmes âgées de 12—55 ans parmi lesquelles il y en a cinq avec la torsion de la tube saine. Il n'est pas rare qu'on trouve la torsion des annexes saines dans le service de chirurgie particulièrement chez les adolescents où ils ont été diagnostiqués comme l'appendicite aiguë ou l'invagination. De la matériel traité provient, que la torsion des annexes est plus fréquentée chez les multipares et les femmes de la campagne, que chez les nulipares et les femmes occupées par les travaux légères. La mortalité n'est pas notée.

Bien que les cas avec la torsion soient opérés en retard sans complications, il faut donner la peine à mettre la diagnose et faire l'opération plus tôt qu'il est possible pour sauver le tissu d'organ atteint.

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



Neki aspekti psihokutanih manifestacija

Aleksandar Vasiljević i Milan Ferković

Syndeham je već 1681. godine uočio da psihogeni i neurovegetativni poremećaji izazivaju promjene na koži. On je opisao angioneurotički edem kod »histeričnih oboljenja«. Turner je 1726. dove u vezu rosaceu sa psihičkim depresijama. Bateman 1829. smatda da između dishidroze i stanja straha postoji povezanost. Damon 1868. u svojoj knjizi »Neuroze kože« dijeli neuroze kože na anestetične i hipestetične. Očito je da se radilo o histeričnim (konverzivnim) promjenama osjeta, koje su kasnije zaslugom Charcota vanredno opisane i eksperimentalno dokazane. Damon je prvi uvidio da psihogeni poremećaji iz seksualne sfere igraju važnu ulogu kod pruritusa vulve. Austrijski dermatolog Kreibich je, takođe, došao do zaključka da psihogeni poremećaji imaju veliki utjecaj u nastanku mnogih kožnih oboljenja (psihogena utrikarija). U Francuskoj je Charcot sa svojom školom intenzivno klinički i eksperimentalno radio na tom području. Posljednjih godina Borelli u Minhenu i Obermayer iz Amerike naročito se bave problemom psihokutanih oboljenja. I u Sovjetskom Savezu se tim oboljenjima posvećuje znatna pažnja. Interpretacija psihokutanih oboljenja zasniva se na učenju Pavlova o uslovnim refleksima.

Tijelo je jedini dio čovjekova svijeta koji on osjeća iznutra i uočava izvana. Osjećaj tijela kao cjeline i osjećaj egzistencije organizma su nerazdvojivi. Svijest o egzistenciji tijela pod normalnim uslovima je neprimijetna, indiferentna u podsvijesti.¹ U stanjima pojačanog libida, straha i patoloških procesa ta svijest može da se bitno izmijeni. Tjelesna svijest počiva na specifičnim čulnim osjetima, koji se mogu podijeliti u tri grupe: u osjete s površine tijela (termičke, taktilne i bolne senzacije), u opažaje prostornosti te kretanja i senzacije organa. Doživljavanje vlastitog tijela je usko povezano s nagonском sferom. Na nastanak psihosomatskih poremećaja utiču automatski mehanizmi, a njihovo ponavljanje dovodi do fiksacije određenih funkcionalnih poremećaja (u smislu uslovnih refleksa Pavlova). Brojni poremećaji mogu se u svojoj osobenosti objasniti doživljajima, situacijama i konfliktima s okolinom (histerični mehanizam). Histerični fenomeni stoje u vezi s psihičkim predstavama, namjerama i ciljevima. Izbor organa na koje se projiciraju razni psihosomatički poremećaji zavisi od vrste poremećaja i ima nesumnjivo simbolično značenje. Bolesnik izražava nesvjesno kroz svoje »bolesne« organe da je situacija u kojoj se nalazi neizdržljiva. Obično su zahvaćeni srce i krvni sudovi (palpitacija, bolovi u predjelu srca, parestezije i slično), pluća (astma), digestivni organi (aerofagija, aerokolija, bolovi, grčevi, povraćanje, mučnina, opstipacija, proliv). Pri tome su smetnje organa izraz nečega što svjesna volja ne može da izrazi ili drugim riječima manifestacije organsko-vegetativnih smetnji su odraz konfliktata koji ostaju u određenim situacijama nerazriješeni.¹

Koža prima vanjske i unutrašnje stimuluse, a kao vanjska granična površina tijela igra osobito važnu ulogu u postavljanju granica ličnosti prema okolini (Zaidens, Brandt, Seitz).³

Koža je organ na kojem veoma često psihogeni faktora (stress) izazivaju reakcije. Fenichel smatra da koža ima nekoliko bitnih osobina koje su od važnosti za nastanak ovih mehaniza-

ma. To je zaštitna funkcija u odbrani preko vazomotornih kutanih reakcija, kao posljedica konfliktnih situacija, naročito u seksualnoj sferi, lako dolazi do somatski alteracija kože, ako se ima u vidu da je koža jedna od najvažnijih erogenih zona. U konfliktnim situacijama s okolinom pacijenti mogu da nanose sami sebi razne ozljede često s ucjenjivačkom svrhom.³

Prilikom etiološkog razlučivanja kožnih promjena psihogenog porijekla treba razlikovati dvije grupe:

- a) nesvjesno izazvane promjene (histerična reakcija),
- b) svjesno izazvane promjene koje imaju određeni cilj (ucjenjivačka reakcija).

Treba naročito naglasiti da nema karakterističnih kožnih promjena koje su patognomonične za određeno psihičko stanje.

Ljekari su u većini slučajeva neskloni da prihvate pretpostavku da su neke lezije na koži nastale svjesnom ili nesvjesnom aktivnošću bolesnika, iako raspored lezija i morfološka slika nesumnjivo ukazuju na to da se radi o artefaktima.

Postoji više sistematizacija promjena na koži uslijed psihogenih faktora. U »Handbuch«-u Jadasshon-a data je sljedeća podjela:

1. Dermatochalasia (Fournier),
 2. Neurotičke ekzorijacije mladih djevojaka (Brocq),
 3. Trichotillomania (Hallopeau) — epilacioni tik Raynaud-a,
 4. Fobije i parazitoza (osjećaj gmizanja pod kožom).²
- Lewis i Cormia predlažu sljedeću podjelu dermatoza koje su uvijek psihičke po porijeklu:

1. Dermatitis factitia (artefacta),
2. Neurotičke ekzorijacije,
3. Trichotillomania,
4. Acarophobia.

Čini nam se da je najzgodnija klasifikacija po Brandt-u koja se osniva na psihosomatskim mehanizmima odgovornim za stvaranje raznih tipova oboljenja. Mi smo je modificirali ovako:

1. oštećenja kože uslijed manipulacija pacijenata (prisilna neuroza), u ovu grupu spadaju sve automutilacije i ekcemi ruku uslijed čestog pranja,
2. senzoričke neuroze (pruritus),
3. patološki pojačane fiziološke psiho-somatske reakcije kože (nervozna hiperhidroza),
4. psihoneurotska urtikarija,
5. promjene kod vegetativno stigmatiziranih osoba (znojenje krvavim znojem, pojava krvavljenja uslijed religioznih ekstaza) — stigmatizacija.

Dermatoneuroze se mogu sresti u pacijenata oboljelih od blagih neurotičkih manifestacija do teških depresivnih i paranoidnih psihoza.

Nije uvijek jednostavno i moguće dermatologu razlučiti da li se radi o primarno arteficialnim promjenama ili o primarnim dermatozama koje su arteficialno svjesno ili podsvjesno pogoršane.

I iskusni dermatolozi mogu da previde trihotilomaniju i da stanje proglašavaju alopeciju areatu, a da ne govorimo o brojnim slučajevima iz opšte prakse, koji se pogrešno interpretiraju kao ekcemi, erizipel, dermatitis, mikoze i slično.

U ovome radu osvrnućemo se prvenstveno na artefakte kože (dermatitis factitia) izazvane nohtima ili kaustičnim sredstvima. Vrlo je teško anamnestički eruirati materiju ili predmet kojim je izazvana određena lezija na koži, jer bolesnici vrlo uporno odbijaju od sebe svako sumnjičenje i izjavljuju, ukoliko uopšte hoće da se upuste u razgovor, da su lezije nastale spontano.

Bez obzira na način izvođenja lezija, one uvijek imaju nekoliko karakterističnih osobina. Tipično je na prvom mjestu da su takve lezije uvijek pristupačne desnoj ruci, te su zbog toga većina

promjen
ge gdje
noga pri

Bizaj
mjena n
nija jer
i linearn

Naši
analizi, a
datke po
tuozni m
čaja mar
bilje
podatak
mutilacij
situacijar

h kuta-
u sek-
se ima
U kon-
se sami

psihoge-

),
cilj

kožnih
stanje.
pre b-
vjesnom
slika ne-

d psiho-
deća po-

ocq),

n).²
oza koje

dt-u koja
i za wa-
ovako:
(prisilna
cije i ek-

akcije

uslijed

oljelih od
h i para-

zlučiti da
o primar-
odsvjesno

aniji da
o brojnim
tiraju kao

fakte kože
redstvima.
t kojim je
orno odbi-
opšte hoće

naju neko-
estu da su
oga većina

promjena jače izražena na lijevoj polovini tijela s izuzetkom no-
ge gdje su na desnoj nozi lezije češće lokalizovane, jer je desna
noga pristupačnija desnoj ruci od lijeve noge.

Bizarnost kliničke slike u većini slučajeva artefijelnih pro-
mjena na koži odmah upada u oči. Ona je utoliko karakteristič-
nija jer postoji izrazita oštra omeđenost lezija (ukoliko erozije
i linearne ekskoriacije ukazuju na mehaničku manipulaciju.

Naši bolesnici nisu bili podvrgnuti temeljitoj psihijatrijskoj
analizi, ali je i svakodnevno promatranje uz anamnestičke po-
datke pokazalo da gotovo u svim slučajevima postoje konflik-
tuozni momenti ili latentna depresija. Nije bilo ni jednog slu-
čaja manifestne psihoze. Od 11 pacijenata, koliko je obrađeno,
bilo je 9 žena, 1 odrasli muškarac i 1 muško dijete. I ovaj
podatak ukazuje na to da su žene u znatnoj mjeri sklonije auto-
mutilacijama kada se nađu u stanjima depresije i konfliktnim
situacijama.



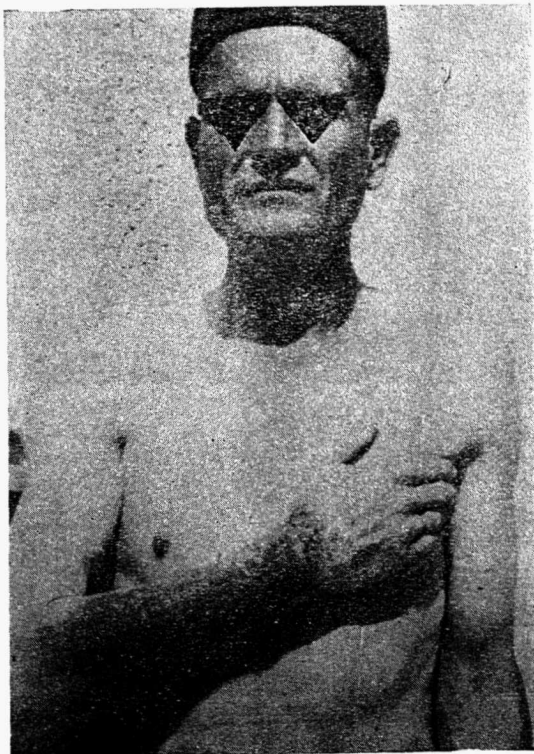
Slika 1.

A. M. 32 godine, domaćica, udata, dvoje djece. Bolest
traje 4 mjeseca, stalno recidivira. Status localis: na pregibu
lijevog lakta vidi se plak veličine dlana, oštrih granica,
svijetlocrvene boje. U centru plaka koža je erodirana i
vlažna a na ivici erozije vide se krpičasti dijelovi epiderma.
S unutrašnje strane ove lezije pruža se prema podlaktici
jedan jezičak koji se naglo sužava i prekida, što ukazuje
na manipulaciju nekim kaustičnim sredstvima. Postoji jaka
hiperhidroza i vrlo izražen dermografizam. Bolesnica ima
izrazito depresivan i nezadovoljan izraz lica, te njeno po-
našanje govori za psihički faktor iako ona negira bilo kakav
konflikt i manipulaciju na koži.



Slika 2.

E. Lj., 18 godina, učenica u privredi, neudata. Sadašnja bolest traje navodno dvije godine, povremeno nestaje i ponovo se javlja. Ima oca i majku, pet sestara i jednog brata koji žive na selu. Ona živi kod drugog brata u gradu već tri godine. Negira konflikte u porodici. Na poslu zadovoljna. Status localis: na desnoj potkoljenici se vide brojne sitne erozije i ekskoriacije u linearnom rasporedu. Postoji vrlo jako izražen dermografizam i jaka hiperhidroza. Maljavost je jače izražena na desnoj potkoljenici. Bolesnica hospitalizirana i liječena oblozima i indiferentnim mastima. Lezije su se smirivale i pogoršavale nezavisno od terapije. Kod djevojke od 18 godina pojačana maljavost je estetski defekt koji može da djeluje neurotizirajući.



Slika 3.

B. Z., 38 godina, penzioner. Pacijent ima kožne promjene mjesec dana. Žali se na bolove i mravinjanje u ramenu i čitavoj desnoj ruci. Tvrdi da nije mazao ruku nikakvim mastima. Status localis: na vanjskoj strani desne podlaktice koža je intenzivno crvene boje, erodirana i kvasi. Na periferiji lezije postoji ostaci sitnih mjehurića. Premda kod ovog pacijenta kao jedinog u našoj grupi postoji organski nalaz (Encephalopathia post traumatica, Syndroma extrapyramidale, Pseudoneurasthenia gravis) artefakt je uslovljen namjerom bolesnika da pomoću novih oštećenja dođe do povoljnijih uslova za sticanje penzije.



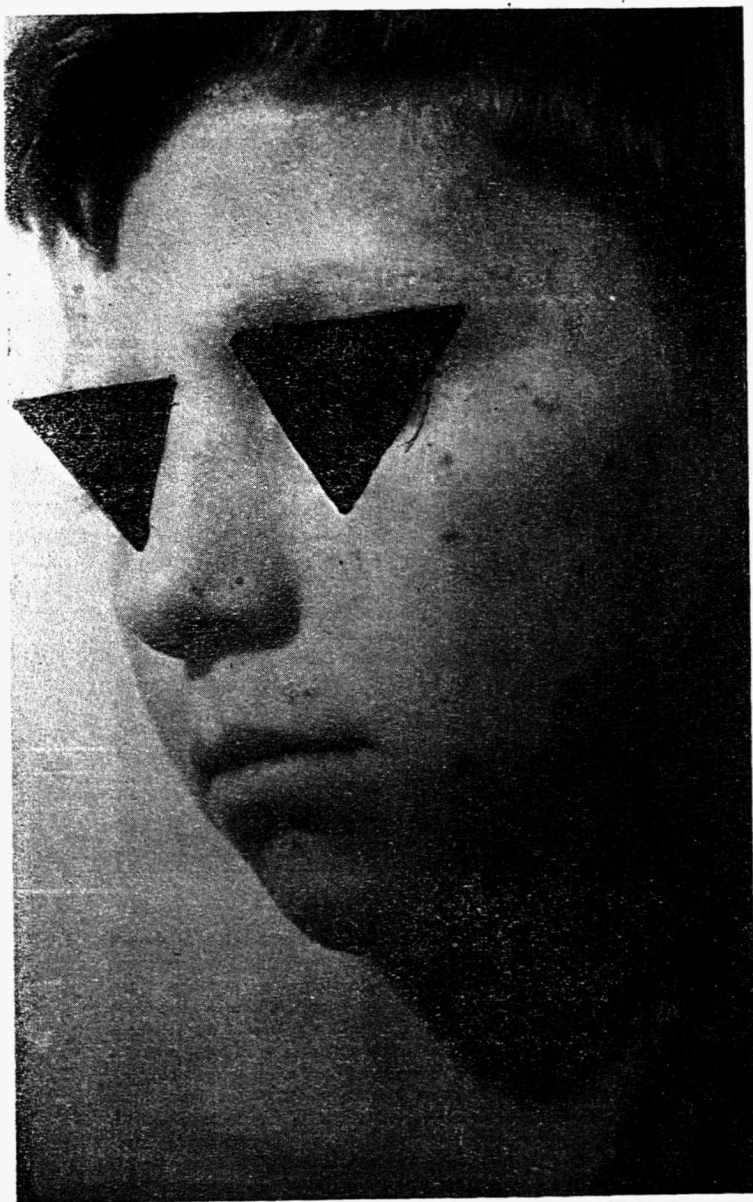
navodno
t sestara
već tri
a desnoj
ispoređu.
je jaće
lozima i
od tera-
oiji može



Slika 4.

R. M., 16 godina, učenica. U porodici ima još troje braće i sestara. Slabo uči, ponavljala dva razreda, zbog čega dolazi do trzavica u porodici. Bolest traje, navodno, šest mjeseci. Liječio ju je njezin ordinirajući ljekar, koji sam kaže da ne zna šta bi više ordinirao, jer lezije nikako ne prolaze. Status localis: po čitavoj koži lica vide se brojne erozije i ekskoriacije u linearnom rasporedu, koje se protežu uglavnom od gore lijevo do dolje desno, što pokazuje na manipulaciju desnom rukom. U ovom slučaju još je mnogo uočljiviji psihogeni momenat. Bolesnica je lagano intelektualno reducirana, zakazuje u školi, vrlo negativistički nepristupačna analizi, depresivnog izraza lica.

B. S.,
Majka
ranica
da čest
se broj
pregled



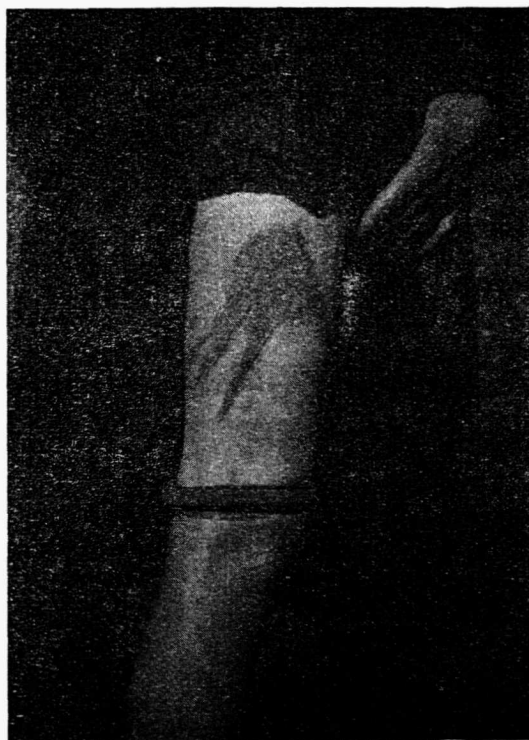
Slika 5.

B. S., 12 godina, učenik, sa sela, porodična i lična anamneza bez osobitosti. Majka dovodi dijete na pregled i izjavljuje da je kod djeteta došlo do stvaranja ranica na licu iznenada. Dječak pohađa 4. razred osnovne škole. Majka se žali da često izostaje s nastave i da nije dobar đak. Status localis: po koži lica vide se brojne, vrlo sitne linearne ekskoriacije i erozije. Za vrijeme psihijatrijskog pregleda plače i ponaša se vrlo plašljivo. Očito je da mu bolest služi kao utočište.

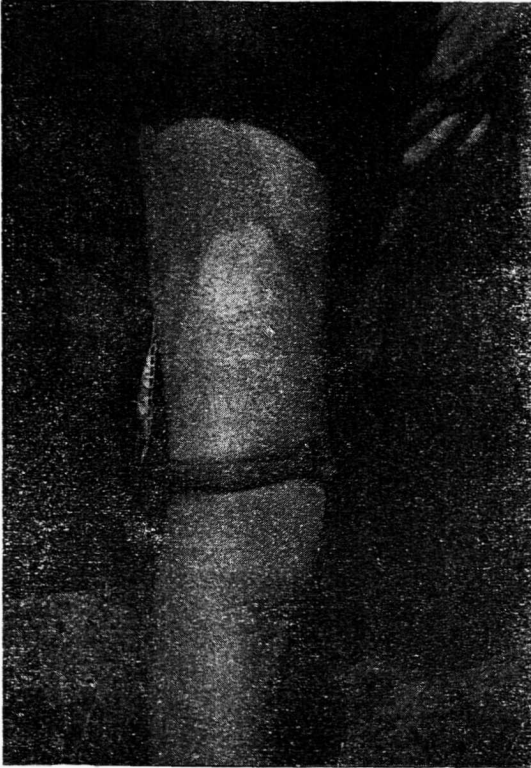


Slika 6.

M. R., 37 godina, domaćica sa sela. Na pregled je dovodi sestra koja izjavljuje da bolesnica nigdje ne izlazi iz kuće, da je povučena i neudata, pa je zbog toga porodica i poznanici napadaju i okrivljuju. Sama bolesnica izjavljuje da sadašnje promjene ima nekoliko mjeseci, da se inače loše osjeća, ima glavobolje i nesаницe te već duže vremena pojačane i neredovite menstruacije. Promjene na licu joj, navodno izbijaju iznenada, preko noći. Status localis: po koži lica vide se erozije i ekzorijacije nepravilnog oblika, oštih granica, koje su pokrivene smeđecrvenkastim krustama. Oko lezija nema upalnog haloa. Regionalne limfne žlijezde nisu povećane. Bolesnica je izrazito psihomotorno kočena, emocionalno je bez topline, a kontakt sa nešto teže uspostavlja. U razgovoru izbjija žaljenje što je ostala neudata i što je zbog toga u selu nerado gledaju, ali smatra da to nije njezina krivica.



Sl. 7.



Slika 7a.

B. P., domaćica, 31 godina. Status localis; na sredinji lateralne strane desnog bedra vidi se eritem koji po obliku i veličini potpuno odgovara ispruženoj desnoj šaci bolesnice. Boja je eritema smeđkasto crvenkasta i na vitropresiju ne iščezava. Na pojedinim mjestima se vide sitna tačkasta folikularna krvavljenja. Postoji jako izražen dermografizam i hiperhidroza. Bolesnica tvrdi da je ova promjena nastala zbog vlažnog i lošeg stana, a ima i druge probleme jer je muž hronični alkoholičar. Psihički je veoma primitivna, hipohondrična, ali nema drugih upadnih promjena. Negira automutilacione tendencije. Bolest omogućava bolesnici bar kratko izbavljenje iz teške i nepodnošljive situacije, a ujedno joj omogućava da svakome može očigledno pokazati kako ima loš i vlažan stan zbog čega je došlo do oboljenja na koži.

Z.
uvi
kož
nog
dje
pre
i i
stir
jezi
lusi
tiva
čes



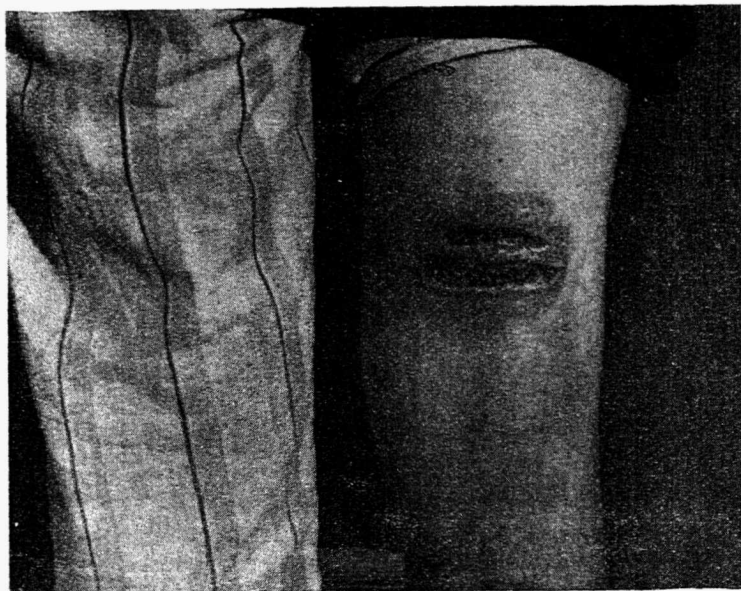
Slika 8.

Z. J., 25 godina, domaćica, žena lugara, 5 godina u braku, bez djece. Ranije uvijek bila zdrava. Tvrdi da od prije tri mjeseca ima stalno neke promjene na koži. Muž, koji je doveo ženu na pregled, vrlo je zabrinut i uplašen zbog njezinog zdravstvenog stanja. Izjavljuje da je vrlo često na putu i da bi želio da ima djecu, ali ne zna do koga je krivica. Status localis: na vrhu lijevog ramena, s prednje strane vidi se plak veličine dva dlana, okruglastog oblika, oštrih granica, u čijem se centru nalazi bula mlohavog pokrova, ispunjena smeđkastocrvenkastim tečnim sadržajem. Prema pazušnoj jami pruža se jedan izdanak u obliku jezička koji se postepeno sužava i iščezava. Na lijevom obrazu u predjelu angulusa mandibule postoji slična, samo nešto manja lezija. Mikološki nalaz negativan. Ove promjene kod bolesnice mogu se objasniti željom da muža, koji je često na terenu, boešću veže za sebe iz straha da će ga izgubiti.



Sl. 9.

S. D
na k
Statu
stavl
cija
oštar
cima
odbi
je i
tim,
koje



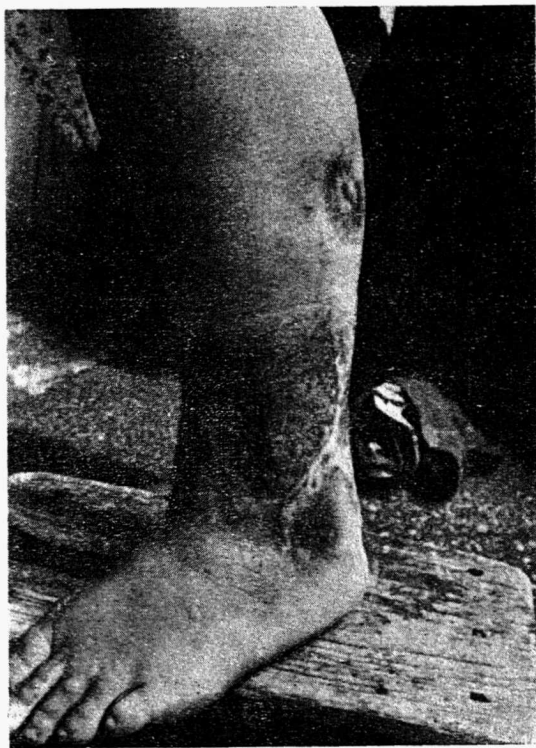
Slika 9a.

S. D., 15 godina, učenica, ima oca, majku, brata i sestru. Izjavljuje da promjene na koži ima već više od godinu dana, zbog čega je stacionarno liječena dva puta. Status localis: na stražnjoj strani desne natkoljenice vide se dvije paralelno postavljene ulceracije, od kojih je donja nešto šira i duža od gornje. Dno ulceracija je vlažno i prekriveno sitnim crvenkastim granulacijama. Rub ulceracija je oštar. Bolesnica je hospitalizirana i u toku liječenja žalila se na bolove u jajnicima i mokraćnom mjehuru zbog čega je upućena urologu i ginekologu, ali je odbila da se pregleda. Bolesnica negira bilo kakvu automutilaciju. Raspoložena je i djeluje vrlo staloženo. Bez upadnih psihičkih promjena. U razgovoru, međutim, izjavljuje da joj je kod kuće dosadno i da nije zadovoljna s mjestom u kojem živi i da bi rado ostala u većem gradu.



Slika 10.

A. F., 24 godine, neudata, spremačica. Sadašnja bolest prema izjavi bolesnice počela je iznenada prije osam dana. Žali se na težak posao koji joj ne odgovara i na radno vrijeme (poslijepodnevna smjena). Status localis: na lijevoj ruci od sredine nadlaktice do sredine podlaktice vidi se nekoliko bula do veličine jajeta, mlohavog pokrova. Na dva mjesta postoje oštro omeđene erozije do veličine dlana. Bolesnica je najprije ambulantno liječena, ali kako nije dolazilo do vidnog poboljšanja primljena je u bolnicu, gdje je pod oblozima i indiferentnim mastima tek poslije nedjelje došlo do definitivnog smirenja. Psihički je bolesnica introvertirana, kontakt se nešto teže uspostavlja. Bolest joj pomaže da se privremeno oslobodi nepovoljne situacije na radnom mjestu.



Sl. 11.



Slika 11a.

B. Lj., 36 godina, domaćica udata. Žali se na bolove u ušima i svrbež po tijelu. Pati od amenoreje. Ležala u dva navrata u bolnici u 1967. godini, svaki put po tri nedjelje, zbog ulceracija na lateralnom maloleusu lijeve potkoljenice. Za vrijeme boravka u bolnici ponašala se vrlo nedisciplinovano, nije se pridržavala kućnog reda, nije redovno uzimala hranu a jednoj je bolesnici plaćala po 200 dinara da umjesto nje namješta krevet. Od januara do maja ponovno ležala u bolnici i dva puta je vršena plastika po Tiersch-u. Poslije mjesec dana ležanja u bolnici nastaju na licu erozije i kruste koje liče na impetigo. Poslije transplantacije dolazi do postepene resorpcije transplantata, tako da je izvršena druga transplantacija, ali i ovaj transplantat je resorbiran.

Status localis: na lateralnoj strani lijeve potkoljenice vidi se erozija u veličini opružene šake, blijedocrvene boje, vlažna, s ostacima transplantata. Iznad ove erozije postoji jedna manja, veličine dvodinarka. Koža u okolini ulkusa je smečkasto pigmentirana i na njoj se vidi jako izražena hipertrichoza. Ove hipertrichoze nema na desnoj potkoljenici.

Na koži lica i leđima interskapularno vide se brojne linearne ekskoriacije paralelno postavljene, koje su djelimično prekrivene impetigo krustama.

Psihički: djeluje lagano depresivno, izjavljuje da je već pet godina nezadovoljna bez razloga, voli samoću i smeta joj društvo. Interesantno je da je to jedini pacijent koji priznaje automanipulacije, izjavljujući da ne može da se uzdrži od tih radnji.

A. VASI

Ka
rađeni
bitno,
stva i
kliničk
nih pr
kom k

Pot
posljed
ćaja (s
vnu z
nje po
cije ko
nizam
moguć
jačane
dijence
ta oslo
krvnog
sniženc
ekskrec

Na
činjen
dine sp
i zajed
pupnju

Z a k l j

Psi
od str
ljenja.

Pri
psihoka
dermat

U
provok

Uk
calno:

- 1) Jasper
- 2) Jadass
Bd. I
- 3) Obern
- 4) Allen,

Kao što smo spomenuli bolesnici nisu bili psihijatrijski obrađeni temeljno, ali to nije za dijagnostiku prikazanih slučajeva bitno, nego više za kauzalnu terapiju. Dermatolog koji ima iskustva i misli na te pojave sam je u stanju ispravno okvalificira kliničku sliku. Međutim, terapija treba da ide za liječenjem kožnih promjena i rješavanjem osnovnog uzroka, koji leži u psihičkom konfliktu, depresiji ili psihozi.

Potrebno je još spomenuti da neke kožne bolesti, koje su posljedica infekcije, hormonalnih, urođenih ili stečenih poremećaja (akne, rozacea, pruriginozne dermatoze itd.) često izazivaju zbog estetskih efekata i neugodnih tjelesnih senzacija stanje pojačane psihičke napetosti iz koga nastaju neurotske reakcije koje mogu pogoršati već postojeća oboljenja kože. Mehanizam tog »circulus vitiosus-a« je prilično kompliciran i nije ga moguće na ovome mjestu iscrpno prikazati. Različita stanja pojačane psihičke napetosti, stanja gnjeva i užasa izazivaju preko dijencefalona, hipofize, nadbubrega i ostalog endokrinoga aparata oslobađanje aktivnih materijala. To se očituje u promjenama krvnog pritiska, nivou šećera u krvi, promjenama pH krvi i kože, sniženom pragu osjetljivosti za alergične reakcije i promjena u ekskreciji metabolita.⁴

Naš prikazani materijal ponovno pokazuje već nepobitnu činjenicu, da više nema ispravnog rada u uskome okviru pojedine specijalnosti i da je zajednička analiza više disciplina kao i zajednička terapija jedino ispravan postupak na današnjem stupnju medicinske znanosti.

Zaključak

Psihokutane promjene se često uslijed nedovoljnog iskustva od strane ljekara pogrešno tumače kao primarna kožna oboljenja.

Prikazan je istorijat, mehanizam nastanka i klasifikacija psihokutanih dermatoza s posebnim osvrtom na arteficioni dermatitis (dermatitis factitia).

U svim slučajevima postojale su konfliktne situacije kao provokativni faktor u nastanku kožnih lezija.

Ukazano je na potrebu i neophodnost saradnje raznih specijalnosti što je uslovljeno razvojem savremene medicine.

LITERATURA

- 1) Jaspers, K.: *Allgemeine Psychopathologie*, VII. Aufl. 1959
- 2) Jadassohn W.: *Handbuch d. Haut-u. Geschlechtskrankheiten*, Bd. IV/2,
- 3) Obermayer M.: *Psychocuteous Medicine*, 1955.
- 4) Allen, A. C.: *The Skin*, 1967.

SUMMARY

Department of Dermatology and Venereal Diseases, Medical Center, Banja Luka,
Yugoslavia
A. Vasiljević

Department of Neuropsychiatry, Medical Center, Banja Luka, Yugoslavia
SOME ASPECTS OF PSYCHOCUTANEOUS DISEASES
M. Ferković

Psychocutaneous lesions are often wrongly interpreted by physicians because of poor experience as primary skin diseases.

The history, mechanism and classification of psychocutaneous diseases are presented with special references on factitial dermatitis.

In all cases presented there was a conflict situation as a provocative factor in the fabrication of skin lesions.

The authors pointed out the importance of co-work between different medical branches, as a result of modern trends in medicine.

*Služba za kožne i venerične bolesti
Medicinskog centra u Banjoj Luci
Načelnik: dr Aleksandar Vasiljević*

*Neuropsihijatrijska služba
Medicinskog centra u Banjoj Luci
Načelnik: prim. dr Milan Ferković*

Fibro
Doug

Franjo

Me
sno n
d
osir
služuje

Po
se kao
cima n
sno n
lošku

Po
promje
Prema
nom u
miljeu
nacije
stanice
vjerova

Na
staroj
prije 1

Iz
og j
težinu
ne mo
Ovakvi
nije ir
kuka
uredna

St
tična,
Tempe
se: 8/2
neseg.
mentu
i krist
nalna.

Gi
volvir
glatka
naprij
erus
maloj
koštar
je lije
s gla
segme
je ne
za pr
N
vezike
malni
bilo r

Fibroma durum calcificatum in cavo Douglasi incarcerationatum

Franjo Ćurić i Josip Jović

Među slučajevima fibroma ovarija na našem odjeljenju naišli smo na ovaj kazus, koji po svojoj kliničkoj slici, anatomskim odnosima, kao i patoanatomskim sekundarnim osobinama zaslužuje posebnu pažnju.

Pojava kalcifikacije ili okoštavanja tumora ovarija javlja se kao veoma rijetka mogućnost, tako da se u nekim udžbenicima niti ne spominje (1, 2, 3, 6, 8). U nama dostupnoj literaturi smo naišli tek na nekoliko publikacija koje opisuju ovu patološku pojavu na ovarijumu (5, 7).

Poznato je da su pojedini tumori izloženi sekundarnim promjenama, među kojima dolazi u obzir i proces kalcifikacije. Prema većini autora (1, 5) do nastanka ove pojave dolazi većinom u degeneriranoj i nekrobiotičnoj sredini tkiva. U takvom miljeu sam proces se odvija putem apozicije, odnosno impregnacije kalcijevih soli na intercelularnu supstancu nekrotične stanice. Pojava metaplazije fibroznog tkiva nije dokazana, ali vjerovatnost hondrifikacije ili osifikacije je moguća.

Naš slučaj: radi se o K. M. m. br. 4339/1958) zemljoradnici staroj 58 godina. Do sada uvijek zdrava. Zadnja menstruacija prije 15 godina, Partus: 7, abortus: 0.

Iz anamneze se doznaje, da je bolesnica došla u bolnicu zbog jakih smetnja za vrijeme mokrenja. Također je osjećala težinu u malom trbuhu, osobito desno. Bolesnica naglašava da ne može da mokri sve dok sama »prstima ne podigne matericu«. Ovakve poteškoće ima unazad pola godine. Ranije ih navodno nije imala. Pored ovoga primijetila je bolove u desnoj nozi od kuka na niže i to u zadnje vrijeme sve jače i jače. Stolica uredna.

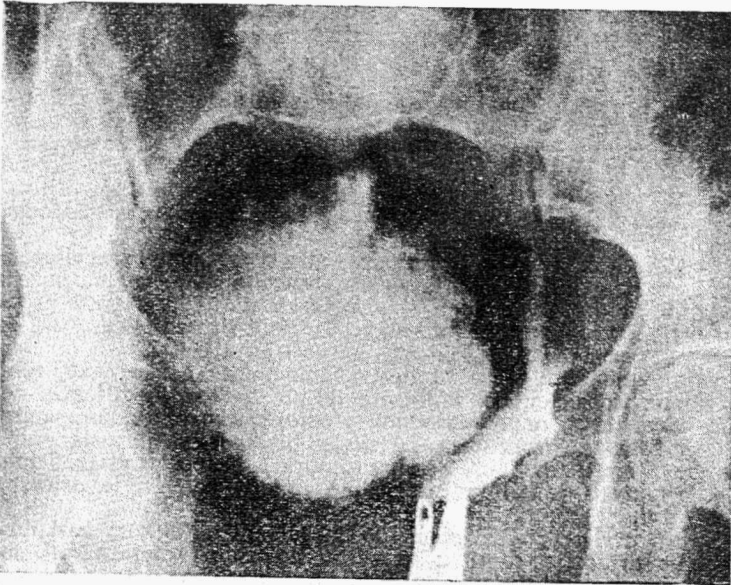
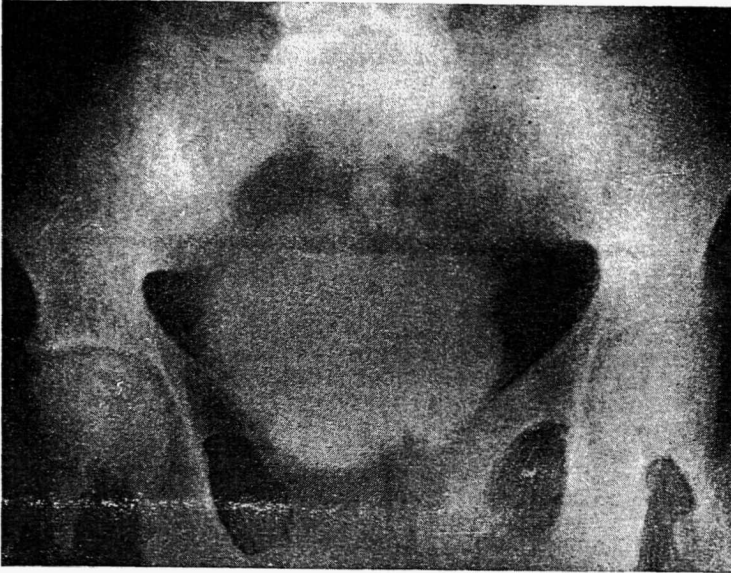
Status praesens: srednje visoka, jako mršava skoro kahektična, astenične konstitucije, vidljive sluznice blijedo ružičaste. Temperatura 36,5, puls 80/min. RR. 120/90. Laboratorijski nalazi: se: 8/20 leuk. 5950, eri: 3870000, Hb: 75 mg^g/₁₀₀, D.K.S.: seg. 56^g/₁₀₀, neseg. 1^g/₁₀₀, Ly: 36^g/₁₀₀, eo: 3^g/₁₀₀, mo.: 4^g/₁₀₀. Urin alb.: neg. u sedimentu nešto epitelnih stanica, dosta leukocita, pokoji eritrocit i kristali kalcijeva oksalata. Krvna grupa: »0«, Rh.: neg. Hormonalna ispitivanja nisu vršena.

Ginekološki nalaz: multipara, vanjsko spolovilo senilno involvirano, medjica srednje visoka, brazgotinasta, vagina sužena, glatka prednja vaginalna stjenka izbočena i potisnuta prema naprijed tvrdim tumorom koji ispunjava malu zdjelicu. Atrofični uterus potisnut prema simfizi i više lijevo. U Duglasu odnosno maloj zdjelici pipa se tumor veličine dvije muške šake, tvrde koštane konzistencije, koji seže desno do kostiju zdjelice, dok je lijevo nešto malo slobodnog prostora. Ako bi ga komparirali s glavom novorođenčeta izgledalo bi kao da je ušla većim segmentom u zdjelicu. Površina tumora je grubo čvorasta. Tumor je negibiv a rektalnim pregledom izgleda kao da je prirastao za promontorijum.

Na prvi se pogled pomislilo da se radi o velikom kalkulusu vezike urinarije, te se u tu svrhu pokušalo kateterizirati normalnim gumenim kateterom ali bez uspjeha. Isto tako nije bilo moguće bez većeg oštećenja uretre uvesti ni metalni kateter

koji je u tu svrhu upotrebljen. Tek pošto smo zamolili bolesnicu da ona sama »podigne matericu«, kako je to uvijek običavala prilikom mokrenja, uspjelo nam je metalnim kateterom dobiti 50 cm bistrog, svjetlo žućkastog urina. Na ovaj smo način ujedno dokazali da se ne radi o kalkulusu vezike urinarije, pošto je izostao zvuk metalnog katetera o kamenu podlogu kalkulusa. Na ovaj smo način također ustanovili jaku dislokaciju mokraćnog mjehura.

Učinjena je histerosalpingografija uz nativni snimak zdjelice.



Slike 1 i 2.

F. CUR

R
danoj
zivna
čiji j
odgov
kalizi
dijelo

K
kojoj
ampu
tuba
nakup

P
kal
tuba

P
nalaz
nom
za op

I
tonov

C
potisi
zikali
desno

C
se n:

lagan
kaste
mont
odluč
jako

N
na

adnel

na tij
mina

F
zuje
opko
kapsl



bolesnicu
pičavala
i dobiti
ujedno
što je
kulusa.
nokrać-

djelice.

Rendgenogram i tumačenje slike (dr A. Arar). »Na pregledanoj snimci zdjelice vidi se u projekciji male zdjelice intenzivna krećna sjena, veličine dobre muške šake, neravnih rubova, čiji je intenzitet na periferiji nešto manji nego centralno, i odgovaraće, najvjerojatnije, kalcificiranom miomu uterusa. Lokaliziran je pretežno centralno i nešto desno, a na skeletnim dijelovima zdjelice kao i kukova nalaz je uredan.

Kako se vidi iz ostalih snimaka, učinjena je i H. S. G. na kojoj je prikazana djelomično lijeva tuba i to u području pars ampularis i pars fimbrijalis, a na snimkama se vidi da je lijeva tuba prohodna jer se u slobodnoj trbušnoj šupljini nalaze obilne nakupine kontrasta. Desna tuba nije prikazana.

Prema učinjenim snimcima može se zaključiti da se radi o kalcifikaciji miomatoznog uterusa u koji je ugrađena desna tuba i desni ovarijum, dok je lijeva tuba prohodna.«

Prema tumačenju rendgenograma kao i na osnovu kliničkog nalaza, ustanovili smo da se radi o okoštalom intraabdominalnom tumoru, te smo se nakon potpune obrade bolesnice odlučili za operativni zahvat.

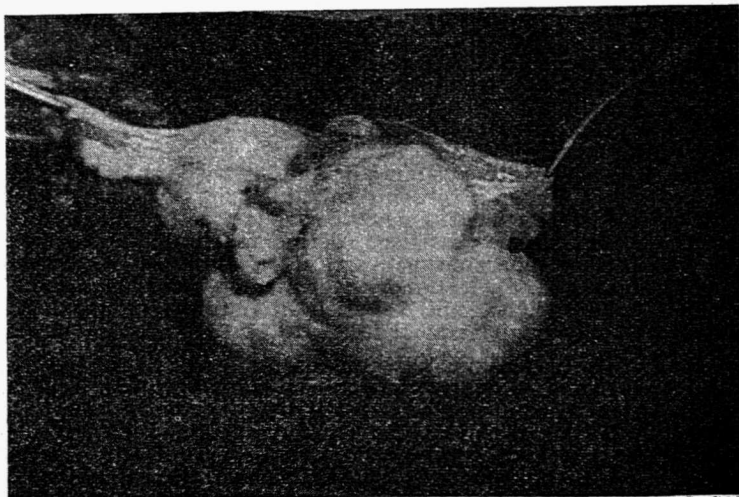
Internistički pregled: Pluća: fizikalni nalaz uredan. Srce: tonovi su na bazi mukli. Akcija regularna, šumova nema.

Cistogram: trabekularna građa sluznice mjehura, koji je potisnut u lijevo, desna stijenka izbočena i potisnuta ekstravaskularnim tumorom. Indigo se luči obostrano nakon 5 minuta, desno u slabijem mlazu.

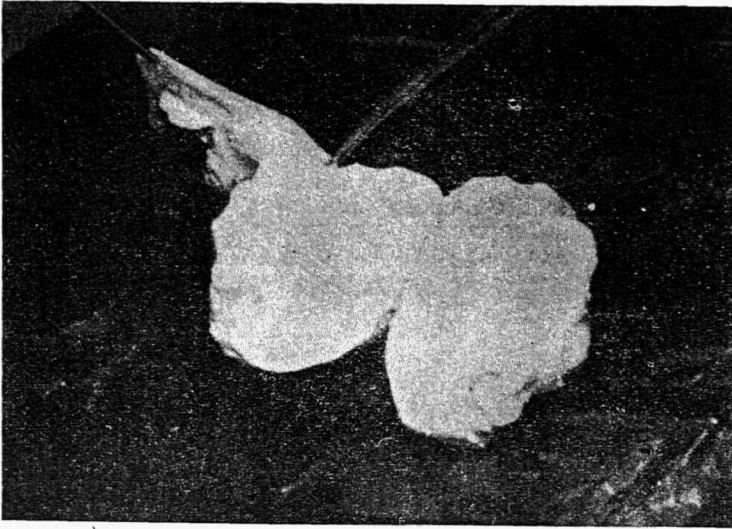
Operacija 7. XI 1958: Donja medijalna laparatomija. Nailazi se na desni ovarijum pretvoren u tumor veličine dvije šake, lagano neravne površine, kao kamen t vrde konzistencije, žućkaste boje. Tumor je zaglavljen u maloj zdjelici između promotorijuma i simfize koji se nije mogao mobilizirati pa se odlučuje na ekstirpaciju atrofičnog sinistroponiranog uterusa s jako elongiranim kolumom.

Nakon odstranjenja uterusa tumor se luksira prema lijevo i na taj način potpuno mobilizira, a zatim skupa s desnim adneksima u cjelosti odstranjuje. Slijedi zatvaranje abdomena na tipičan način. Izvršena je: Extirpatio uteri ferre totalis abdominalis cum adnexis.

Preparat: Opisani tumor na prerezu (pilom za kosti!) pokazuje tvrdi koštani kompaktnu građu, čije su pojedine partije opkoljene traćima vezivnog tkiva, od kojega je građena i sama kapsula tumora. Isječak se šalje na patohistološki pregled.



Slika 3.



Slika 4.

Patološko anatomsko dijagnoza: Fibroma durum calcificatum.

Patohistološki nalaz: Zavod za patološku anatomiju Med. fak. u Zagrebu br. 9770/58.

»Primljen je tumor veličine skoro muške šake (polovica tumora) na površini kvrgast, na presjeku sivkasto žućkast s brojnim ovapnjenjima. Znaka malignosti nema«.

Postoperativni tok bolesnice je bio, uglavnom, uredan uz napomenu da je peti dan prilikom ustajanja bolesnica kolabirala, što se nakon internističke terapije (inhalacija kisika, simpatomimetika, infuzum, i dr.) za kratko vrijeme popravilo. Kasniji postoperativni tok uredan. Osamnaesti dan nakon operacije bolesnica zdrava odlazi kući. Smetnje pri mokrenju su nestale a također je iščezao i bol u desnoj nozi.

Diskusija

Iz izloženog se vidi da je ovaj slučaj prilikom prijema i obrađivanja zadavao izvjesne dijagnostičke poteškoće. Inkarceracija jednog ovakovog tumora u maloj zdjelici nije do sada opisana (prema nama dostupnoj literaturi). Pri prvom smog pregledu pomislili najprije na kalkulus vezike urinarije, na što su u sličnim slučajevima posumnjali i neki drugi autori (4). U diferencijalnoj dijagnozi bi osim kalkulusa vezike došla u obzir i druga stanja, prvenstveno kalcificirani supserozni miomi uterusa (1), kalcificirane ovarijalne, dermoidne ili hidatidne ciste (4), kalcificirani tuberkulozni ovariji (Mc. Ilroy, Binet, Milaender, Kamniker, cit. 5), te tumori negenitalnog porijekla u maloj zdjelici (hondromi, osteomi, kalcificirani fibromi, miomi) lithopedion pri ektopičnoj trudnoći itd.

Mada se u patološkim udžbenicima često navodi rarifikacija koštanog sistema u neposrednoj blizini okoštavajućeg tumora, mi na našem slučaju nismo zapazili ovu pojedinost. Inače je tumor svojom lokalizacijom kao i inkarceracijom zadavao bolesnici velike poteškoće, prvenstveno smetnje pri mikciji, a zatim bolove u desnoj nozi, te opću tjelesnu slabost. Sve su ove smetnje odstranjenjem tumora potpuno nestale. Ascitesa nije bilo.

Zaključak

Prikazan je slučaj sekundarno kalcificiranog fibroma ovarijuma inkarciranog u kavum Douglasi kod žene u menopauzi. Smetnje, koje je ovaj tumor uzrokovao svojom lokalizacijom i prisustvom, ponukale su nas da ga izdvojimo iz grupe ostalih fibroma ovarija te kao ginekološko medicinski raritet posebno publiciramo.

RESUME

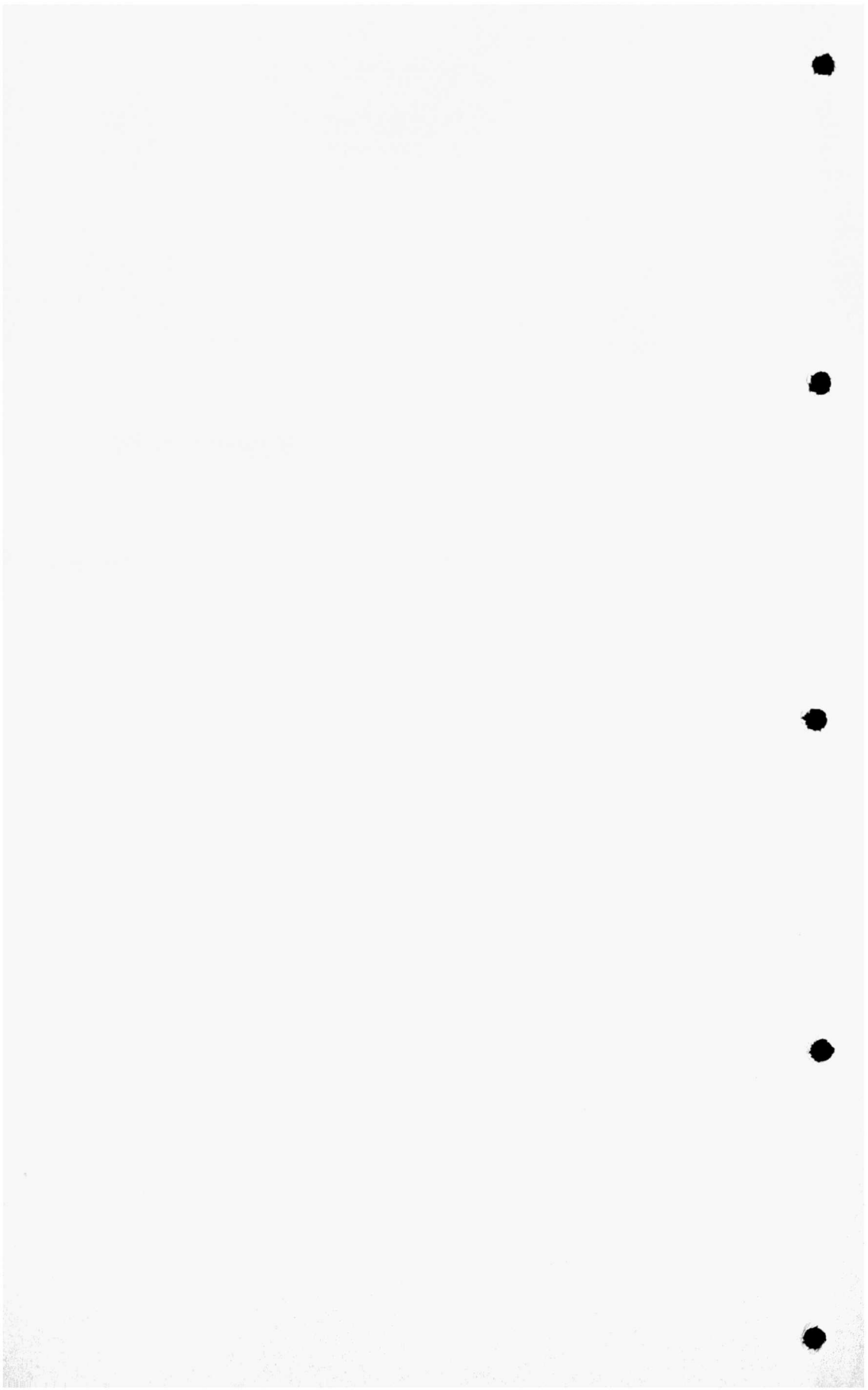
Service de Gynecologie et d'Obstetrique Centre Medical de Banja Luka
FIBROMA DURUM CALCIFICATUM IN CAVO DOUGLASI INCARCERATUM
 Franjo Curić et Josip Jović

Les auteurs présentent cette observation d'une fibrome de l'ovaire calcifiée et incarcérée dans la cavité de Douglas. Les troubles causées par la localisation et par la présentation de cette tumeur leur ont inclinées à l'isoler d'autres fibromes de l'ovaire et à publier comme une rareté medico-gynecologique particuliere.

LITERATURA

1. Barjaktarević, S.: Ginekologija, Naučna knjiga, Beograd, 1954.
2. Bazala, V.: Ginekologija, »IBI«, Zagreb, 1956.
3. Bunarević, A.: Med. enciklop. Tom 4. Leksikografski zavod FNRJ, Zagreb, 1960.
4. Ezes, H., Schebat, Cl.: Bull. fed. d. soc. d. Gyn. et d. Obst. 14: 532, 1962.
5. Kobes, R.: Zbl. f. Gyn. 5: 184, 1956.
6. Mladenović, D.: Akušerstvo i ginekologija, Zavod za stručno usavršavanje zdravstvenih radnika S. R. S., IV izdanje, Beograd, 1965.
7. Muller, P., Keller, B.: Bull. fed. d. soc. d. Gyn. et d. Obst. 11: 409, 1959.
8. Ulfelder, H.: Progress in Gynecology, J. V. Meigs a. S. H. Sturgis, William Heinemann LTD, London, 328, 1947.

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



Tuberkuloza srednjeg uha kod dojenčadi

Vilim Miholić

Tuberkuloza srednje uha kod djece je dosta rijetko oboljenje, a osobito je rijetko kod dojenčadi. Tuberkuloza srednjeg uha kod dojenčadi može biti primarna ili sekundarna. Primarna tuberkuloza srednjeg uha nastaje ako tuberkulozni bacili dospiju iz vana u srednje uho te ovaj organ i kao prvi oboli. To je izvanredno rijetko oboljenje. U većini slučajeva infekcija je konatalna i nastaje prije poroda in utero ili itrapartum, ili postnatalno.

Put infekcije uslijedi bilo diaplacentarno hematogenom diseminacijom u plod, bilo da dođe do aspiracije inficirane plodne vode u bronhijalno stablo, ili gutanjem inficirane plodne vode u u bronhijalno stablo, ili gutanjem inficirane plodne vode u želučano crijevni trakt.

Međutim, moguće je da *M. tuberculosis* gutanjem dođe preko Cavum tympani u mastoidne šupljine.

Da foetus pravi pokrete gutanja i utero bilo je poznato već Vesalu (4).

Za vrijeme akta gutanja nastaje kontrakcija *M. levator* i *M. tensor palatini*, te se stijenka Tube Eustachii — koja je ionako kratka i široka u fetusa, novorođenčeta i mlada dojenčeta — proširi i pristup ka Cavum tympani postaje još otvoreniji. Na taj način je omogućeno lako prodiranje peroralno uzetih inficiranih čestica.

U srednjem uhu stvori se primarno žarište, sa otokom regionalnih limfnih žlijezda smještenih između processus mastoideusa i ugla mandibule.

Osim toga u dojenčeta postoji kronična otorea.

Dojenče ne mora pokazivati drugih znakova tuberkulozne infekcije. Ako dojenče pokazuje kroničnu otoreu, a ima već negdje drugdje u tijelu tuberkuloznu infekciju to su bacili tuberkuloze vjerojatno sekundarno inficirali srednje uho i u takvom slučaju obično ne postoji regionalni limfadenitis. Infekcija kod otvorenih plućnih procesa obično je transtubarna. Srednje uho se inficiralo sekundarno preko Eustahijeve tube.

Nadalje može doći do infekcije srednjeg uha i hematogenim putem u vezi s milijarnim rasapom, te se bacili mogu smjestiti sekundarno u processus mastoideus, i nastaje specifični osteitis koji se može proširiti i na srednje uho. I u tom slučaju nemamo otok regionalnih limfnih žlijezda, ali postoje kronična otorea. Osim kronične otoree i otoka regionalnih limfnih žlijezda kao karakteristična komplikacija tuberkuloznog otitisa javlja se i simptom facialisa na strani oboljelog uha.

Pareza facialisa nastaje kao komplikacija uslijed oštećenja facialnog nerva kod prolaza kroz canalis facialis iznad gornjeg stražnjeg zida srednjega uha. Kako zid kanala kojim prolazi facialni živac može biti deficijentan, to nervus facialis može biti dosta rano zahvaćen.

Teško je reći zašto je pareza facialisa uobičajena kod specifičnog otitisa, a zašto se rijetko vidi kod drugih nespecifičnih oblika dojenačke otitide.

Pareza je obično privremena, ali može dugo persistirati i pod specifičnom terapijom postaje reverzibilna.

Što se tiče terapije daju se tuberkulostatika prvoga reda tj. streptomycin, eutizon i Pas u običajenim dozama za dojenčad, kao i lokalnu toaletu srednjega uha ukapavanjem tuberkulostatika streptomicina i eutizona a u slučaju miješane infekcije ukoliko otoreja ne prestane, aplicira se prema antibiogramu i odgovarajući antibiotik.

Ako je proces proširen na mastoid dolazi u obzir i kirurško odstranjenje granulacija i nekrotičnog tkiva sa strane otologa.

Prognoza tuberkuloze srednjeg uha se uvođenjem tuberkulostatika u terapiju znatno poboljšala tako da su danas i operativne indikacije znatno rjeđe nego ranije.

Naš slučaj

Dijete I. Z. rođeno 15. 9. 1966. godine u selu Smiljani, Kotor Varoš. Otac zemljoradnik. Primljeno u Dječju bolnicu Banja Luka 17. 2. 1967. godine.

Sadašnja bolest: Prije jedan mjesec procurilo je djetetu desno uho a uskoro i lijevo. Unazad tri dana počelo je jače da kašlje i povraća. Prije 14 dana imalo je proljev, koji je trajao sedam dana. Unazad tjedan dana dijete je počelo da krivi usta. Stolica i mokrenje uredni. Ne napreduje u težini. Do sada nije nošeno liječniku, niti je uzimalo bilo kakve lijekove. Nikakve akutne zarazne bolesti nije preboljelo.

Obiteljska anamneza: Djever bolestan na plućima, kašlje, živi u zajedničkom kućanstvu.

Epidem. anamneza: Seoska kuća s jednom sobom, u kući živi 11 članova obitelji.

Cijepljenje: Do sada nije nikako vakcinisano, niti BCG-irano.

Porod: Dijete je rođeno osmo po redu, kod kuće. Porod uredan. Na vrijeme je doneseno.

Četvoro djece umrlo, a četvoro živih.

Ishrana: Stalno na grudima od rođenja, katkada dodatak kravljeg mlijeka.

Razvoj: Počelo se smijati sa 1 mjesec, samostalno držati glavicu s tri mjeseca.

Status praesens: Slabo razvijeno, atrofično, 3.500 gr, teško dijete, supfebrilno, s jako izraženim znakovima rahitisa, s parezom facialis desno. Daje utisak teže bolesnog i jako zapuštenog dojenčeta.

Meningitični sindrom: Nije izražen.

Facies: Asimetričan, desna polovina lica paretična.

Koža: Blijedo siva, potkožno tkivo slabo izraženo. Turgor slab. Muskulatura nježna, hipotonična.

Skelet i hrptenica: b. o.

Glava: Kvadratična, velika fontanela zatvorena za jagodicu prsta.

Lice: Desno vidljiva pareza facijalisa, te otok u predjelu desnog maksilo mandibularnog zgloba ispred i ispod lobulusa desne uške, te iza desnog uha sastojeći se od paketa limfnih čvorova koji su srednje tvrde konzistencije veličine trešnje, jedan površni kao da je u centru nešto razmekšan, te okolnim periglandularnim edemom. Koža iznad razmekšanog čvorića ispred i ispod uha napeta, lako lividno crvenkasta. Fistulacije nema.

Oči: Desno oko otvoreno, jače nego lijevo, konjunktiva i korneja lagano isušena. Obje konjunktive crveno injicirane. Lijevo oko b. o.

Jezik: Lako bjelkasto obložen. **Nos:** b. o.

Uši: Desna uška strši odvojeno od glave u stranu. Iz oba zvukovoda cijedi se žučkasto-gnojni serozni iscjedak.

Zdrijelo: Tonzile srednje velike, razrovane.

Vrat: S desne strane iza M. sternokleidomastoida pipa se nekoliko žlijezda veličine graška do graha. Vrat je kratak, srednje širok.

Thorax: Zvonolik, asimetričan, s jačom izbočinom prsne kosti više lijevo.

Harissonova brazda: Jasno vidljiva.

Rahitična krunica se pipa.

Pulmo: Perkutorno b. o., auskultatorno pooštreno disanje, čuje se obostrano po koji bronhitični hropčić.

Cor: U normalnim granicama. Tonovi čisti, akcija ritmična.

Abdomen: U razini grudnog koša mekan. Jetra se pipa za jedan prst ispod desnog rebranog luka. Slezena se ne pipa.

Genitalni organi i ekstremiteti: b. o.

Nervni status: Refleksi prisutni. U normalnim granicama. Patoloških nema.

Laboratorijske pretrage:

Krvna slika: E: 4.260.000, Hb: 10,0 gr. ‰, L: 8.800, DKS: Seg 55‰, Ly: 35‰, Neseg: 10‰, SE: 39/75. Urin: alb.: pozit., šećer neg. aceton u tragu. U sedimentu dosta bakterija. L. P. b. o. Mantoux test 1:1000 neg. Kalcij u krvi 8,6 mg‰, fosfor u krvi 1,8 mg‰, alkal. fosfataza 5,29 B jed. Holesterin 180 mg‰.

Proteinogram: ukup. proteini 7,39‰ od čega: albumini: 43‰, alfa 1 globulini: 11‰, alfa 2 14‰, beta 11‰, gama 21‰. Stolica na parazite: b. o.

Bakteriološki nalaz: Želučani sok izoliran tri puta *M. tuberculosis* po Löwensteinu.

Desno uho: Izoliran iz iscjedka gnoja *M. tuberculosis* tri puta po Löwensteinu. Iz oba uha običnom kulturom izolirani su *B. pyocianus* i *Proteus mirabilis* (osjetljivi na Eritromycin).

Okulistički nalaz: Paresis n. facialis 1. dex. Keratitis e la-gophthalmus o. d.

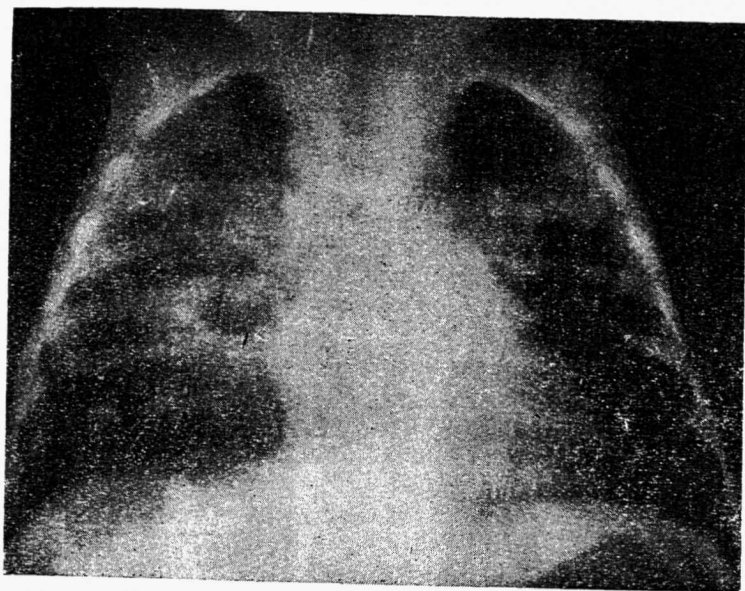
Otološki nalaz: Otitis med. chr. supp. bilater. Paresis n. facialis 1. dex. Mišljenje: za operativni zahvat u ovom stanju za sada ne dolazi u obzir unatoč medicinskoj indikaciji.

Rendgenski snimci: Mastoida po Schilleru ne pokazuju sigurne znakove ograničene osteolize, niti bitnije promjene u strukturi kosti. (dr Arar)

Rendgenski snimci pluća: od 18. 2. 1967. g. i 27. 2. 1967. g. pokazuju obostrano u projekciji hilusa i parahilarne opsežne kazeokavernozne promjene. A oba plućna krila pokazuju mrljasto konfluentna zasjenjenja desno nešto opširnije nego lijevo. Kavum desno je u veličini dobrog lješnjaka a lijevo veličine koštice trešnje. (vidi sl. 1) Na tomogramima od 4. 3. 1967. g. vide se isto takve obostrano kazeokavernozne promjene u predjelu hiloparahilarne regije. (dr Arar)

Terapija

Dijete u početku prima prvu grupu antibiotika, zatim eritromycin, te lokalnu toaletu srednjeg uha. Mikrotransfuzije, gama globulin, te humane globuline kao adjuvantnu terapiju za podizanje općeg stanja. A zatim energičnu antituberkuloznu terapiju s tuberkulostaticima prvog reda tj. streptomycin, eutizon i Pas u uobičajenim dozama.



Sl. 1. Obostrane kazeokavernozne promjene u hilopalahilarnoj regiji

Tok bolesti

Od početka pa kroz 50 dana dijete stalno febrira, zatim postaje afebrilno i postepeno dobiva na težini. Otorea stalno perzistira i ako nešto manje intenzivno, pareza facijalisa također nepromijenjena, dok se žlijezde u predjelu desnog ugla mandibule kao i ispod i ispred lobulusa desne uške stalno smanjuju i povlače bez fistulacije.

Poslije tri mjeseca liječenja dijete je bilo teško 4.600 gr.

Kontrolni snimak pluća od 27. 7. 1967. g. pokazuje izrazitu regresiju procesa i više se ne razabiru znaci destrukcije. (dr Arar) vidi sl. 2.

Poslije šest mjeseci liječenja tuberkulostaticima i lokalnom toaletom uha dijete teži 6.000 gr., ali otorea i pareza facijalisa postoje i dalje, dok su se žlijezde sasvim povukle. Kontrolni tuberkulinski test Mantoux 1:1000 ovaj puta je pozitivan (16:20 mm)

Dalji tok je bez promjene, osim što dijete preboli pertussis bez komplikacija uslijed epidemije koja se javila na odjelu.

10. 1. 1968. godine dijete iznenada dobije temperaturu, te oboli od obostrane stafilokokne pneumonije (izoliran staphylococcus pyogenes aureus).

Usprkos intenzivnoj terapiji orbeninom, staphcilinom, te eritromicinom dijete poslije šest dana egzistira u visokoj temperaturi.

Iz protokola obdukcije (dr Crnalić) na plućima: Nodi tuberculosi caseosi multiplices lobum superiorum pulmonum. Lymphadenitis tuberculosa caseosa bronchopulmonalis dex. Pneumonia interstitialis lobi inferior, bill.

Pat. anatomski nalaz oba srednja uha: Otitis med. chron. (Verosimiliter tuberculosa) 1. dex. et. serohaemorrhagica 1. sin.

Diska

U n
naš odje
plućima,
tuberkul
ničnom

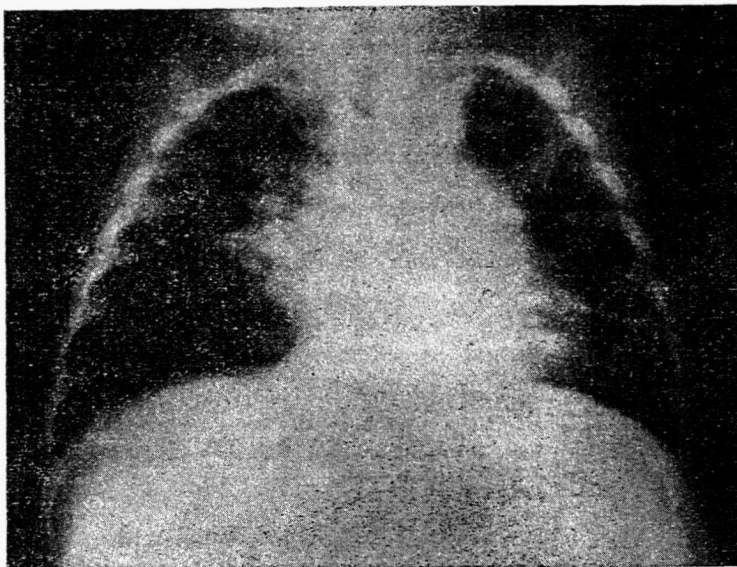
Mišl
u plućin
lozne in
intenzivr
raspada,
došlo je
Eustahij
otoka re

O ri
Jeanes i
čenih b
Nose an
kulozom
godina :

Kak
že slu
teškim l
vrijedni
stični t
uha koc

Zakl

Prik
loznom
teške ka



Sl. 2 Znatna regresija procesa bez destrukcije

Diskusija

U našem slučaju petmesečno žensko dojenče dolazi na naš odjel s teškim obostranim kazeokavernoznim procesom na plućima, te sa triasom simptoma koji je karakterističan za tuberkulozu srednjeg uha s desne strane, te nespecifičnom kroničnom upalom srednjeg uha lijeve strane.

Mišljenja sam da se primarno žarište razvilo postnatalno u plućima iza novorođenačke dobi, gdje je došlo do tuberkulozne infekcije inhalacijom iz vana. Proces u plućima je vrlo intenzivno progredirao, te je došlo do obostrane kazeifikacije i raspada, a uslijed regurgitacije kazeoznih čestica iz farinksa došlo je do tuberkulozne infekcije srednjeg uha preko desne Eustahijeve tube. Dalje do stvaranja granulacija, do otoree i otoka regionalnih limfnih žlijezda desno, te pareze facijalisa.

O rijetkosti tuberkuloze srednjeg uha kod djece govore i Jeanes i Friedman (160) koji izvještavaju da su od 23.000 liječenih bolesnika od 1950—1959. godine u Royal National Ear Nose and Throat Hospital vidjeli samo 12 pacijenata sa tuberkulozom srednjeg uha, a od toga samo šestoro djece ispod 12 godina starosti. (3)

Kako je tuberkuloza srednjeg uha kod dojenčeta prvi zapaženi slučaj u našoj ustanovi, a osobito jer je kombinovan s teškim kazeokavernoznim procesom na plućima, to sam smatrao vrijednim slučaj objelodaniti i naročito upozoriti na karakteristični trijas simptoma za dijagnostiku tuberkuloze srednjeg uha kod dojenčadi.

Zaključak

Prikazan je slučaj pet mjeseci starog dojenčeta s tuberkuloznom upalom srednjeg uha. Kako dojenče bokuje i od obostrane teške kazeokavernozne tuberkuloze pluća, to je tuberkuloza sred-

njeg uha nastala regurgitacijom iz farinksa preko tube sa inficiranim kazeoznim česticama iz pluća. Istaknuta je rijetkost obojenja i važnost trijas simptoma za dijagnostiku bolesti: otok regionarnih limfnih žlijezda, kronična otoreja i pareza facialisa.

LITERATURA

1. W. Keller — A. Wiskott: Lehrbuch der Kinderheilkunde Georg Thieme Verlag — Stuttgart, 1961.
2. Kleinschmidt — Honnef H.: Tuberkulose im Säuglingsalter Med. Klin. 55, 1077—1081, 1960.
3. Miller, Seal, Taylor: Tuberculosis in children, A. Churchill, London, 1963.
4. I. R. Poley i H. Wissler: Primäre, konnatale Mittelohrtuberculose. Helvetica paediatrica acta, vol. 19. Fasc. 6. str. 587—596, 1964.

ZUSAMMENFASSUNG

Schutzdienst für Kinder und Jugendlichen des Medizinischen Zentrums, Banja Luka.

DIE MITTELOHRTUBERKULOSE IM SAUGLINGSALTER.

Vilim Miholić

Es wird über einem 5 Monate alten Säugling mit einer Mittelohrtuberkulose berichtet. Der Säugling leidet noch an einer beiderseitigen Kaseoepithel-nösen pulmonalen tuberkulose.

Ursache für das Krankheitsbild ist eine Infektion des Mittelohres über der Tube bei Regurgitation aus dem Pharynx mit infiziertem kaseösen Partikelchen aus der Lunge. Es wurde auf die Seltenheit der Erkrankung und den Trias Symptomen mit Lymphknotenschwellung, Otorrhoe und Facialisparesie hingewiesen.

Služba za zaštitu djece i omladine
Medicinskog centra u Banjoj Luci

V. d. načelnik: dr V. Milošević

Perit
Povodom

Vlado
Bogdan

Meko
in-les :
prvi us
godine
čara. Sa
suštine
jeva, Br
toga us
rijetko,
teško, s
više što

Mek
upala p
sekunda
Mekonij
skog po
šupljinu
dužine
putem p
stanja
gama č
ili ubrzo
niran, d
a da op
se mogu
stinalne
rističan,
prisustv
od polo
slabo il
izražaja
se mog
lica ili
oboljenj
odgovar
razvoje
teško d
izvesti
đutim,
ne meja
uspravn
šnoj šu
me i p
kompre
prisustv
mena. I
peni u
prisustv
prodora
naprije

Peritonitis meconialis

Povodom jednog slučaja

Vlado Milošević, Stjepan Rac, Slobodan Zrilić,
Bogdan Žigić i Ekrem Vehabović

Mekoniumski peritonitis je donedavno predstavljao poseban interes za anatomo-patologe. Međutim, od časa kada je opisan prvi uspješno tretiran slučaj mekonijumskog peritonitisa 1943. godine od strane Agertya, ova bolest pobuđuje interes i kliničara. Sa razvojem neonatalne hirurgije i boljim poznavanjem suštine oboljenja raste i broj dijagnosticiranih prikazanih slučajeva. Broj do sada objavljenih slučajeva se kreće oko 150, a od toga uspješno tretiranih 25. Kako je ovo oboljenje ne samo rijetko, već prema većini autora preoperativno dijagnostički teško, smatramo za potrebno da prikazemo jedan slučaj toliko više što je dijagnoza postavljena preoperativno.

Mekonijumski peritonitis je u osnovi primarna abakterijalna upala peritoneuma, mada u evoluciji istog može da dođe do sekundarne infekcije i to najčešće uzročnicima iz koli grupe. Mekonijumski peritonitis nastaje kao posljedica fiziko-kemijskog podražaja prodrlog mekonijumskog sadržaja u trbušnu šupljinu. Od vremena nastanka mekonijumskog peritonitisa, od dužine trajanja perforacije, od mogućnosti invazije bakterija putem placentalnog krvotoka ili putem amnijske tečnosti, od stanja donesenosti i eventualno prisutnih malformacija umnogome će zavisiti klinička slika, tok i prognoza bolesti. Odmah, ili ubrzo, po rođenju djeteta može se zapaziti da je trbuh baloniran, da je eventualno naznačen periumbilikalni venski crtež, a da opšte stanje i ne bude znatno pogodoeno. Međutim, ubrzo se mogu uočiti promjene koje prate kliničku sliku akutne intestinalne opstrukcije. Trbuh postaje sve jače baloniran, tj. meteorističan, sa izraženim perkutornim timpanizmom, a u slučaju prisustva slobodnog tekućeg sadržaja u trbušnoj šupljini, ovisno od položaja u nižim partijama, perkutorna muklina. Takva djeca slabo ili gotovo ništa ne primaju na usta, sve više dolazi do izražaja podražaj na povraćanje, a u povraćenom sadržaju se mogu naći i primjese žuči. Izostaje mekonijumska stolica ili je oskudna, što je ovisno o vrsti i stepenu razvijenosti oboljenja. Ponekad se palpira tumefakcija u truhuu, koja bi odgovarala mogućoj i pretpostavljenoj okluziji. Sa sve jačim razvojem bolesti opšte stanje djeteta postaje sve lošije, stenje, teško diše, postaje cijanotično, tako da se može u prvi mah izvesti krivi zaključak o prisustvu respiratornog oboljenja. Međutim, rendgenografski pregled umnogome razjašnjava prvobitno nejasno stanje i vodi pravoj dijagnozi. Nativna snimka u uspravnom položaju prezentira slobodnu nakupinu zraka u trbušnoj šupljini, koji odvaja jetru, a nekada i slezenu, od dijafragme i potiskuje ih prema dolje, a dijafragmu prema gore s kompresivnim učinkom na grudne organe. Nerijetko se vidi prisustvo slobodne tečnosti sa nivoom u donjem dijelu abdomena. Promjena položaja kod Rtg.skopije ili grafije za 180 stepeni u takvim slučajevima daje obrnut raspored slobodnog prisustva zraka i tečnosti. Ukoliko je znatno ranije došlo do prodora mekonijumske mase u trbušnu šupljinu, onda se pored naprijed opisanih rtg. promjena mogu naći nepravilnog oblika i

nepravilno raspoređene odnosno razbacane mineralne sjene koje odgovaraju inkrustiranim mekonijumskim masama. Ukoliko je područje, na kome se nalazi opstrukcija i perforacija, izolirano inkapsulatom a bez prisustva inkrustiranih promjena, tada se teško preoperativno odlučiti za dijagnozu mekonijumskog peritonitisa, izuzev što se može pretpostavljati na osnovu početka razvoja bolesti neposredno iza poroda.

Prikaz slučaja

Muško novorođenče (M. B. 583/67 i 688/67) rođeno 10. 2. 1967. godine. Primljeno na bolničko liječenje 12. 2. 1967. godine. Dijete je rođeno na vrijeme, kod kuće, bez stručne pomoći, nakon normalnog toka trudnoće. Prema izjavi pratnje pri rođenju je bilo plavo, te je nakon kupanja zaplakalo. Osmo dijete po redu rođenja. Kako su odmah zapazili da je kod djeteta trbuh napet, te nije imalo nikako stolicu, obratili su se najbližoj ambulanti za pomoć, 12. 2. 1967. godine. Dijete je upućeno u naš Medicinski centar, sa dijagnozom: Haemorrhagia intracranialis. Nakon što je djetetu u kirurškoj ambulanti napravljena klizma i uslijedila mekonijumska stolica, dijete je hospitalizirano na Dječjem bolničkom odjelu radi obrade. Kod prijema afebrilno, mongoloidno, novorođenče stenje. Pulmo et cor b. o. Abdomen iznad nivoa grudnog koša, baloniran. Jetra i slezena se ne pipaju, kao ni bilo kakva rezistencija. Pupak nešto niže postavljen sa sasušanim bataljkom, te lagano naznačenim periumbilikalnim venskim crtežom. Stopala i šake zdepaste, prsti kratki, te izražene transversalne brazde na šakama. Raspon očnih kapaka koso postavljen, od lateralno i gore, prema medijalno i dolje. Korijen nosa lagano uvučen. Pri prijemu ostavlja utisak srednje teškog bolesnika. Dijete se u toku narednih sati stalno kontrolira, a u međuvremenu prima infuziju 5% glikoze a na usta gotovo da i ne može da prima ni male količine čaja zbog podražaja na povraćanje. Nekoliko sati po prijemu opšte stanje djeteta se pogoršava, lagano cijanotično, i nadalje stenje i teže diše. Trbuh postaje izrazito baloniran—meteorističan. Perkutorno u gornjem dijelu trbuha izražen timpanizam, a ispod pupka i postranično muklina. Spontano nema stolicu. Digitorektalnim tušom, izuzev manje količine mekonijumskog sadržaja, ne nalaze se nikakve promjene koje bi upućivale na smetnju o pasaži. Kako se klinički tok odvijao u smislu akutne opstrukcije crijeva, to se ponovo napravi klizma i opet dobije mekonijumska stolica, ali manje obilna. Budući da je od samog početka, odnosno odmah poslije rođenja, stanje djeteta upućivalo na mogućnost postojanja intestinalne opstrukcije, tada se pomislilo da se, možda, radi o mekonijalnom peritonitisu. Na napravljenju nativnoj snimci abdomena u uspravnom položaju mogla se zapaziti znatna nakupina zraka u gornjem dijelu trbušne šupljine, posebno značajno iznad jetre, subdijafragmalno, srpasta oblika, tako da je dijafragma potisnuta prema gore, a jetra prema dolje i medijalno. U donjoj trećini trbušne šupljine topografski reljef nije jasan zbog prisutnosti slobodnoga tekućeg sadržaja. Na temelju anamnestičkih podataka i kliničke slike bolesti, te rendgenološkog nalaza zaključeno je da se radi o mekonijalnom peritonitisu i dijete je premješteno na Kirurški odjel radi provođenja radikalne terapije. U toku operacije, pri otvaranju trbušne šupljine i peritoneuma, izašla je veća količina zraka pod pritiskom. Kod eksploracije vide se u predjelu želuca i na zidu istog fibrinske naslage i mekonijalni sadržaj, kao i u čitavoj trbušnoj šupljini, pretežno u donjem dijelu, te između vijuga tankog crijeva. U donjim partijama trbušne šupljine naden je pretežno tekući sterkoralni sadržaj. Na cekumu neposredno ispod valvulae Bauchini i nešto lateralnije vidljiv je

KOLEKTI

perforac
na oklu
čišćenja
isprala
antibiot.
slojeviri
kao i
nastupa

Disku

U li
tonitisa
n...
rjeđi p
inkapsu
mekonij
zadnjem
foracija
u fetaln
čenja i

Naš
postavlj
grupu n
a bez c
nitis), i
nom m
kao pri
našli ra
postoje
cije cri
nije pr
blošk
nje lok
heterot

Fat:
preoper
prepisai
dijagno
primlje
Down'o
saradnj
postavlj
gla zna
nitisa.

Schu

Es
Neugebor
Occlusion
nach de
nach der

Die
Opstetike
Diagnose
Erkranku

koje
ko je
dirano
da se
peri-
četka

perforacioni otvor promjera 5 mm. Ispod ovog otvora nije nađena okluzija, niti suženje crijeva. Nakon prethodnog ispiranja i čišćenja sadržaja pristupilo se zatvaranju perforacije. Ponovo se isprala abdominalna šupljina fiziološkim rastvorom, aplicirao antibiotik, a zatim se pristupilo zatvaranju operativne rane po slojevima. I pored pomno provedene preoperativne pripreme kao i postoperativnog tretmana slijedećeg dana po operaciji nastupa egzitus letalis.

1967.

Dijete
nakon
tju

redu
napet,
ulanti
Medi-

Na-
zma i
to na
irilno,
omen

ne
ostav-
mbili-
ratki,

h ka-
lno i
rtisak
talno

a na
zbog
tanja

teže
torno
oka i
alnim

e na-
asaži.

e cri-
mska
odno-
oguč-
la se,

nativ-
paziti
oseb-

tako
lje i
reljef

. N
rene
lnom
pro-
ranju

zraka
ica i
) i u
među

e na-
repo-
iv je

Diskusija i zaključak

U literaturi se najčešće ukazuje kod mekonijumskog peritonitisa na prisutnost perforacije, okluzije i inkapsulacije, te na hipoplastičnost crijeva ispod okluzije, a dilataciju iznad. Kao rjeđi primjer navodi se prisustvo perforacije bez okluzije i inkapsulacije, a kao izvanredna rijetkost mogućnost postojanja mekonijumskog peritonitisa bez okluzije i bez perforacije. U zadnjem slučaju se ipak smatra da je prethodno postojala perforacija, ali da je došlo do spontanog zatvaranja — zaraštanja u fetalnom periodu. Kod ovakvih slučajeva može doći do izlječenja i bez kirurške intervencije.

Naš prikazani slučaj interesantan je u prvom redu zbog postavljanja dijagnoze preoperativno, a drugo što spada u rjeđu grupu mekonijum peritonitisa gdje je prisutna samo perforacija, a bez okluzije i inkapsulacije (tz. cistični mekonijumski peritonitis), i treće što je sama lokacija perforacije na manje tipičnom mjestu (coecum). U većini se pak navodi ileojejunalni dio kao predilekciono mjesto za nastanak perforacije. Mi nismo našli razlog niti objašnjenje za nastanak perforacije. Međutim, postoje različita mišljenja i pretpostavke za nastanak perforacije crijeva, a samim tim i mekonijumskog peritonitisa gdje nije prisutna okluzija. Tako se, između ostalih, kao mogući etiološki činioci navode neke nedostatnosti kao što su postojeće lokalne nekroze, patološke promjene na krvnim sudovima, heterotopije mukoze, anomalije u tkivnoj strukturi crijeva.

Fatalni ishod našeg bolesnika i pored pomno provedene preoperativne, operativne i postoperativne terapije, može se prepisati u prvom redu, neblagovremenom postavljanju prave dijagnoze (rođeno 10. 2. 1967. godine a trećeg dana po rođenju primljeno kod nas), a uz to dijete je bilo sa izraženim znacima Down-ove bolesti. Na kraju mogli bismo istaći da bi se uskom saradnjom opstetričara, pedijatara i kirurga sa blagovremenim postavljanjem dijagnoze i adekvatnim kirurškim tretmanom mogla znatno ublažiti dubiozna prognoza mekonijumskog peritonitisa.

ZUSAMMENFASSUNG

Schutzdienst für Kinder und Jugendliche des Medizinischen Zentrums,
Banja Luka

PERITONITIS MECONIALIS

V. Milošević, S. Rac, S. Zrilić, T. Zigić und E. Vehabović

Es ist ein Fall des Meconium peritonitis bei männlichen mongoloiden Neugeborenen dargestellt. Es war eine Darmperforation anwesend, jedoch ohne Occlusion und Inkapsulation. Die Diagnose wurde präoperativ am dritten Tag nach der Geburt gestellt, und operativ bestätigt. Das Kind starb ein Tag nach der Operation.

Die Autoren zeigen auf die Notwendigkeit der engen Zusammenarbeit von Opstetikern, Padiatren und Chirurgen an, wegen rechtzeitigen Stellung der Diagnose und chirurgischer Therapie dieser seltenen und diagnostisch schweren Erkrankung.

LITERATURA

1. Bérard M. M., Buffard P., De Herenne P.; Arch. ped., 87, 64, 1961.
2. Bumbić S.; Srpski arhiv 7—8, 745—751, 1967.
3. Dieckhoff J.; Lehrbuch der Pädiatrie und ihre grenzgebiete, Georg thime Verlag, Leipzig, 1965.
4. Verger Lassere B., Palussière C.; J. méd. de Bordeaux, 138, 291, 1958.
5. Zečević N., Lazić D. i Jordačević J.; Med. glasnik, 7—8, 348—351, 1961.

Služba za dječju zaštitu
Medicinskog centra u Banjoj Luci
Načelnik: dr M. Mrakovčić

Hirurška služba
Medicinskog centra u Banjoj Luci
Načelnik: dr F. Stančić

Karci
 za po

Dušan

Ova
 nonia k
 U k
 dure nis
 ratorijsl
 snika na
 trali sr
 u ruke,
 Posi
 no 12.86
 Od kar
 21 bole
 lesti, ra
 Istc
 sa mali
 ka hosj
 U našoj
 pacijen
 rija od
 Gla
 št, ljen,
 kao na
 ca su u
 zaista 1
 kasne :
 može r
 va bole
 Tra
 bolesni
 goba k
 meseci
 Tra
 dana (
 jemnoj
 vreme
 slučaja
 U
 tih opi
 gresivr
 ž, oko
 Se
 preko
 zio je
 Te
 bili af
 U
 (5) no
 malnu
 lice, b
 obziro

* Citanc

Karcinomi kolona u naših bolesnika za posljednjih pet godina*

Dušan Terzić

Ovaj rad predstavlja rezultat retrospektivne analize karcinoma kolona u našem materijalu.

U kliničkoj obradi bolesnika nekad možda i značajne procedure nisu uvek preduzimate, često nisu urađena ni mnoga laboratorijska ispitivanja — uglavnom zbog kratkog boravka bolesnika na odeljenju. Iz praktičnih razloga u mnogo slučajeva smatrali smo za neophodno da bolesnika predamo što pre hirurгу u ruke, čim je dijagnoza karcinoma kolona bila potvrđena.

Posljednjih pet godina na Internom odeljenju je lečeno ukupno 12.867 bolesnika, od toga od svih malignih bolesti 330 (2,56%). Od karcinoma kolona i rektuma bolovao je u istom periodu 21 bolesnik (6,36% u odnosu na sve bolesnike od malignih bolesti, računajući i leukoze).

Istovremeno je lečeno na Hirurškom odeljenju 29 bolesnika sa malignitetom rektuma i kolona što u odnosu na 486 bolesnika hospitalizovanih uopšte zbog malignih oboljenja čini 5,56%. U našoj grupi bolesnika muškaraca je bilo 10, žena 11. Najmlađi pacijent je imao 40 god., najstariji 75 god. a većina je bila starija od 60 godina.

Glavne tegobe su: učestane, krvave stolice (9), bol (7), mršavljenje (3), i otok trbuha (2). Gubitak apetita nije zabeležen kao naročito upadljiv simptom ni kod jednog bolesnika. Dvojičica su uporno povraćala. Odmah se može videti upadljiva prevaga zaista tipičnih tegoba. Međutim, one sve predstavljaju relativno kasne simptome karcinoma. Jedino se za krvavljenje u stolici može reći da bi koliko-toliko moglo biti jedan od ranijih znakova bolesti.

Trajanje ovih tegoba je različito, od jedne i po godine (1 bolesnik) do 15 dana (1 bolesnik). Najčešća dužina trajanja tegoba kod naših bolesnika, do dolaska u bolnicu, bila je oko 6 meseci (6,2).

Trajanje boravka na odeljenju je takođe različito, od jednog dana (ili nijednog, jer je dijagnoza postavljena odmah u prijemnoj ambulanti kod 2 bolesnika), do 63 dana (1). Međutim, vreme do postavljanja dijagnoze hospitalizovanih (osim u dva slučaja) nije bilo duže od 4 dana.

U kliničkoj slici nije bilo većih odstupanja od već poznatih opštih znakova maligniteta u manifestnoj fazi: svi su progresivno gubili na težini, i to znatno, jedan bolesnik oko 20 kg. za oko dva meseca.

Sedimentacija E bila je u prvom satu preko 50, a u drugom preko 100 mm (osim u dva bolesnika). Ordinirajući lekar zapazio je ambulantno ubranu sedimentaciju u tri bolesnika.

Temperatura nije bila povišena. Celim tokom bolesti svi su bili afebrilni.

U perifernoj krvnoj slici postojala je umerena (10) ili teža (5) normohromna anemija. Pet bolesnika imalo je potpuno normalnu krvnu sliku. Mada nijedan od njih nije imao krvave stolice, bar ne makroskopski, ovo je prilično neuobičajen nalaz, s obzirom na već odmakao maligni proces.

* Citano na Sastanku Gastroenterološke sekcije BiH u Jajcu 13—14. IV 1968.

Što se tiče lokalizacije lezije, ona se samo u četvorice naših bolesnika nalazila na »netipičnom« mestu — u proksimalnim partijama kolona. Kod dvojice je to bio laparoskopski viđen slabinasti tumor kolona i mezenterijuma u predelu desne fleksure (u jednog od njih registrovan i prethodno irigografski) a u druge dvojice laparoskopski nalaz je bio uredan, dok je irigografija pokazala razvijenu infiltrativnu leziju u području ascendentnog kolona.

Sve ostale neoplazme nalazile su se u distalnom delu creva — retko sigmoidnom prelazu, rektumu i anorektalnoj regiji, dakle dostupni digitalnom pregledu (5) ili rektoskopiji.

Upravo je ova činjenica ono što ističem. Svih pet bolesnika su se mesecima mučili sa svojim tegobama (dvojica godinu dana), dok su najzad upućeni na naše odeljenje gde je običnim digitorektalnim pregledom nađena opturirajuća ili egzulcerisana tumorozna masa. Kod 10 bolesnika dijagnoza je postavljena rektoskopski a kod 2 irigografijom. Kod ova dva bolesnika rektoskopski nalaz je bio uredan a neoplazma se nalazila u descendentnom delu kolona, izvan domašaja rektosigmoidoskopije.

Osim kod tri bolesnika, gde se radilo o adenokarcinomu, u ostalih nemamo histološku diferencijaciju neoplazme.

Takođe što se tiče metastaza nismo u stanju da kažemo bilo šta određeniije. Dok su bolesnici boravili na odeljenju rutinskim pregledima nisu nađene ni regionalne ni udaljene metastaze, ali imajući u vidu osobine ovih tumora, pitanje je da li bi bile nađene i da su pažljivo tražene.

Od naših bolesnika šest je otpušteno kućama s uputstvom za, uglavnom, simptomatsku terapiju. Troje je kategorički odbilo hirurški poduhvat, troje je bilo u tako teškom stanju da nikakav hirurški poduhvat nije dolazio u obzir. Drugih šest bolesnika umrlo je na odeljenju posle prosečno 11 dana boravka, i od njih je većina odbila hiruršku intervenciju. Devet bolesnika premešteno je na Hirurško odeljenje, prosečno posle 18 dana boravka kod nas, za koje vreme je popravljano opšte stanje pacijenta, nadoknađivan manjak Hb i E, podupiran i toniziran kardiovaskularni sistem itd.

U zaključku se može reći da je dužina trajanja tegoba u bolesnika s karcinomom kolona ili rektuma, vreme od šest meseci, period beskrajno dug u odnosu na trenutak kad je učinjen prvi rektalni pregled ili rektoskopija.

Kod petoro od ovih bolesnika dijagnoza je bila postavljena takoreći odmah posle rektalnog pregleda a kod većine ostalih posle rektoskopije. Obe procedure su, poznato je, vrlo jednostavne. Ishod bolesti u naših bolesnika bio je skoro katastrofalan — od 21 samo je devetorici mogla da bude pružena neka šansa operativnim lečenjem.

Da nije izgubljeno toliko vremena u »uzimanju nekih tableta i kapljica«, kako to piše u istorijama bolesti ovih bolesnika, možda ni taj ishod ne bi bio takav.

LITERATURA

- 1) Bockus: Gastroenterology, vol. II., Saunders, 1953.
- 2) R. Jackman: Lesions of the Lower Bowel, Ch. Thomas, Springfield, USA 1958.
- 3) A. Gašparov i sar.: Rana dijagnoza karcinoma kolona, Liječn. Vijesnik, 1963. (85).

RESUME

Service de Médecine Centre médical de Banja Luka
CANCER DE L'INTESTIN GRAS DANS LES 5 DERNIERES ANNES
Dušan Terzić

L'auteur rapport sur 21 cas de cancer de l'intestin gras dont le diagnostic se fonde sur les données fournies par la rectoscopie et la radiographie.

Le période de six mois à 2 ans c'est écoulé avant que ces malades aient été hospitalisé pour le traitement définitif, ce qui pouvait être attribué surtout à un touché rectal et une rectoscopie tardives.

*Internistička služba
Medicinskog centra Banja Luka
Načelnik: dr Andrija Mikeš*

de naših
imalnim
den sla-
fleksure
i u dru-
ografija
dentnog

u creva
giji, da-

bole ni-
godnu
običnim
erisana
na rek-
a rekto-
descen-
ije.

omu, u

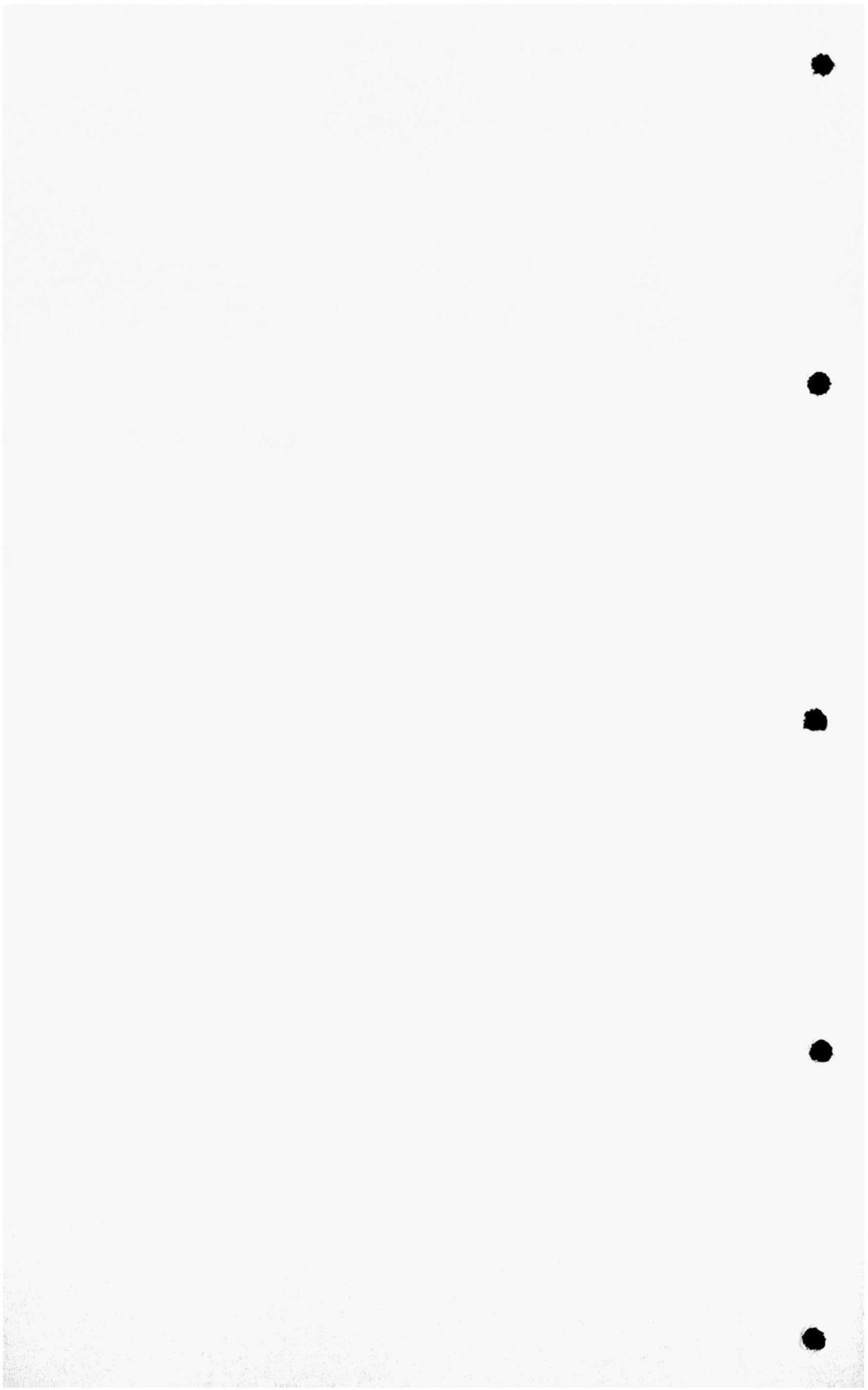
emo bi-
i rutin-
meta-
la li bi

tstvom
i odbi-
da ni-
t bo-
avka, i
lesnika
na bo-
e paci-
n kar-

oba u
st me-
činjen

vljena
ostalih
jedno-
strofa-
a šan-

table-
snika,



Diseminovana intravaskularna koagulacija

Diseminovana intravaskularna koagulacija (dik) je pojam o kojem se govori i koji se proučava unazad nekoliko godina. Čini se da su prividni paradoks, krvavljenje usled tromboze (hiperkoagulacije) naslutili i stariji autori (Wooldridge 1886, Gutmann 1914, Mills 1921). U to vreme se dalje od vrednog zapažanja i zanimljive pretpostavke nije moglo poći.

Glavne karakteristike dik-a jesu — aktivacija koagulacionog mehanizma u cirkulaciji, formiranje fibrinskih tromba u kapilarima, arteriolama i venulama sa ili bez opstrukcije krvnih sudova, lokalne nekroze, sniženje koncentracije koagulacionih faktora u plazmi, pre svega fibrinogena, protrombina, faktora V, VIII i XII, i trombocita. Oni se »troše« u toku formiranja tromba u cirkulaciji, zbog čega često korišten termin »potrošna koagulopatija« (»Verbrauchskoagulopathie«, »consumption coagulopathy«). Najočitiija promena je drastično sniženje koncentracije fibrinogena i zato često korišten, ali i osporavan termin defibrinacije.

Klinička slika se razvija akutno, sa glavnim obeležjima — kolapsom i hemoragičnim sindromom. Treba reći da dik — može proteći i supklinički — izražen samo u patološkim laboratorijskim testovima.

U eksperimentu na životinjama sličan sindrom poznat je kao Sannarelli—Schwartzmannov fenomen. Sastoji se u tome da se zečevima ubrizga u dva maha iv. endotoksin gram-negativnih bakterija u intervalu od 24 sata. Svaka od ovih injekcija endotoksina u stanju je da aktivira mehanizam koagulacije. Međutim, prva injekcija sama ostaje bez manifestnog efekta, jer RES uklanja iz cirkulacije i endotoksin i intermedijarne produkte koagulacije. Druga injekcija izaziva masivnu precipitaciju fibrina, cirkulatorne poremećaje i hemoragični sindrom. To isto može da se zbiva i posle prve injekcije endotoksina ako je prethodno RES blokiran, npr. torijevim dioksidom (thorotrast).

Slične efekte postigao je i Selye različitim hemijskim supstancijama (davao dve različite u intervalu). Nijedna sama za sebe nije izazvala trombohemoragični fenomen, a zajedno, tačnije prvo jedna a posle 24 sata druga — jesu. Protumačio je to tako, da prva supstancija deluje predisponirajuće, a druga pokreće patogeni mehanizam.

Dik je humani ekvivalent Schartzmann—Sannarellijevom fenomenu. Međutim, to nije patogeni mehanizam sui generis, već intermedijarni proces u toku brojnih oboljenja. U pozadini svakog dika stoji neki etiološki faktor koji je aktivisao koagulaciju. Takvi činiooci su, prema McKay-u, intravaskularna hemoliza, oslobađanje tkivnog tromboplastina, bakterijski endotoksini, proteolitički fermenti, čestice materije ili koloidalne, anoksija i anoksemija, oštećenje endotela i unošenje masnih supstancija u cirkulaciju.

Oboljenja u kojim se nalazi dik, mogu se grupisati prema prirodi bolesti, kao u hematologiji, opstetriciji, hirurgiji i sl. Po Rodriguez—Erdmann-u, sve se bolesti mogu uvrstiti u četiri veće grupe:

1. *Humani ekvivalent—Schwartzmann—Sannarellijevog fenomena*: septički abortus, missed abortion, horioamnionit, purpura fulminans, Watterhous—Friderichsenov sindrom, septikemija, trombohemolitička trombocitopenična purpura (Moschowitz).

Endotoksin koji je u ovih stanja dospo u cirkulaciju ne aktivira mehanizam zgrušavanja direktno, već neposredno preko faktora XII (Hagemann) i trombocitnog faktora 3.

2. *Infuzija tromboplastina*. Radilo bi se o kliničkim stanjima u kojih se mehanizam koagulacije aktivira autoinfuzijom tromboplastina (tkivnih prokoagulansa). Ekstrakti mnogih tkiva, a među njima i eritrocita i leukocita, sadrže tromboplastin. Tu spadaju — hemoragični akcidenti u toku abruptio placentae, embolije amnionskom tečnosti, ujed nekih zmija, pojedini tumori (plućni, prostata) i hemolitičko-uremički sindrom.

U infundiranom materijalu uz tromboplastin se nalaze i aktivatori fibrinolize.

Tok ovih oboljenja je akutniji nego onih iz prve grupe. Izuzetak čine tumori, u kojih je »autoinfuzija« tromboplastina sporija, postepena i period koagulacionog poremećaja protrahovan.

3. *Masna embolija*. Nju često prate petehijalna krvavljenja, ređe profuznija. Verovatno je da zasićene masne kiseline aktivni faktor XI (PTA) i faktor XII.

4. *Kasabach—Merrittov sindrom*. Radi se o džinovskim hemangiomima u deca u koje se koji put nalaze masivna krvavljenja uz hipofibrinogenemiju i trombocitopeniju. Patogeneza ovih krvavljenja nije dovoljno poznata.

Oboljenja u kojih se nalazi, ili može da ustanovi iv. koagulacija, mogu biti i neka druga — kada mehanizam aktivacije procesa zgrušavanja nije identifikovan, posebno kada postoje određeni predisponirajući elementi: usporena cirkulacija krvi (lokalno ili opšte), hiperviskoznost, acidoza, povišeni nivo kateholamina i hormona stražnjeg režnja hipofize, traumatizam, operativni zahvat, anestezija i možda neki drugi.

Lokalni faktori cirkulacije detaljno su proučeni u šoku. Mnogo zasluga za to ima Hardaway. Dik se nalazi u trećoj fazi šoka, u refraktarnoj fazi (u odnosu na standardne metode lečenja — uspostavljanje izovolemije i dr.).

Manifestacije dik-a mogu biti raznolike, od supkliničkih oblika, okultna i manifestna krvavljenja do fatalnih krvavljenja. Ukoliko bolesnik preživi prvu fazu, mogu nastupiti pozne manifestacije kao posledica lokalnih nekroza u najviše zahvaćenom organu, npr. akutna hepatalna, renalna, plućna, kardijalna, nadbubrežna, cerebralna insuficijencija. Svaka od ovih ima svoju specifičnu simptomatologiju.

Biloški najevidentniji i laboratorijski relativno lako dokučiv poremećaj dika, kao što je već rečeno, je hipofibrinogenemija. Ona se pogrešno identifikuje koji put s pojmom hiperfibrinolize, koji put sa dik-om. Praktično, vrlo je teško ustanoviti koji je pravi razlog sniženja fibrinogena u plazmi.

Umanjena sinteza fibrinogena u jetri je najverovatniji uzrok konstitucionalnih afibrinogenemija. Kod stečenih a — ili hipofibrinogenemija, taj razlog je veoma redak — bar kao jedini. Međutim, parcijalno, selektivno oštećena jetra primarnim oboljenjem doprinosi težini i stepenu hipofibrinogenemije u slučajevima dik-a ili hiperfibrinolize, ili ova dva zajedno. Naime, produkcija fibrinogena i u lediranoj jetri može da bude suficijentna u fiziološkim uslovima; kada se fibrinogen iz cirkulacije »troši« u povećanoj meri ili razgrađuje, produkcija neće biti dovoljna da koriguje deficit. To je zasada teorijska mogućnost — kojoj nije ukazano dovoljno pažnje. Zato se sa izvesnom rezervom može da smatra da su u stečenim stanjima uzroci a — ili hipofibrinogenemije samo dva mehanizma, fibrinoliza i dik, ili kombinacija ovih mehanizama.

Fibrinoliza je fiziološki proces u diskretnoj meri uvek prisutan lokalno ili generalizovano. Nije novo tvrđenje da se fibrin stalno deponuje na zid endotela kapilara, treba tako da obezbedi i integritet i nepropustljivost suda. U pojačanoj meri to se de-

šava
tada
vavlje
loški
drugi
cirku
lazno
ovoj
neost

U
(konz
patol
politi
akto
mena
i bio
uravr
da li
ragič
zajed
koagu
brzin
rezist
nih.

L
tira
klinič
treba
ragič
bina,
zahte
u tol
anja
čava

U
prem
kat l
lacije
mani

D

bitor
sluča
uzrok
kvatr
popra
litičk
bram
ri fav
C
znača
atalk
put i

Blix S
Harda
McKay
Merski
Rodrig
Selye
Streiff
Diffus

šava kada je morfološki integritet endotela kapilara ugrožen; tada fibrinski depozit uspostavlja kontinuitet zida, sprečava krvavljenje. U oba ova slučaja, od kojih je prvi fiziološki, teleološki posmatrano — homeostatki mehanizam ravnoteže, a drugi reaktivni, korekcionni mehanizam. Fibrinoliza treba iz cirkulacije da ukloni višak formiranog fibrina, da obezbedi prolaznost krvnog suda. U posljednje vreme sve je više prigovora ovoj pretpostavci, osobito kada je reč o fiziološkim uslovima i neoštećenim krvnim sudovima.

U situacijama u kojima je pretvaranje fibrinogena u fibrin (konačni ishod aktivisanog mehanizma koagulacije) ekstenzivan patološki proces (lokalni ili diseminovani), aktivise se i fibrinolitik proces (možda takođe indirektno, putem aktivisanja faktora XII). Hiperfibrinoliza može da bude popratna, istovremena s dikom, ili sekundarna. Šta će se klinički, biohemijski i biološki desiti, zavisice od toga da li su ta dva mehanizma uravnotežena, ili je ravnoteža poremećena u jednom pravcu tj. da li dominira slika začepjenja krvnih sudova — ili više hemoragični sindrom. U svakom slučaju, oba mehanizma odvojeno ili zajedno dovode do drastičnog sniženja fibrinogenemije (i drugih koagulacionih činilaca). Neadekvatnost fibrinolize u odnosu na brzinu i intenzitet nastajanja fibrina u nekih stanja dovodi do rezistentnih obično terminalnih krvavljenja, najčešće cerebralnih.

Lečenje je pre svega kauzalno, tj. treba da se energično tretira osnovno oboljenje koje je do dika dovelo. Kada postoje kliničke manifestacije dik-a (ne samo laboratorijske) lečenje treba pokušati heparinom. Činjenica da se za lečenje hemoragičnog sindroma preporučuje antikoagulans inhibitor trombina, ne samo što zvuči paradoksalno, već i krije u sebi rizik i zahteva izvanredno pažljivo kontinuirano praćenje onog što se u toku lečenja zbiva (laboratorijski). Heparin ima svog opravdanja, jer svojim osnovnim antitrombinskim svojstvom sprečava pretvaranje (polimerizaciju) fibrinogena u fibrin.

Umešnost je odrediti optimalnu dozu heparina. Ako se daje premlalo, nema efekta — prevaliraće stimulansi koagulacije, efekat heparina neće biti dovoljan da prevlada — proces koagulacije će biti i dalje efikasan. Ako se pak predozira, hemoragične manifestacije će se pojačati.

Drugi lek je EACA (epsilon-aminokapronska kiselina) inhibitor fibrinolize (plazminogena i plazmina). On je indikovani slučajevima spontane fibrinolize u ovom radu ne pominjanih uzroka, a u slučaju dik-a, samo kada je hiperfibrinoliza neadekvatna. Kod čistog dik-a — tj. u njegovoj prvoj fazi, ili ako je popratna fibrinoliza »celishodna« davanje bilo kojeg antifibrinolitikog sredstva biće pogreška, jer će se inhibisati valjani odbrambeni, reaktivni mehanizam, proces tromboziranja biće ustvari favorizovan.

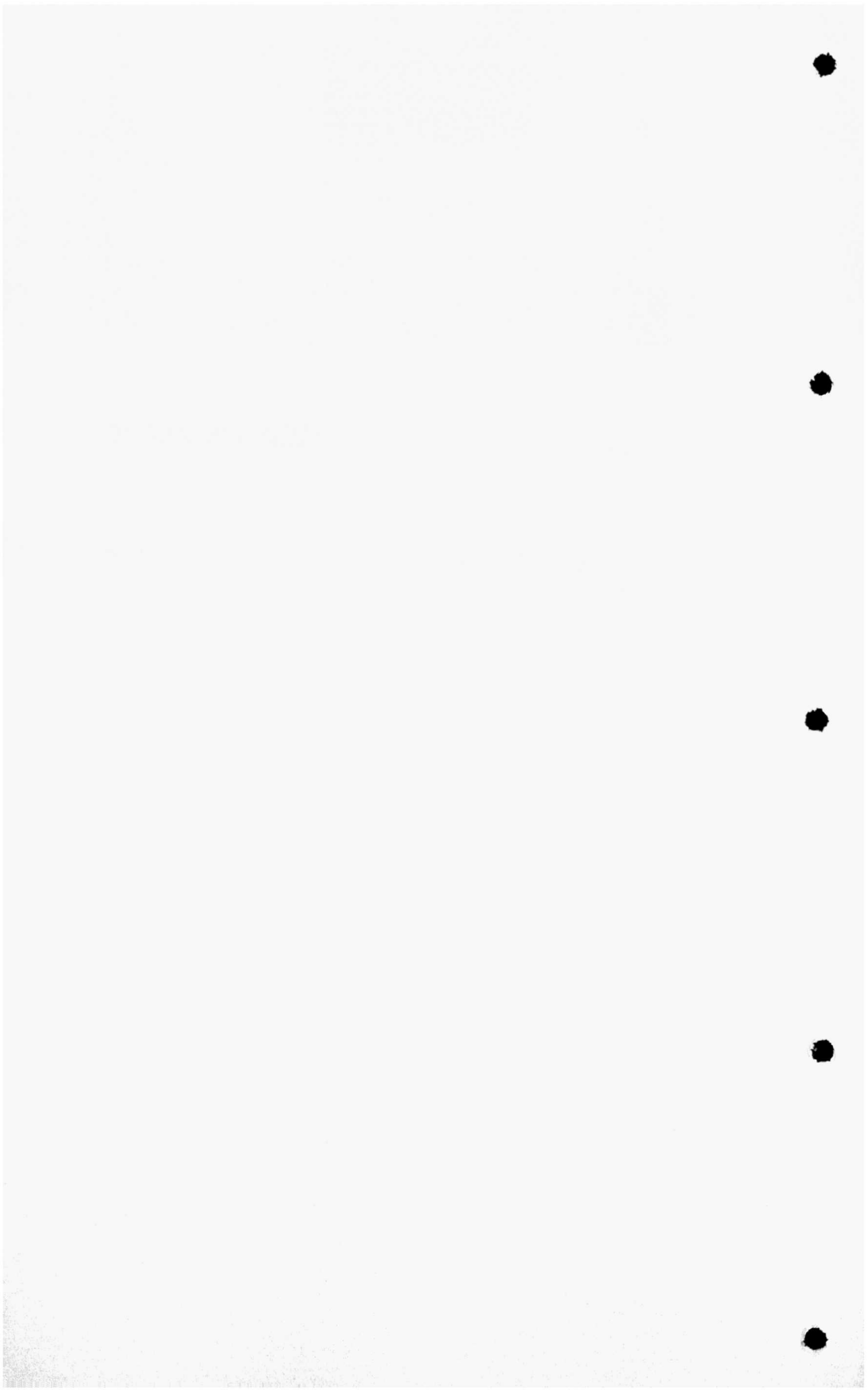
Očito je da je postavljanje ispravne laboratorijske dijagnoze značajno i iz vrlo praktičnog razloga, izbora lečenja. Taj je zadatak, međutim, i u najboljoj laboratoriji, uvek delikatan, koji put i nerešiv.

V. B.M. i A. M.

LITERATURA

- Blix S.: Acta med. Scand. 181, 597, 1967.
 Hardaway R. M.: Am. J. Cardiol. 20, 161, 1967.
 McKay P. G. i Müller-Berghaus: Am. J. Cardiol. 20, 392, 1967.
 Merskey C, Johnson A. J., Pert J. A. i Wohl H.: Blood 24, 701, 1964.
 Rodriguez-Erdmann F.: N. Eng. J. Med. 273, 1370, 1965.
 Selye H.: Am. J. Cardiol. 20, 153, 1967.
 Streiff F., Larcen A. i Peters A.: Presse méd. 75, 1885, 1967.
 Diffuse intravascular clotting (Conference), Schattauer Verl., Stuttgart, 1966.





J. Holguin G. Fenichel:
Migraine,

—70:290-297, 1967. (Migrena)
J. Peediatr.

Učestalost migrene u dječjoj dobi procjenjuje se između 2 i 4,6 zosto. Zato je taj sindrom značajan razlog traženja liječničke pomoći u pedijatrijskoj praksi.

Proučavanje obuhvaća 55 djece promatranih kroz vrijeme od 2 mjeseca do 13 godina. Dijagnoza migrene kod djeteta s napadajnom glavoboljom postavljena je kada je imalo najmanje dva od ova četiri znaka: 1. jednostrana glavobolja, 2. mučnina ili povraćanje, 3. vidna aura ili drugi prolazni živčani poremećaj i 4. anamneza migrene u roditelja, braće ili sestara.

Početak glavobolje najčešće je zabilježen kod djece u dobi od 6—10 godina. Najmlađi bolesnik imao je 18 mjeseci kada je glavobolja započela. Samo kod 5 bolesnika glavobolja je započela u dobi od 10—13 godina.

Čestoća napadaja kolebala je od jedanput godišnje do više puta dnevno. Ovo je uočeno u 14 djece (28 posto), gdje su viđeni uzastopni napadaji kroz različit broj dana, a zatim bi uslijedila remisija do godinu dana. To su autori nazvali »subintransantna slika«. Većina napadaja trajala je 1—2 sata, započinjući najčešće kasno po podne.

Vazokonstriktivna faza: 45 posto imalo je vidnu auru: scintilantni skotomi, iskrice, obojene crte i krugovi, diplopija, blještavilo, fotofobija; rijetko mikropsija ili makropsija. Drugi po čistoći bili su tjelesni osjetni simptomi, obilježeni dizestenzijom inostrano od glavobolje. Ostali znaci bili su vrtoglavica, jeza, tresavica i afazija. Rijedak, ali dramatičan znak bila je prolazna hemipareza (4 bolesnika) i uvijek je nestajala unutar nekoliko sati.

Vazodilatativna faza: Najvažniji znak te faze bila je glavobolja, koja je opisana kao kucanje (60 posto), pulziranje, udaranje, paljenje i stezanje. Najčešće je bila jednostrana, inače bifrontalna, opća, u svrtku ili bitemporalna. Mučnina i povraćanje bili su stalni znaci (45 bolesnika), a kod 6 djece postojali su bolovi u trbuhu.

Postcefaleična faza: Iznurenost i pospanost javili su se kod 60 posto djece. Duljina te faze bila je razmjerna težini napadaja.

Kod 13 djece dobiveni su podaci o morskoj bolesti (»motion sickness«). Padavica je dokazana u jednoga, a vjerojatno je postojala još u jednoga. Treći bolesnik imao je napadaje »grand mal« u vazokonstriktivnoj fazi. Kod 41 djeteta urađen je jedan ili više elektroencefalograma. Od tih 11 pokazalo lokalizirana žarišta spore djelatnosti, 1 napadajno izbijanje sporih valova i 1 je bio loše organiziran s abnormalnim podizanjem s hiperventilacijom, što je ostajalo poslije njezina prestanka.

Porodična anamneza bila je pozitivna u 39 djece (87 posto).

35 bolesnika liječeno je ergotaminskim preparatima. Za 25 je korišten lijek na usta, a za 10 pod jezik. Metiserigid maleat dobivalo je 6 bolesnika, a 9 je primalo sve troje zajedno. Za 3 bolesnika bio je dovoljan aspirin. Kada je ergotamin dat u vazokonstriktivnoj fazi napadaj se nije pojavio kod 7 bolesnika, a bio je manjeg intenziteta kod 12. Za 5 bolesnika bio je nedjelotvoran. Za 6 bolesnika sa subintransantnom slikom koji su primali metizerigid maleat, kod 3 je postignuta potpuna profilaksa, kod 1 je liječenje obustavljeno zbog tromboflebitisa.

Najprije se iznose nova shvaćanja o porijeklu migrene i upletenim mehanizmima. Vjerovatno je da migrena obično započinje rano u djetinjstvu, ali se dijagnoza ne postavlja dok dijete

nije dovoljno zrelo da opiše svoje tegobe. U mnogim vrstama dokazan je početak migrene prije školske dobi. Najmlađi opisani bolesnik imao je 8 mjeseci. Iako nema bitne razlike u kliničkoj slici prema onoj kod odraslih, ipak je u djece učestalost napadaja vjerojatno veća, a trbušni znaci češći. Vidne smetnje dijete nikada samo ne iskazuje, nego se moraju izmamiti izravnim pitanjima. Pulzantna narav glavobolje obično se ispoljava rukom, kojom dijete oponaša kucanje u glavu ili ritmički lupajući o glavu. Dijagnoza je naročito teška u djece mlađe od 3 godine. Kod njih pozitivna porodična anamneza može biti glavni putokaz k dijagnozi.

Zatim autori raspravljaju o mogućnoj srodnosti migrene i epilepsije.

Prognoza migrene u dječjoj dobi je, smatra se, dobra, ali ipak nema potpunih praćenja. Smatra se da će većina bolesnika biti bez napadaja kada odrastu. Autori su bili začuđeni brojem roditelja koji su izjavili da su imali migrenu u dječjoj dobi s kasnijim potpunim nestankom ili izrazitim poboljšanjem. Autori zaključuju da je prognoza migrene u dječjoj dobi bolja od one koja počinje u odrasloj dobi.

K. BERNARD

V. V. Nemeš,
Z. A. Topčiašvili,
N. N. Brajceva

Rentgenološke vozmožnosti kontrastnog issledovanja želčevivodašćej sistemi prželtuhe

KLINČESKAJA MEDICINA
13, 104, 1965.

(Rendgenološke mogućnosti kontrastnog ispitivanja žučovodnog sistema kod žutice)

Autori nastoje da upoznaju dijagnostičke mogućnosti kontrastnog ispitivanja žučnih puteva kod žutice.

Ispitivanja su vršena na 169 bolesnika. Kod svih bolesnika pored Rtg ispitivanja obavljene su i neophodne laboratorijske pretrage uključivši biohemijska istraživanja krvi, funkcionalne probe jetre, a kod nekih i dudensko sondiranje, za koje naglašavaju da je korisno.

U 35 bolesnika napravljena je peroralna holecistografija. Prikazivanje žučnog mjehura dobiveno je u 21 slučaju. Razina bilirubina u krvi uglavnom nije prelazila 1 mg%.

U 107 bolesnika napravljena je i. v. holecistografija (cholegraphia). Pozitivni rezultati dobiveni su u 82 slučaja, od kojih u 17 razina bilirubina u krvi nije prelazila 1,5 mg%. Autori drže ispitivanje nekorisnim ako u roku od dva sata od početka ispitivanja nema nikakvih znakova početka prikazivanja žučnog mjehura a osobito kanala.

Na grupi od 50 bolesnika s izraženom žuticom napravljena je perkutana holangiografija. Ona je pouzdana kod svih vidova okluzione žutice i to ne samo u postavljanju etiološke ili patogenetske dijagnoze nego i u sastavljanju plana za kirurško liječenje. Na toj grupi bolesnika primjenjivane su sve gore navedene metode istraživanja i pokazale su se neefikasne.

Perkutanoj holangiografiji obavezno prethodi provjeravanje hemoragičnog sindroma i određivanje protrombinskog vremena. U toku nekoliko dana bolesnik prima vikasol, kalcij klorid i glikozu. Prije ispitivanja 4-5 sati zabranjuje se uzimanje živežnih namirnica. Pravi se također i proba preosjetljivosti prema jodu i premedikacija (promedol, suprastin, atropin). Poslije lokalne anestezije svih slojeva trbušnog zida i kapsule jetre paralelno desnom rebarnom rubu iglom za spinalnu anesteziju napravimo punkciju pod desnim rebarnim lukom, za 3-4 cm niže od njega na srednjoj klavikularnoj liniji. Iglu uvodimo polagano pod uglom od 45 stepeni na dubinu 12-14 cm. U momentu prolaska igle kroz zid unutrašnjeg jetrenog kanala osjeća se izvjestan otpor. Postepeno povlačimo klip šprice i s pojavom žuči uvjerimo se da smo u kanalu. Špricu skidamo, izmjerimo tlak u unutrašnjosti jetrenih kanala i bez promjene položaja igle izvučemo što je moguće veću količinu žuči, zatim kroz iglu uvodimo 20 ml kontrastnog sredstva i špricu skidamo. U otvor igle uvodimo mandren da bismo spriječili isticanje kontrast-

nog sredst
mah posl
sredstva,
i zatim
položaju
tivna pr
novo u
Kad je
špricu u
izvučemo
pravimo
pitivanih
i utvrde
a kod
uzijelo.
u do
posljedic
sta pun
nastanko
ispitivani
nastalo
talnim z
koder
(Nurick

Kao d
plikacija
žučnom
snika is
izvedeno
primijet
što je č
nim kir

Da bi
vi, p
mentu
statsku
me rep
i tampe

Zbog
kvadran
bolesnik
narkotik
blokade

Kod
stignuti
tivanja,
obratit
jene žu
konfigu
sliku n
sti od
sa i
na sv
postavl
bor op

Iz
perkut
predno
dugovk
slije
operati
vima.

nog sredstva. Prvi Rtg snimamo odmah poslije uvođenja kontrastnog sredstva, drugi kroz 10—15 minuta, i zatim kroz 1—2 sata, u različitim položajima bolesnika. Ako je negativna prva punkcija pokuša se ponovo u različitim kvadratima jetre. Kad je igla pogodila krvni sud, u špricu ulazi krv. U tim slučajevima izvucemo iglu, stavljamo mandren i pravimo ponovnu punkciju. Od 50 ispitivanih u 44 je pogođen žučni kanal, i utvrđena je stvarna priroda žutice, a kod 6 bolesnika ispitivanje nije uspjelo. Dijagnostička vrijednost ove metode je očita. Jedine nepoželjne posljedice su obilno krvarenje iz mješta punkcije jetre i oticanje žuči s nastankom žučnog peritonitisa. Od 50 ispitivanih bolesnika ovom metodom nastalo je kod jednog krvarenje s letalnim završetkom. U literaturi je također opisan jedan ovakav slučaj (Nurick i sar.).

Kao druga ne manje ozbiljna komplikacija je već navedena. Radi se o žučnom peritonitisu. U jednog bolesnika ispitivanje je bilo neispravno izvedeno kroz žučni, mjnhur te su primijetili značajno propuštanje žuči što je dovelo do potrebe za neodložnim kirurškim zahvatom.

Da bi spriječili isticanje žuči ili krvi, počeli su 1961. godine u momentu izvlačenja igle uvoditi hemostatsku spužvu, a u posljednje vrijeme reptilazu za stvaranje ugrušaka i tamponiranje punkcionog otvora.

Zbog bolova u desnom gornjem kvadrantu koji su primjećene kod 8 bolesnika preporučuje se dati 1 ml narkotika (promedol, pantopon) radi blokade.

Kod analiziranja rendgenograma postignutih poslije holangiografskog istivanja, osnovna pažnja treba da se obrati na jasnoću i karakter promjene žučnog crteža, prolaza i kalibra, konfiguraciju njegovih kanala, nivo i sliku mehaničke zapreke. U zavisnosti od lokalizacije patološkog procesa i etiološkog faktora Rtg slika ima svoje osobitosti. Ona omogućava postavljanje pravilne dijagnoze i izbor operativnog zahvata.

Iz izloženog se da zaključiti da perkutana holangiografija zaslužuje prednost i mora biti izvršena bez odugovlačenja kod teških žutica, poslije ponavljanih i tim više čestih operativnih zahvata na žučnim putevima. Ona je najviše cijenjena me-

toda do operacionog utvrđivanja uzroka okluzione žutice. Njena primjena uopće ne predstavlja opasnost uz pažljive pripreme bolesnika.

Ivo BARISIC

G. J. Kremer, B. Knick,
H. J. Lange, F. K.
Kossling und H. Grams

Frühdiabetische Stoffwechselanomalien und objektivierten Lebererfettungsgrad bei Gallensteinträgern

Schweiz. Med. Wschr. 98, 110, 190.

(RANE DIJABETIČNE ANOMALIJE U
METABOLIZMU I BIOPTICKI
UTVRĐENA STEATOZA JETRE KOD
OBOLJELIH OD HOLELITIJAZE)

Ispitan je 61 pacijent između 25 i 26 godina. Od toga je bilo 25 žena i 36 muškaraca. Manifestni dijabetičari i bolesnici s drugim utvrđenim poremećajima metabolizma su isključeni. Kod svih bolesnika su napravljeni slijedeći testovi:

1) intravenski tolbutamidski test, 2) intravenski GTT, 3) test raspodjele triglicerida u serumu, 4) nivo slobodnih masnih kiselina u serumu, 5) cjelokupni holesterol u serumu, 6) tzv. Schallof indeks koji predstavlja kvocijent između stvarne i idealne tjelesne težine, 7) kod 23 pacijenta napravljena je i biopsija jetre. Elektronskim proračunavanjem je od dobivenih rezultata izvađena srž uzajamnih korelacionih odnosa.

Iv. tolbutamidskim testom je ispitano 30 pacijenata (49%) koji su pokazali povećanu rezistenciju glukoze. U 20 (32,6%) mogao se dokazati latentni poremećaj metabolizma ugljikohidrata. Od onih 30 bolesnika (49%) koji su pokazali povećanu toleranciju glukoze, 11 slučajeva su se slagali u oba testa.

Iv. GTT test je u pregledanom kolektivu pokazao znatno više slučajeva sa poremećenom tolerancijom glukoze, nego iv. tolbutamid test. Tu postoje korelacioni odnos $R=-$

0,54. Iz tih ispitivanja vidjelo se da pola ispitanih ima poremećenje metabolizma ugljikohidrata u smislu jednog supkliničkog dijabetesa melitusa. Polovina ispitanih pokazuje povećanu toleranciju glukoze u smislu funkcionalnog hiperinzulinizma. Ostali nisu pokazali nikakav poremećaj, već pojačano lučenje inzulina poslije stimulacije glukozom i tobutamidom.

Masna infiltracija jetre. Od 23 ispitana 72% su imala izvjestan stepen steatoze jetre, 40% imali su 1 ili 2 stepena, a 20% 3 ili 4 stepena steatoze. Korelacioni odnos između rezultata tobutamid testa, masne infiltracije jetre i nivoa slobodnih masnih kiselina u serumu nije se mogao statistički utvrditi. Povišen holesterol i slobodne masne kiseline u serumu imalo je 13 bolesnika.

Tjelesna težina. Od pacijenata s normalnom i povišenom težinom 36% imali su normalna nalaz na jetri, 46% lakšu steatozu, 11% srednju, a samo 7% jaku steatozu.

Iz svega navedenog proizlazi da gojaznost treba posmatrati kao kondicioni faktor svih poremećaja. Poznato je da uz gojaznost dolazi i povišenje masnih kiselina u serumu, i da to može doprinijeti povećanju perifernog djelovanja inzulina na muskulaturu, tako da se stvara prema stupnju kompenzatornog hiperinzulinizma kod relativne inzulinske rezistencije perifernog supstraktnog tkiva. Na kraju toga patogenetskog razvoja došlo bi kod duže gojaznosti do razvoja kompletne insuficijencije ćelija beta u pankreasu.

U ranim stadijima dijabetesa nastaje steatoza jetre tzv. primarno metabolički masna jetra. Da li povećanom nivou masnih kiselina u serumu pripada uzrok holelitijaze, ne može se potvrditi. Nasuprot gore opisanim patogenetskim vezama holelitijaze i tih drugih poremećaja metabolizma, mogla bi postojati i jedna genetskim ili konstitucionim tipom predodređena mogućnost.

Mogućnost povezanosti spomenutih sindroma diskutabilna je.

EMIR BIŠEVIĆ

A. Ruttimann, B. Preter und J. Bircher

Zur percutanen transhepatischen Cholangiographie

Schweiz. med. Wschr. — 98, 278, 1968.
(Perkutana transhepatska holangiografija)

Iskustvo autora se bazira na 94 perkutane transhepatske holangiografije (PTC) kod 93 pacijenta.

PTC se sprovodi preoperativno u lokalnoj anesteziji i pod kontrolom tele-rendgen aparata. Pacijenti kao pripremu prime 50 mg. petantina. Punkcija se pravi u 11. interkostalnom prostoru u prednjoj aksilarnoj liniji iglom promjera 1 mm. na koju je navučen polietilenski kateter. Ovaj kateter ostane u ubodnoj rani nakon što se igla u toku apnoe uvuče, a zatim odmah izvuče van. Iglom se cilja na tačku ca dva poprečna prsta ventrokranijalno iznad Genu superius duodeni. On se inače može lijepo prikazati pjenušavim kontrastom, koji se uzme peroralno. Umetnuti kateter se zatim milimetar po milimetar izvlači van dok se ne pojavi žuč, izmjeri se pritisak, a onda se ubrizga kontrastno sredstvo. Punkcije su se morale ponekad da ponove 2—3 puta, a iznimno 9—12 puta. Injekcije u parenhim jetre ne ostavljaju nikakve posljedice.

U jednoj tabeli autori su dali pregled opita. Iz tabele se vidi da od ukupnog broja ispitivanih bolesnika (94) najviše ih je bilo sa ekstrahepatskim začepljenjima (78) — od toga tumori 54, kamenci 20 i strikture 4. Neuspjelih pokusa bilo je 7—8%. Neuspjeh se uglavnom očekivao kod bolesnika bez dilatacije intrahepatskih žučnih puteva.

Razlikovanje između kamenca i strikture bilo je uglavnom lako. Tumori se u pojedinim slučajevima nisu mogli sigurno isključiti. Lokalizacija stenoze i veličina te stenoze uvijek su se dobro uočavale.

Bolovi su se javljali naročito onda ako se kontrast ubrizgavao bliže hilusu. Kolike su se javile u dva slučaja sa prepapilarnim kamencima i kod jednog postholecistektomičkog sindroma.

Injekcije u dijafragmu mogu da izazovu jak bol, koji iradira u desno rame. Ovi bolovi se kupiraju i. v.

Injekcijom
nim slučajev
stajala je
kom se u
ccm. žuči.
viden, ali
opisan.

Koagulira
nim kanali
strukcija.
organa (žeh
bubreg) ri
kacija.

U literatu
nja opisan
i o njije
teško stanj

Indikacije
sku holang
više širo
se sumnja
ciju. Tako
posthocicis
traindikacij
bolesnika,
vost pretr
opasnost
okolinu (I

PTC doz
plan operz
morfologiji
nim slučaj
predviđen
može dati
se
indikacija
klinike, ri
mum.

F. I. S
Darling
The rad
diagno
hypert
stenos

J. M. diat.
(Radiogra
hipertrofi

Poslije
Sloofa (I
standardi
nika u d
fičke pil
klasičnor
glavito fl

injekcijom novaminsulfana. U pojedinih slučajevima kao komplikacija nastajala je žučna fistula. Tom prilikom se u peritoneumu nađe do 100 ccm. žuči. Žučni peritonit ovdje nije viđen, ali je u literaturi više puta opisan.

Koagulirana krv je zapažena u žučnim kanalima samo kod teških opstrukcija. Punkcija ekstrahepatičnih organa (želudac, tanko crijevo, kolon, bubreg) rijetko dovodi do komplikacija.

U literaturi su na cca 1000 ispitivanja opisana samo 4 smrtna slučaja, i ovo nije visok broj s obzirom na teško stanje u većine pacijenata.

Indikacije za perkutanu transhepatičku holangiografiju ne bi smjele biti suviše široke. Kao indikacija smatra se sumnja na ekstrahepatičku opstrukciju. Također može doći u obzir i postholecistektomijski sindrom. Kontraindikacije su: teško opšte stanje bolesnika, koagulopatije, preosjetljivost prema kontrastnom sredstvu, opasnost od prelaženja infekcije u okolnu (Echinococcus).

PTC dozvoljava kirurgu unaprijed plan operacije, daje mu predstavu o morfologiji žučnih puteva. U izvjesnim slučajevima može da smanji broj predviđenih zahvata, a također mu može dati prognostički oslonac.

Ako se kod PTC držimo striktnih indikacija i ako se sprovode u okviru klinike, rizik je ograničen na minimum.

Sulejmana NALBANTIC

F. I. Shuman, D. B. Darling, and J. H. Fisher

The radiographic diagnosis of congenital hypertrophic pyloric stenosis

J. Pediat. 71, 70-74, 1967.

(Radiografska dijagnoza prirodne hipertrofičke pilorostenoze)

Poslije izvještaja Meiwejsena i Sloofa (1932) široko je prihvaćena standardizirana rendgenografska tehnika u dijagnozi prirodne hipertrofičke pilorostenoze (PHP). U tome klasičnom radu prikazuju autori poglavito fluoroskopski pregled, opisu-

jući uzgred i »znak konca«. Templeton je 1944. uočio da se u kanalu katkada vide dva usporedna traka, duž njegove osi. Gurrarino je 1964. izneo metod pregleda dvostrukim kontrastom, koristeći tačke pritiska da se prikaže tumor. Iste godine Shopfner i sur. opisali su »znak sjenice« (ptice). Haran i sur. izvještali 1966. znak dvostruke trake.

Sadašnje proučavanje obuhvaća 204 uzastopna dokazana primjera PHP promatrana kroz 5 godina. Od tih je jednom ili više rendgenoloških pregleda bilo podvrgnuto 46 bolesnika. Barij je davan bočicom ili kateterom, dojenče je okrenuto na desnu stranu i onda je načinjeno više ciljanih snimaka pilorusa. Poslije fluoroskopije čedo je položeno u sličnu namještaju u svoj krevet. Poslije 30 minuta uzet je jedan AP snimak da se odredi količina ispražnjena želučnog sadržaja.

Rendgenološki znaci

Krivina pilorusa okrenuta gore i lijevo. To je posljedica simetrične hipertrofije kružnih mišića, koji nastoje da slijede zakrivljenost želuca od njegova tijela i prepiloričnog dijela do duodenalne glavice.

Znak konca. U samome početku bolesti izduženi pilorus može se prikazati jedino kao centralno vlakno barijuma — »znak konca«. Taj znak se može izmamiti i ako se pilorus povremeno relaksira, a sluznica nije još zadebljana. Isto tako ako se pilorus djelomično relaksira, npr. atropinskim lijekovima, može se lako izazvati.

Znak kuke. Kuka predstavlja početak izdužena piloričnog kanala; taj znak je obično praćen znakom konca.

Znak ramena. Taj znak nastaje kao posljedica izbočine »masline« u distalni dio antruma.

Znak sjenice. Taj znak predstavlja projekciju distalnoga kraja želuca na malu krivinu želuca, zbog prejavavanja prepiloričnog dijela preko hipertrofične pilorične muskulature.

Znak dvostruke trake. U ovoj vrsti taj znak se pokazao najpouzdanijim. Predstavlja umetak naborane, zadebljane sluznice u pilorični kanal.

Potpuna opstrukcija pilorusa. Ona je rijetka i dijagnostična se kada se ne vidi pilorični kanal i nimalo barija ne prolazi distalno od pilorusa na odgovodnom snimku.

Najčešći dijagnostički kriterij koji se koristi u dijagnozi PHP je palpa-

cija tumora. Učestalost pozitivna nalaza kreće se prema raznim autorima od 40—100 posto. Schaefer i Erbes su izvjestili primjere kod kojih se mislilo da se tumor pipa, ali se na operaciji nije našao. Slična iskustva imali su i autori ovoga izvještaja.

Rendgenološki pregled autori čine SAMO KADA SE SVOJSTVENI MASLINASTI TUMOR NE MOŽE NAPIPATI (podvukao K. B.). To je bilo u 22,5 posto od 204 njihova bolesnika (46 bolesnika). Od tih su rendgenološki ispravno dijagnosticirana 44, prije operacije (2 netačno).

K. BERNARD

M. Gukelberger Sellst! Untersuchungsmethoden zur Differenzierung der Galenkpunktate

Schweiz. Med. Wschr. 98, 549, 1968.
(Sublimatski test, jednostavna metoda za diferenciranje punktata iz zglobova)

Već odranije je poznato da se elektroforezom dobiveni proteinogram artroznog izljeva jasno razlikuje od onog kod primarnog kroničnog poliartritisa. U prvom slučaju dobije se visoki sadržaj albumina, a niske vrijednosti — globulina, dok izljevi primarnog kroničnog poliartritisa daju potpuno obrnute vrijednosti proteinske slike.

Da bi se ovaj odnos mogao dokazati na jednostavniji način, uveden je sublimatski test. U principu radi se o obaranju bjelančevina sublimatom u alkaliziranom, pothlađenom i razređenom punktatu zgloba, pri čemu se stvara zamućenje, koje se može očitati spektrofotometrijski u UV području od 366 mikrona.

Način izvođenja sublimatskog testa:

Punktat se najprije razrijedi sa destiliranom vodom u omjeru 1:16, pa se ova otopina razdijeli na dva jednaka dijela (proba 1 i proba 2). Sada se na svaki ccm razrijeđenog punktata doda po 0,02 ccm 10% -tnog natriumkarbonata i ovako alkalizirane obadvije probe pohrane se najmanje kroz 4 sata u hladnjak. Iza toga fotometrijski se očita ekstinkcija za probu 1, a ekstinkcija za probu 2 očita

se tek nakon što se ovoj doda 0,15 ccm 0,5% -tnog rastvora sublimata po ml. razrijeđenog punktata. Ovako određena vrijednost ekstinkcije probe 2 umanjuje za vrijednost ekstinkcije probe 1 predstavlja upravu ekstinkciju sublimatskog zamućenja u razrijeđenom punktatu.

Ako se sada ova UV-ekstinkcija podijeli s proteinskim sadržajem dotičnog punktata, dobiće se reducirana UV-ekstinkcija, čije vrijednosti su karakteristične za pojedine vrste artikularnih izljeva.

Kako se vidi, da bi se mogli ispitati i međusobno diferencirati raznovrsni izljevi u zglobovima, potrebno je provesti sljedeći postupak:

1. određivanje sadržaja ukupnih bjelančevina,
2. sublimatski test (naprijed opisan).

Rezultati

Ova sublimatska proba testirana je čistim albuminskim i čistim gama-globulinskim otopinama, te se dobilo mnogo niže vrijednosti za UV-ekstinkciju albumina od vrijednosti UV-ekstinkcije gama-globulina odgovarajućih koncentracija. Analogno tome, izjev kod artroza, koji je siromašan gama-globulinima, morao bi pokazivati niske vrijednosti reducirane UV-ekstinkcije, a izjev kod primarnog kroničnog poliartritisa, mnogo bogatiji gama-globulinima, znatno više vrijednosti reducirane UV-ekstinkcije.

Izračunavanjem, na gore opisan način, reducirane ekstinkcije sublimatskog testa kod 66 raznih slučajeva, dobijeni su sljedeći rezultati:

Najniže UV-ekstinkcije pokazuju artrozni izljevi, čije vrijednosti odgovaraju vrijednostima u zoni čistih albuminskih otopina.

Najviše vrijednosti reducirane UV-ekstinkcije karakteriziraju destruktivni primarni kronični poliartritis, a one leže iznad zone čistih gama-globulina. Samo nešto niže vrijednosti reducirane UV-ekstinkcije pokazuje nedestruktivni primarni kronični poliartritis zaposjedajući gornju granicu zone čistih gama-globulina. Na niže slijede vrijednosti seronegativnog gonitisa i psorlatičnog artritisa, a još niže su vrijednosti primarnog kroničnog poliartritisa nakon lokalnog tretmana steroidima, dok meniskopatije karakterizira nejedinstvenost vrijednosti, koje se radi premlag broja slučajeva ne uzimaju u obzir.

Božidar BALABAN

SA II
MAKSII

III ko
u Maribor
giju toga
na polju
kotina.

Kongr
pokrovitel
ka žlende

U upi
snik, Lju
ljana. Sve
u 18 sati
Slokan, d
vijao se u
i to 16, 1
15—19 sa

Gl

- 2) Re
- 3) He
- 4) Sk
- 5) Fil

Kong
radnici:
Italije, Ju
ske, USA
zano 16 f

Ovaj
godina d
opektotin
nas su j
znatno u
internaci
je dostig
velikih o
liječanje.
poslapi i

Tri s
i ugrožav
lizma. Iz
nja, koje
infekcije
ferenata
drugog i
auto i h
bri, tj. r
blje infe
će se po
zalo je

I Z V J E Š T A J

SA III. JUGOSLAVENSKOG KONGRESA PLASTIČNE I
MAKSILOFACIJALNE KIRURGIJE SA MEĐUNARODNIM
ZNAČAJEM

Maribor, 16—19. maja 1968. godine

III kongres plastične i maksilofacijalne kirurgije održan je u Mariboru, čime se ujedno dalo Odjelenju za plastičnu kirurgiju toga grada veliko priznanje za dugogodišnji i uspješan rad na polju plastične kirurgije, posebno za liječenje velikih opekotina.

Kongres je održan u Domu društvenih organizacija, a pod pokroviteljstvom predsjednika Mjesne skupštine Maribor, Mirka Žlendera.

U upravnom odboru predsjedavao je prof. dr. Franc Čelešnik, Ljubljana, a u nadzornom odboru dr. Rafael Sabec, Ljubljana. Svečano otvorenje Kongresa bilo je u srijedu 15. V. og. u 18 sati, a nakon toga priredio je svečani prijem dr. Zmago Slokan, direktor Opće bolnice Maribor. Znanstveni program odvijao se u tri hale, a u jednoj su prikazivani znanstveni filmovi i to 16, 17. i 18. maja dopodne od 8—13 sati i poslije podne od 15—19 sati.

Glavne teme Kongresa:

- 1) Aspekti kliničkih izlaganja o opekotinama,
- 2) Rekonstruktivna kirurgija ekstremiteta,
- 3) Heilognatopalatoshize,
- 4) Slobodne teme i
- 5) Filmovi.

Kongresu su prisustvovali inozemni stručnjaci i znanstveni radnici: Austrije, CSSR, Engleske, Francuske, Ist. Njemačke, Italije, Jugoslavije, Mađarske, Poljske, SSSR-a, Škotske, Švicarske, USA i Zapad. Njemačke. Održano je 168 referata i prikazano 16 filmova.

Ovaj međunarodni skup kao i radovi u posljednjih dvadeset godina donijeli su mnoge zaključke i načine u liječenju velikih opekotina, kao i dostignuća u plastičnoj kirurgiji uopće. I danas su još ostala mnoga osnovna pitanja neriješena, ali se ipak znatno usavršio način liječenja velikih opekotina od zadnja dva internacionalna kongresa (1960. i 1965. god.). Najveći napredak je dostignut u upoznavanju patološke fiziologije prve faze kod velikih opekotina, a ne manje uznapredovalo i njihovo kirurško liječenje. Još uvijek nije sasvim svladano saznanje kako da se postupi u liječenju šoka kod suptotalnih i totalnih opekotina.

Tri su glavna patološka procesa koja prate velike opekotine i ugrožavaju ljudske živote: šok, infekcija i poremetnja metabolizma. Iznesene su nove smjernice, kombinirane metode liječenja, koje su usmjerene na brzo zatvaranje rane i sprječavanje infekcije novim sredstvima u općoj i lokalnoj terapiji. Više referenata iznosilo je svoja prva iskustva s ranim ekscizijama kod drugog i trećeg stupnja opekotina i pokrivanje istih kožnim auto i homo-transplantatima. Stoga su izgledi za budućnost dobri, tj. rane ekscizije s kožnim transplantatima sprječavaju dublje infekcije a time smanjuju poremetnju metabolizma i moći će se polučiti brza reparacija opekline rane. Više autora ukazalo je na vrijednost krvi-plazme rekonvalescenta u terapiji

opekotina, te komparativno bolje rezultate takvim liječenjem od slične grupe liječenih konvencionalnom terapijom. U eksperimentima dokazana je prisutnost bakterijskih antitijela na više stafilokoknih antigena u serumu opečenih ljudi i životinja, i to na antigene nekoliko tipova: *Pseudomonas aeruginosa* i *Staphylococcus pyogenes* izoliranih sa opekotina. U liječenju proteini-mije naglašeni su terapijski efekti sa transfuzijama krvi, suhom plazmom i hidroliziranim bjelančevinama. Dr Janžeković iz Maribora prikazala je rezultate na 2.200 liječenih opekotina uobačajenom metodom, a od tada 1.300 metodom nekretomije i u svakom pogledu daje prednost kirurškoj terapiji. Ekscizije se vrše u fazi latentnog infekta. Kod 25% opekline rane operira u jednoj seansi, a tok liječenja je deset dana, kod 50% opekline rane oko pedeset dana, a kod totalnih opekline za sada smo nemoćni. Protiv bakterijalne invazije dobro se pokazala upotreba 0,5% AgNO_3 naročito kod djece, gdje se nakon sistematskog kvašenja izbjegne infekcija i nije potrebna naknadna kožna transplantacija. U liječenju dječijih opekotina treba biti naročito energičan, jer su posljedice mnogostruke: funkcionalne, unakaženja koja redovito ostavljaju trajno velike defekte u dječijoj psihi.

Bogdanov (Novi Sad) iznašao je metodu liofilizacije kože, koja se može sačuvati u sterilnim bezvazдушnim bocama i do pet godina. Vrijednost takvog transplantata nije identična svježem transplantatu, ali je značaj takvih transplantata velik u prilivu masovnih opekline od elementarnih nesreća i u ratu. Velika pažnja data je anesteziji kod teških opekline i može se podijeliti u tri faze:

- osim faze protiv šoka brine se i za borbu protiv bolova i za održavanje ravnoteže tekućine,
- dobra anestezija kod kirurških zahvata, previjanja, te vodi brigu o transfuziji,
- u fazi rekonstrukcije vrši anesteziju, borbu protiv bolova i pomaže u problemima ravnoteže tekućine.

U drugoj glavnoj temi o heilognatopalatoshizama izneseni su statistički podaci, te utjecaj endogenih i egzogenih faktora na njihovo nastajanje. Za dob početka operacije kod palatoshiza jedni autori preporučuju pod kraj druge godine života, a drugi nešto kasnije. Za heiloshize pod kraj prve godine života. Takvo liječenje mora biti kompleksno u kolaboraciji pedijatra, plastičnog kirurga, ortodonta, logopeda, otorinolaringologa i psihologa. Premda su izneseni mnogi stavovi kada treba započeti kirurškom terapijom kod palatoshiza, dob još uvijek nije sasvim određena. Mnogi autori preporučuju psihoterapiju majki i da s njima treba uspostaviti dobru koordinaciju. U zavodima se majkama pokazuju takva djeca prije i nakon operacije i s psihološkog gledišta polučeni su veoma zadovoljavajući rezultati.

Operirati palatoshizu može svaki kirurg koji pozna sve moderne principe i metode i koji može vršiti redovite kontrole i razvoj od dječije pa do odrasle dobi. Nadalje mora sam vršiti sve potrebne korekturne operacije. Važno je da može provesti kompleksnu terapiju tj. od prvog pregleda, operacije, redoviti kontrola i završnih logopedskih vježbi govora. Značaj za operaciju je i dobra anestezija, od lokalnih, intravenoznih pa do suvremenih endotrahealnih. Naglašena je i vrlo važna uloga ortodonta u liječenju rascjepa nepca. Zaključeno je, da na kraju gotovo kirurg i nema šta da uradi koliko se nastavi nepca približe jedan drugome takvim načinom liječenja.

Više referata prikazalo je rekonstruktivnu kirurgiju ekstremiteta kao i plastike velikih defekata na licu te mikrokirurške rekonstrukcije živaca.

Slobodne teme obuhvaćale su plastične operacije na jednjaku, plastične torakalne operacije, te rekonstruktivne nakon

odstranj
genitala,
vilici.

Na l
ranog li

Orga

Izra
svjetsko
skoj i i
bolja sa
kotina.

Gas
ških uc
pela je
dicine,
stručni

Za

ranim
je veći
bila ob
i karcin
stroe
meki
najsves
jalo na
hroničn
glosaks
fudroa
pravi l
kompli
topatij
ski pr

Ne
je paž
tomat
obolje
nastav
prof.
imali
nađen
m l
Zi
lesti.
entero
tome,

B
(oko
puno
gove

S
na te
Svetk

lječenjem
U ekspe-
na na više
inja, i to
Staphy-
proteine
suhom
iz Ma-
uoba-
nije i u
zije se
operira
1/10 opek-
za s
ala upo-
istemat-
a kožna
aročito
unaka-
dječijoj

odstranjenja velikih tumora nosa, lica i usne šupljine, plastike genitala, korektivne operacije malformacija na gornjoj i donjoj vilici.

Na Kongresu sam održao referat: »Plastični efekti kombiniranog liječenja hemangioma lica i usne šupljine«.

Organizacija je bila vrlo dobra.

Izraženo je zadovoljstvo zbog djelovanja Međunarodnog svjetskog udruženja za opekotine sa sjedištem Edinburg u Škotskoj i istaknuto da se samo udruženim snagama mogu postići bolja saznanja i polučiti sigurniji način u liječenju velikih opekotina.

Zvonimir KLEPAC

I sastanak gastroenterološke sekcije BiH

Jajce, 13—14. april 1968.

kože,
do pet
vječem
prilivu
Velika
dijeliti

Gastroenterološka sekcija BiH jedna je od najmlađih staleških udruženja u našoj republici. Za samo godinu dana uspela je da okupi veći broj ljudi koji se bave ovom granom medicine, pa je za ovo kratko vreme već i organizovala svoj prvi stručni sastanak.

a i za

vodi

ova

ni su

ra na

shiza

drugi

akvo

astič-

loga.

irur-

svim

da s

maj-

nolo-

mo-

le i

šiti

esti

ovi-

za

do

oga

aju

pri-

re-

ke

ed-

on

Za dva dana, koliko je trajao sastanak, u pogodno adaptiranim prostorijama modernog hotela »Turist« u Jajcu, pročitano je veći broj referata iz oblasti gastroenterologije. Vodeća tema je bila oboljenja debelog creva i posebno hronični ulcerozni kolitis i karcinomi rektuma i kolona. Učešćem poznatih jugoslovenskih gastroenterologa prof. Gašparova, prof. Kalaja i drugih, ovaj, kao i neki drugi problemi iz oblasti gastroenterologije, razmatrani su najsvestranije, koliko je to bilo moguće za vreme koje je stajalo na raspolaganju. Istaknuta je, uglavnom, benignost formi hroničnog ulceroznog kolitisa u našoj zemlji (za razliku od anglosaksonskih zemalja) s posebnim osvrtom na neke retke ali fudroajantne forme oboljevanja kad u kliničkoj slici dominira pravi hemoragični šok. Terapija: prvo adekvatno lečenje svih komplikacija — anemija, pothranjenost, druge infekcije, hepatopatije i odmah zatim lečenje kolitisa: sulfosalazin, kortizonski preparati, obilna proteinska ishrana.

Neoplazme kolona i rektuma — poseban problem. Skrenuta je pažnja na učestalost (čini se sve veću), podmukao, dug asimptomatski tok i ponovo podvučena potreba ranog otkrivanja ovog oboljenja sistematskim rektoskopskim pregledima — jednostavnom i skoro suverenom metodom. Podaci koje je izneo prof. Gašparov govore sami za sebe: u 3% ljudi koji nikad nisu imali nikakvih smetnji od strane kolona rektoskopijom su nađene izvesne tumorozne promene a u 0.3% nađen je karcinom kolona.

Znatan interes učesnika privukle su diskusije o ulkusnoj bolesti. Insistirano je na jedinstvu terapijskog stava svih gastroenterologa a posebno su »usaglašavana« mišljenja s hirurzima o tome, da li i kad resecirati nekomplikovane ulkuse.

Bilo je reči i o drugim temama, posebno o parazitozama (oko 90% inficiranog stanovništva!). »Kad vašeg bolesnika potpuno oslobodite parazita, kad budete u to sigurni, tek onda njegove tegobe pripisuje drugim oboljenjima« (Gašparov).

Sastanak je završen ugodnim prijemom za učesnike koji je na terasi hotela priredio predsednik Opštinske skupštine drug Svetko Grabež.

D. TERZIC

III stručni sastanak sekcije biohemičara BiH

Banja Luka, 25—26. maj 1968. god.

Banja Luka je u maju o. g. bila domaćin dvodnevnog stručnog sastanka Sekcije biohemičara SR BiH. Na ovom trećem sastanku (prvi je održan u Sarajevu, drugi u Zenici) uzelo je učesća preko 40 biohemičara naše Republike. Među gostima ovog skupa posebno je zapaženo prisustvo prof. dr. Marijane Fišer iz Zagreba. Ispred grada domaćina učesnike sastanka pozdravio je direktor Medicinskog centra u Banjoj Luci dr. Hasan Kape-tanović.

Sastanak je tretirao stručna i organizaciona pitanja iz rada Sekcije i njenih članova.

Stručni dio programa posvećen je radu iz područja enzima. Pročitano je 8 radova o kojima je 25. maja vođena diskusija u sali Zavoda za zdravstvenu zaštitu, a posebno su zapažena izlaganja F. Cetinića »Fizikalno-hemijske osobine enzima i nomenklatura«, zatim M. Denića »Jedan gen-jedan enzim«, M. Levija »Fiziologija i patofiziologija enzima« i N. Radičića i F. Cetinića »Izoenzimi«. Jednaku pažnju privukli su i radovi D. Čajkanovića, I. Burekovića i G. Muštovića koji su tretirali primjenu UV-testova u analitici enzima, te iskustva i zapažanja iz obrade pojedinih enzima.

U toku drugog dana nastavljen je rad u Dječijoj bolnici gdje su razmotreni neki organizacioni problemi u radu laboratorijske službe. Posebno je ukazano na potrebu uvođenja stručne analitičke kontrole laboratorijskog rada, zatim na osnovne predu-slove koji bi omogućili permanentnu stručnu kontrolu, sistem, oblike i značaj ove kontrole. Ispoljeno je jedinstveno gledište da je adekvatna analitička stručna kontrola rada u ovoj službi više nego potrebna ako se želi postići optimalna tačnost podataka. Za obavezno uvođenje ovakve kontrole plediraju i zaključci Savez-ne komisije za medicinsku biohemiju.

Pored navedenog, razmotren je i Prijedlog normativa za laboratorijsku službu koji je izradila Savezna komisija za medicinsku biohemiju. Stavljena je primjedba da se dosta sporo radi na definitivnoj izradi i usvajanju ovih normativa za kojima se već odavno osjeća potreba. Podvučena je ranija konstatacija da se laboratorijska služba bez normativa rada ne može međusobno vrednovati i komparativno posmatrati u odnosu na druge medicinske djelatnosti zdravstvenih ustanova.

Na kraju treba istaći da su učesnici sastanka bili zadovoljni uspješnom organizacijom, gostoprimstvom, kulturno-istorijskim spomenicima i drugim znamenitostima našega grada.

Vlasta STEVANOVIĆ

Prvi jugoslovenski simpozijum o medicinskoj toksikologiji

Baško Polje, 2—5. juni 1968.

I Jugoslavenski simpozijum o medicinskoj toksikologiji, u organizaciji Saveza lekarskih društava SFRJ a pod rukovodstvom organizacionog odbora kome je na čelu stajala prof. dr. J. Bogičević (Bgd), održan je u Baškom Polju (kod Makarske) u prostorijama modernog hotela »Podgora«.

Simpozijum je trajao 4 dana što samo po sebi svedoči o obilnosti tema i materijala.

Iako je ovo bilo prvo okupljanje ljudi koji se bave kako kliničkom tako i forenzičkom toksikologijom, broj učesnika je bio

znatan -
govori -
problem
jući op-
skih jed-
jače ili
što bro-
modern
otrove
boje, la-
sredstv-

Već
obrade
medika
i pr
ubilačk
je i ni-
dručja

Nij
toksik
tivnih
dnice
službe,
fakulte

iz ne

o epid
i suzi

Zi
ju 21
nazivo
to: B
Bosar
Jajce,
jedor
Ovo
putev
ven
zšte.

F
sagle
mats
osjet

I
niz
vodo
dići
dom

znatan — i to iz svih naših većih medicinskih centara, što opet govori o aktuelnosti i sve većem značaju koji se pridaje ovom problemu. Ilustracije radi treba samo reći da danas, zahvaljujući opštem tehničkom napretku, postoje ogroman broj hemijskih jedinjenja u širokoj upotrebi a od kojih je oko 250.000 sa jače ili slabije izraženim toksičkim osobinama. Nije onda čudo što broj nesmrtnih i smrtnih akutnih trovanja raste iako je moderno vreme umesto starih »klasičnih« (otrova donelo blaže otrove koji čoveka svuda prate (pogonska goriva, deterdženti, boje, lakovi, gasovi, rastvarači, lekovi, konzervansi, kozmetska sredstva itd.).

Većina referata i saopštenja imala je karakter statističke obrade ili kliničkih ili sudsko-medicinskih slučajeva, osobito medikamentoznih trovanja, a dobar broj saopštenja se odnosio i na prikaze slučajeva trovanja zadesnih i ubilačkih i češće samoubilačkih. Bilo je reči i o bojnim otrovima (»modernim«), a iznet je i niz saopštenja o eksperimentalnim radovima iz raznih područja toksikologije.

Nije zaboravljeno da se istakne potreba razvoja kliničke toksikologije i naročito rad na razvijanju i sprovođenju preventivnih mera protiv trovanja, kako angažovanjem društvene zajednice kao celine tako i adekvatnom organizacijom zdravstvene službe, posebno prilagođavanjem nastave na svim medicinskim fakultetima.

Dušan TERZIC

Iz naših ustanova

I Z V J E Š T A J

o epidemiološkoj situaciji i poduzetim mjerama radi sprečavanja i suzbijanja zaraznih bolesti na području regiona Zavoda za zdravstvenu zaštitu Banja Luka u 1967. godini

Zavod za zdravstvenu zaštitu Banja Luka djeluje na području 21 opštinske skupštine (bivši srez Banja Luka — sada pod nazivom regionalno područje Zavoda za zdravstvenu zaštitu) i to: Banja Luka, Bosanska Gradiška, Bugojno, Bosanska Dubica, Bosanski Novi, Čelinac, Donji Vakuf, Gornji Vakuf, Glamoč, Jajce, Kupres, Ključ, Kotor-Varoš, Laktaši, Mrkonjić-Grad, Prijedor, Prnjavor, Sanski Most, Skender-Vakuf, Srbac i Šipovo. Ovo područje ima 859.353 stanovnika, a mnoga sela su još bez puteva i teško pristupačna. U svakoj ovoj opštini radi zdravstvena stanica ili dom zdravlja, a mnogi imaju stacionar i rodište.

Poznato je da se rezultati rada u kurativi daju dosta brzo sagledati, dočim u preventivi treba godinama uporno i sistematski provoditi mnoge akcije i poslove i da se tek onda mogu osjetiti i sagledati rezultati rada.

Da bi se postigli što bolji uspjesi, u preventivi treba riješiti niz problema, kao npr. poboljšati uvjete stanovanja, izgraditi vodoopskrbne objekte i kanalizacijske mreže u naseljima, podići higijensku kulturu stanovništva zdravstveno-prosvjetnim radom itd. Svi ovi nepovoljni faktori otežavaju rad na terenu.

Na području regiona Zavoda za zdravstvenu zaštitu 1967. godine registrovano je 7.028 slučajeva zaraznih bolesti. Sve zdravstvene ustanove redovno ne prijavljuju slučajeve oboljenja od zaraznih bolesti iako ih na to obavezuje Pravilnik o sprečavanju i suzbijanju zaraznih bolesti, Službeni list SFRJ broj: 56/65. i 17/64. Zato nema tačne evidencije o pojavi i smrtnosti od zaraznih bolesti.

Tako je na primjer za 1966. godinu prijavljeno 6.882 oboljela od zaraznih bolesti, a od toga 9 smrtnih slučajeva. To je stanje prema primljenim prijavama oboljenja odnosno smrti koje su ovom Zavodu poslale zdravstvene ustanove sa područja regiona.

Naknadnim provjeravanjem podataka protokola bolničkih odjela nađena je sasvim druga slika. U 1966. godini na odjelima bolnica umrlo je od zaraznih bolesti 39 osoba, ali ih nitko nije prijavio u skladu odredaba Službenog lista 56/65 i 17/64. nadležnoj zdravstvenoj ustanovi opštine itd.

U 1967. godini od zaraznih bolesti je umrlo u bolnicama 23 osobe (zadnja 3 mjeseca nisu uzeti podaci), dok se u godišnjem izvještaju Zavoda nalazi svega 13 smrtnih slučajeva.

Po godišnjem izvještaju od hepatitisa umrlo 1, a uzimanjem podataka iz bolničkih protokola od iste bolesti umrlo je 12 osoba. (Podaci sa nekih odjeljenja uzeti samo do IX mjeseca 1967. godine).

U 1966. godini u godišnjem izvještaju stoji »od hepatitisa umrlo 1« dok ih je umrlo 16, ali nisu prijavljeni.

Kad bi zdravstveni radnici postupali po citiranim zakonima o sprečavanju i suzbijanju zaraznih bolesti, onda ovakvih propusta ne bi bilo. Do sada još nitko nije odgovarao za ovakve propuste u radu, a predviđen je stepen odgovornosti citiranim zakonima za svakog prekršioca (zdravstvenog radnika, ustanove itd.).

U toku 1967. godine bilo je dosta oboljelih od pertussisa (745). Čak na dva područja ovo oboljenje se pojavilo u formi epidemije. Cijepljenje na ovim područjima je naročito slabo provedeno. Postotak cijepljenih je jako daleko od postotka koji osigurava jedno područje od pojave bolesti u vidu epidemije (75% i više kompletno cijepljenih garantuje da se oboljenje neće javiti epidemijski, a procijepljenost ispod 75% to ne može osigurati).

Često se pitamo, zašto roditelji izbjegavaju da svoje dijete uredno donesu na cijepljenje kada znamo da je cijepljenje dobar način suzbijanja određenog broja zaraznih bolesti kod djece, pa i kod odraslih.

Isto tako davno je trebalo da se upitamo, koliko zdravstvenih radnika koji cijepi nije roditeljima na cijepnom mjestu reklo tako rekavši ni jedne riječi o cijepljenju (zašto se ono provodi, koliko puta dijete treba cijepiti pa da bude sigurno protiv određene zarazne bolesti itd.).

Interesantno je spomenuti da je u 1966. godini prijavljeno 1.659 oboljelih od morbila, a 2.672 u 1967. godini, ja 1.013 više. Isto tako je primijećeno na terenu da roditelji oboljelo dijete ne donose liječniku uvijek nego ako je oboljenje jako teško ili ako nastupe komplikacije. Znači da ima znatno veći broj oboljelih tokom godine koji ostanu nevedintirani. Na primjer sa područja opštine Glamoč u 1967. godini prijavljen je samo 1 slučaj morbila; Kupres 3; Šipovo 8, a nekoliko opština prijavilo je do 20 oboljelih od morbila.

U tom smislu trebalo bi poduzeti energičnije mjere suzbijanja morbila, jer samo liječenje nastalih komplikacija košta približno kao provođenje cijepljenja.

Imunc
protiv mo
sti iz nek

1. Va
vez
pri
2. Bu
vez
dei

U SR
obavezna
bolovanja
tel

U ov
se da se
osnovnih

Imunološki zavod — Zagreb je proizveo pouzdanu vakcinu protiv morbila, koja se na žalost u našoj zemlji vrlo malo koristi iz nekoliko neopravdanih razloga:

1. Vakcina nije uvedena kao zakonski obavezna, iako je Savezni zavod za zdravstvenu zaštitu odobrio proizvodnju i primjenu vakcine.
2. Budući da vakcinacija nije uvedena kao zakonski obavezna nije riješeno pitanje tko će snositi troškove izvođenja vakcinacije čega se boje sve zdravstvene ustanove.

U SR Hrvatskoj ova vakcinacija je uvedena kao zakonski obavezna i smatra se da će to biti velika ušteda kada otpadnu bolovanja data majkama oboljele djece za njegu članova obitelji.

U ovoj godini pored ostalih poslova preventive, insistirat će se da se zdravstvene ustanove i zdravstveni radnici pridržavaju osnovnih zakona pri otkrivanju i tretmanu zaraznih oboljenja.

Oлга PEJAK

(šef epidemiološkog odjeljenja)



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 pisačom mašinom, s dvostrukim proredom i slobodnim rubom od 2 cm sa svake strane, samo na jednoj strani kvalitetnog papira;
- da na jednoj strani ne bude više od 5 autorovih korektura mastilom;
- da se svaka radnja preda u dva primjerka (original i kopija);
- da radovi ne prelaze 12 strana a prikazi slučajeva 3 strane.

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

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

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

Ispod naslova nalazi se ime autora bez titule.

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

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

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

ili

navedena knjiga:

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

npr.

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

ili

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

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

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

U tekstovima se izuzetno mogu upotrijebiti kratice.

Ukoliko rad ne ispunjava navedene uslove, biće vraćen autoru.

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

ALFURAN

Uroantiseptik

ALFURAN je novi UROANTISEPTIK iz reda nitrofurantoina. Efikasan je protiv gram-negativnih i gram-pozitivnih mikroorganizama koji izazivaju urinarne infekcije.

ALFURAN je indiciran kod PYELONEPHRITIS-a, PYELITIS-a i CYSTITIS-a.

ALFURAN se vrlo dobro rastvara i u kiseloj mokraći a nuspojave su vrlo retke i neznatne i mogu se izbeći smanjivanjem doze.

ALFURAN se daje od $\frac{1}{2}$ do 2 tablete 4 puta na dan a lečenje treba nastaviti još najmanje 3 dana posle postizanja sterilnosti mokraće.

ALFURAN je kontraindikovano kod anurije i teških oštećenja bubrega.

Proizvodi



Alkaloid

SKOPJE

Pyrvinium pamoat

Antihelmintik

PYRVINIUM PAMOAT je suvereno i 100% EFIKASNO sredstvo za lečenje ENTEROBIJAZE.

PYRVINIUM PAMOAT SE UZIMA SAMO JEDANPUT, u jednoj jedinoj oralnoj dozi i to: 1 dražeja ili 1 kašičica na 10 kg težine.

PYRVINIUM PAMOAT ne dovodi do nikakvih nuspojava.

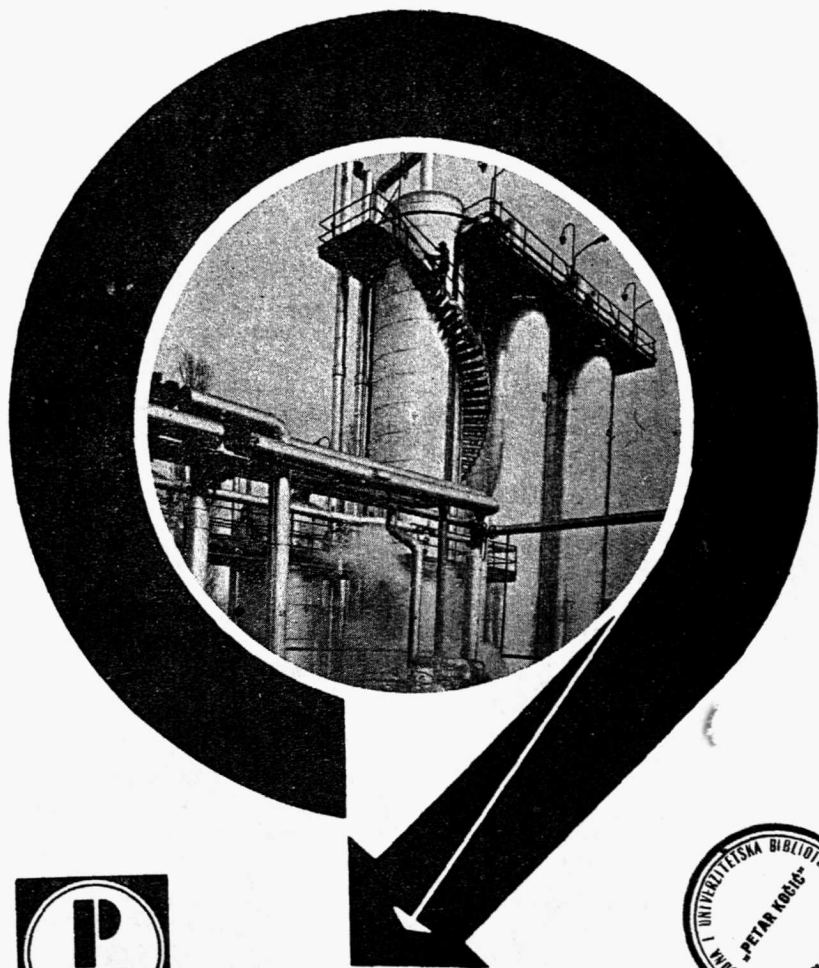
Pakovanje: kutije sa 8 dražeja.
bočice sa 30 ml suspenzije

Proizvodi



Alkaloid

SKOPJE



P L I V A

10 GODINA VLASTITE PROIZVODNJE

10 GODINA USPJEŠNE TERAPIJE

oksitetraciklin s vitaminima
grupe B i vitaminom C

BEMYCIN

kapsule, dražeje
sirup, kapi

vodeći antibiotik kod infekcija uzroko-
vanih mješovitom florom za ambulan-
tnu i kliničku primjenu

COMPLAMIN^R

ampule, tablete

Complamin služi za lečenje poremećaja periferne, arterijske, venske i cerebralne cirkulacije (tromboze, embolije, apopleksije i posledica apopleksije).

Complamin povećava proticanje krvi kroz terminalne arterije i ima povoljno dejstvo na širenje kolateralnih krvnih sudova.

Complamin se daje oralno, intramuskularno i intravenski.

P a k o v a n j e :

Kutije sa 10 i 50 ampula od 2 ml za im i iv primenu

Kutije sa 10 i 50 ampula od 10 ml za infuziju

Kutije sa 30 i 200 tableta po 150 mg

SYNALAR'-N

(Synalar sa 0,5% Neomycin sulfata)

Za lečenje inflamatornih dermatoza udruženih sa bakterijskom infekcijom.

P a k o v a n j e :

Tube sa 15 grama.

EMKO

pena

Vaginalni artikoncipijens.

Emko pena je provereno i pouzdano sredstvo za kontracepciju.

Preimućstvo ovog preparata je u tome što je dat u obliku pene koja se odmah po ubrizgavanju razilazi po celoj vagini i na taj način osigurava zaštitu od začeća.

Emko pena je potpuno neškodljiva i svaka ga žena može bez bojazni upotrebljavati.

P a k o v a n j e :

Bočice sa 120 g pene.



GALENIKA

FARMACEUTSKO-HEMIJSKA INDUSTRIJA BEOGRAD

eqocin vit



Kombinirani preparat oksitetraciklian
s vitaminima pored vitamina B skupine
sadržava i vitamin K



Krka tovarna zdravil

Novo Mesto