

SCRIPTA MEDICA

STRUČNI ČASOPIS LJEKARA BOSANSKE KRAJINE

SADRŽAJ

In memoriam
Dr Neven Parać

SAVREMENI PROBLEMI — ACTUAL MEDICAL PROBLEMS

A. Vasiljević:
Gonoreja i sifilis
Gonorrhoea and Syphilis

TERAPIJSKA ISKUSTVA — THERAPEUTIC EXPERIENCES

S. Rac i J. Karadža:
Adenomi prostate liječeni operativno na Hirurškom odjeljenju
Medicinskog centra u Banjoj Luci 1963—1968. godine
Adenoms of prostate treated operatively in the Department of Surgery,
Medical center in Banja Luka 1963—1968.

OSVRTI — COMMENTARY

B. Jovičević:
Oftalmološki aspekti postkomocionog sindroma
Ophthalmologic Aspects of the Postcommotional Syndrome

F. Cetinić:
Najčešći izvori grešaka u kliničko-biokemijskim laboratorijama i
metode za njihovo smanjenje
Most Common Sources of Error in Biochemical Laboratories and
Methods for Their Reducing

Z. Živanović:
Problem hirurgije jetre
Problems of Liver Surgery

KAZUISTIKA — CASE REPORTS

S. Rac:
Carcinoma coli transversi sanguinans cum fistula colo-gastrica

A. Vasiljević, K. Gajić:
Impetigo herpetiformis, prikaz slučaja
Impetigo herpetiformis, report of a case

S. Rac:
Ulcus pepticum jejuni recidivans

IZ STRANE LITERATURE —
ABSTRACTS FROM MEDICAL LITERATURE
SA STRUČNIH SASTANAKA — MEETINGS AND CONFERENCES
IZ RADA DRUŠTVA LJEKARA —
ACTIVITY OF THE MEDICAL ASSOCIATION ERRATA
UPUTSTVO SARADNICIMA — INSTRUCTION TO THE AUTHORS



SCRIPTA MEDICA

BANJA LUKA, 1969.

SCRIPTA MEDICA

CASOPIS LJEKARA
BOSANSKE KRAJINE

Glavni urednik:

Dragomir Todorović

Uređivački odbor:

Vera Babić

Halid Crnalić

Milan Ferković

Kemal Halimović

Miodrag Ignjatović

Josip Jović

Boško Jovičević

Muhamed Kanlić

Hasan Kapetanović

Zvonimir Klepac

Vladislav Korčmaroš

Stefica Krilčić

Stjepan Rac

Ljubomir Stefanović

Dragomir Todorović

Aleksandar Vasiljević

Safet Žabo

Sekretari redakcije:

M. Sefić

M. Novkinić

Lektor:

M. Džaja

Tehnički redaktor:

Vladimir Katušić

God. IV

Banja Luka, 1969.

Fasc. 1

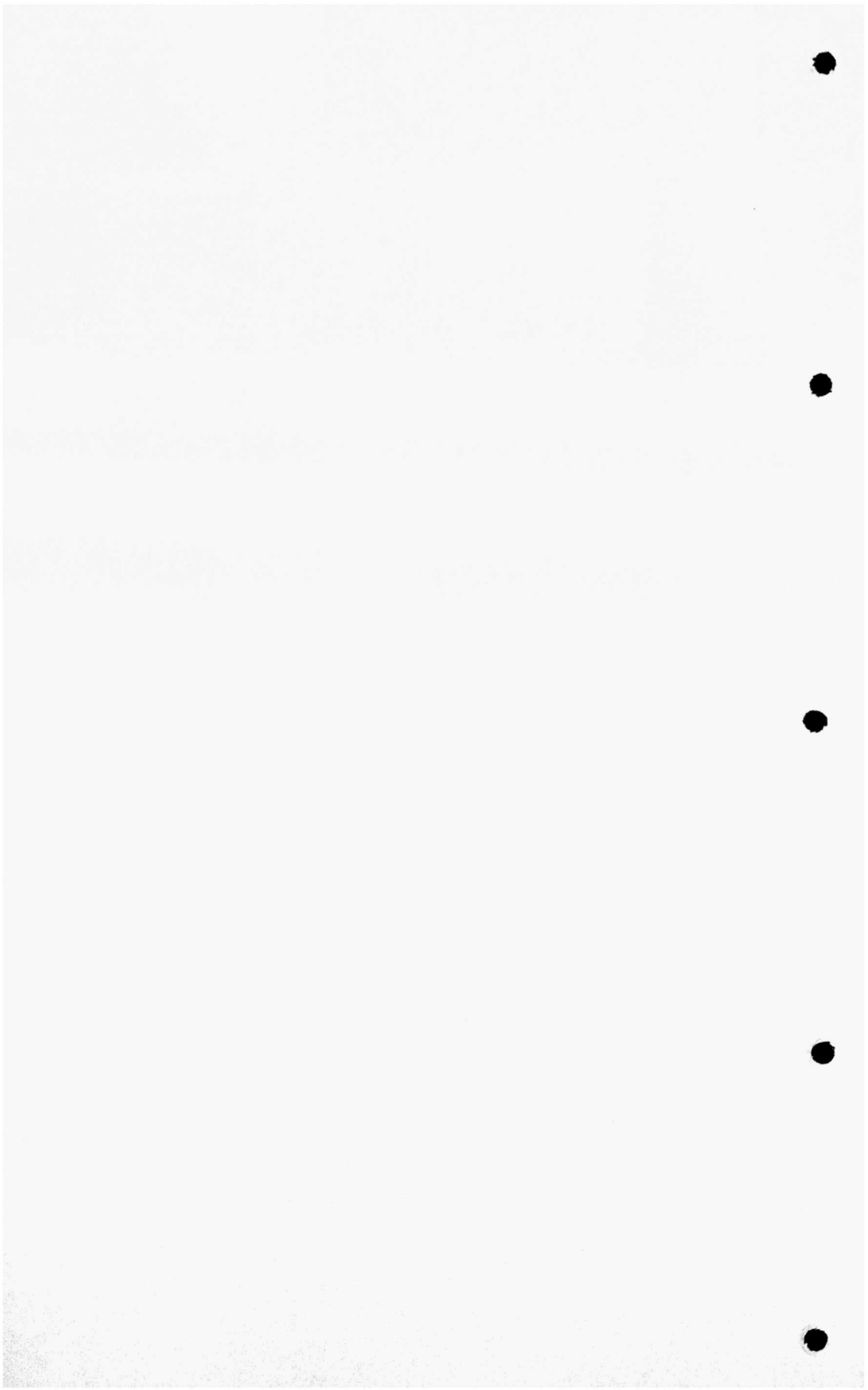
Vlasnik i izdavač: Medicinski centar Banja Luka,
Ulica Zdrave Korde broj 1

Štampa NP »Glas« Banja Luka

SCRIPTA MEDICA ulaze sadašnjim brojem u četvrtu godinu svoga izlaženja. Osvrta na protekle tri godine omogućuje prijatnu konstataciju da su strpljenje i naponi dosadašnjeg glavnog urednika dr Andrije Mikeša i ranijeg redakcijskog kolegijuma urodili plodom. Časopis je stekao pouzdano pravo građanstva u našoj najužoj sredini a postepeno prodire i u našu medicinsku javnost.

Novi uređivački odbor na početku svoga rada smatra osnovnim zadatkom unapređenje časopisa na dosadašnjoj liniji razvoja, čiju nesumnjivu potvrdu vidimo u prijemu na koji su SCRIPTA MEDICA naišla kod naših ljekara i drugih zdravstvenih radnika.

D. T.



In memoriam

Dr Neven Parać

26. 1. 1969. umro je dr Neven Parać, poznati stručnjak i višegodišnji načelnik Rendgenološkog odjela Zdravstvenog centra u Banjoj Luci. Svojim radom i odnosom prema saradnicima dr Neven Parać je ostavio duboke tragove u našim srcima. Njegova smrt je teško pogodila ne samo njegove najbliže već i nas, njegove saradnike, koji mu mnogo dugujemo jer je svoja znanja i iskustva nesebično prenosio na mlađe. Njegov će lik stalno ostati pred našim očima kao uzor u nesebičnom i požrtvovnom radu.

Dr Neven Parać rođen je 3. 11. 1914. u Zadru. Medicinske studije je završio 1939. u Bolonji, odakle se vratio u svoju zemlju. Radio je u Općoj bolnici u Splitu do 1944. kada odlazi u partizane i učestvuje u NOR-u. Poslije rata ostaje u Armiji i završava specijalizaciju iz radiologije. 1954. godine penzionisan je zbog zdravstvenih

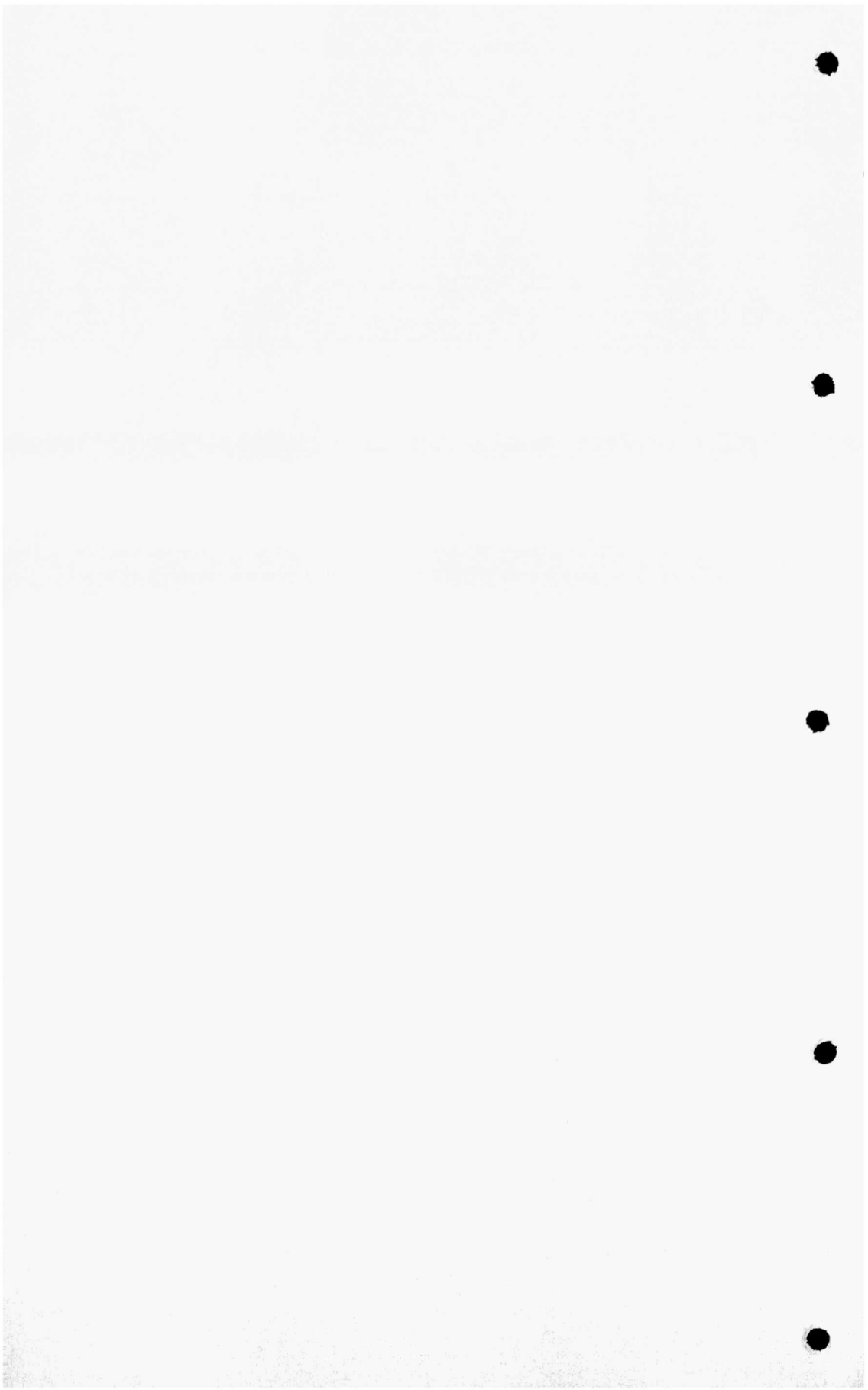
razloga. Kada se oporavio, odlazi u Bjelovar gdje je organizirao radiološku službu i udario joj vrlo solidne temelje. Iz Bjelovara je 1958. došao u Banju Luku i formirao radiološku službu, koja je brzo dobila visoku stručnu vrijednost i iz dana u dan napredovala tako da je postala poznata u cijeloj našoj republici.

Dr Neven Parać je u maju 1967. krenuo u Kazablanku (Maroko) da svojim stručnim radom pomogne ovoj afričkoj zemlji, ali, na žalost, nenadana smrt ga je prekinula u njegovim plemenitim nastojanjima.

Veličanstveni sprovod u Splitu 7. 2. 1969. dokaz je velikih simpatija koje je uživao dr Parać u ovome gradu kao i kod svojih saradnika u mjestima gdje je radio.

Uspomena na dr-a Paraća ostaće uvijek živa među nama.

A. Arar



Gonerija i sifilis

(Banja Luka, 1958-1967)

Aleksandar Vasiljević

Spolne bolesti su medicinski i socijalni problem. Dosadašnje analize iz raznih zemalja u dovoljnoj su mjeri ukazale na uticaj koji imaju socijalna zbivanja (ratovi, revolucije, inflacije, nezaposlenost, prosperitet i slično) na porast, odnosno pad spolnih bolesti. Nesumnjiva je činjenica da ekonomska beda, ratovi i glad favorizuju širenje veneričnih bolesti i prostitucije. Međutim, isti efekat ima i privredni uspon, odnosno porast standarda, koliko god to apsurdno izgledalo. U Norveškoj su, na primer, od 1876. godine do danas zabeležena četiri izrazita porasta spolnih bolesti koji se podudaraju upravo s periodima najvećeg ekonomskog prosperiteta. Danas smo svedoci slične pojave i u Saveznoj Republici Nemačkoj.

Prema nekim analizama, smatra se da i stepen obrazovanja utiče na morbiditet spolnih bolesti u tom smislu da osobe s nižim ili nikakvim obrazovanjem obolevaju oko 10 puta češće od lica s univerzitetskom naobrazbom (Kinsey). Ostali faktori manjeg značaja za širenje spolnih bolesti su: urbanizacija, priroda posla, motorizacija i slično.

Shvatanje da je prostitucija glavni i gotovo jedini izvor veneričnih oboljenja mora danas da se izmeni. U tom pogledu interesantni su podaci iz Norveške i Finske (Härö i Gjessing). Ovi autori smatraju da u širenju veneričnih obolje-

nja prostitucija ima mnogo podređeniju ulogu nego što se misli, jer promiskuitet sve više potiskuje profesionalnu prostituciju. Do sličnih rezultata došlo se i u Americi. Prema jednoj anketi 75,6% anketiranih muškaraca u Kanadi izjavilo je da nije platilo ni dalo bilo kakvu materijalnu nagradu za koitus (Larsen i Cunningham).

Računa se da u Jugoslaviji danas ima oko 6.800 stalnih ili povremenih prostitutki. Međutim, i ovaj je cifra samo aproksimativna. Wilcox je mišljenja, da na jednu deklarisanu prostitutku dolazi 10—12 potajnih prostitutki.

Tabela 1

Broj evidentiranih prostitutki 1961.

Beograd	291
Ljubljana	267
BANJA LUKA	92

U našem materijalu imali smo evidentirane 92 prostitutke od kojih je na redovne preglede i kontrole dolazilo 65 tako da su samo one mogle biti obuhvaćene ovim prikazom.

Tabela 2

Struktura prema starosti

do 19 god.	23
20—29 god.	35
30—39 god.	6
40—49 god.	1
	<hr/>
	65

Statističku obradu izvršio Josip Filanović, viši sanitarni tehničar Službe za kožne i spolne bolesti Medicinskog centra u B. Luci.

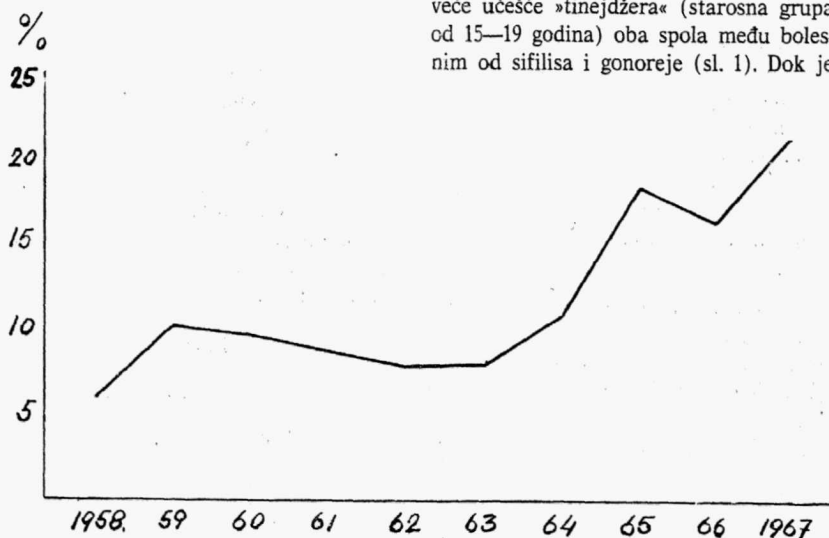
Iz tabele 2 se vidi da je pretežan broj prostitutki bio u dobnoj skupini od 20—29 godina. Posle toga broj opada, a preko 50 godina starosti nije bilo ni jedne prostitutke.

Od ovih 65 žena, koje su redovno kontrolisane (vaginalni razmaz i WaR), 35 je bolovalo jednom ili više puta od gonoreje, odnosno sifilisa, a 30 žena nije imalo nikada nikakvu infekciju. Omer zdravih prema bolesnima je 46:54.

Tabela 3

Koliko puta inficirano	gonorejom	suesom
1	17	8
2	9	2
3	1	
5	3	
6	1	
7	1	
8	1	

Deset prostitutki bolovalo je od sifilisa a preostale od gonoreje. U našem materijalu nismo imali ni jedan slučaj istovremene infekcije sifilisom i gonorejom. Tri prostitutke bolovale su od gonoreje 5 puta, a po 1 je bolovala od gonoreje 6, 7, odnosno 8 puta.



Slika 1 — Procentualno učešće »tinedžera« u svim slučajevima spolnih bolesti

Smatra se da svega 25% žena inficiranih gonorejom oseti da su bolesne. To se objašnjava minimalnim simptomima koje gonoreja izaziva u žena. Postojanje drugih vaginalnih infekcija (trihomonijaza i kandidijaza) koje su praćene obilnim sekretom, prženjem i pečenjem, često uslovljavaju da jedna nova infekcija gonokokama nastaje gotovo neprimetno. Međutim, u našem materijalu prostitutke su dolazile na pregled gotovo uvek kada su bile inficirane. One su stekle već izvesno iskustvo i mogle su da osete na vreme početak bolesti, dok ostale žene veoma retko osećaju smetnje usled infekcije, te zbog toga i ne dolaze na pregled.

Poslednjih godina broj prostitutki je u opadanju i izgleda da je problem prostitucije u ovome gradu nešto ublažen. Veći deo najaktivnijih prostitutki napustio je svoje zanimanje i otišao na rad u inostranstvo. Većina njih ima sada posao u fabrikama, a neke su se udale i s muževima vode male radnje ili restorane. To je, svakako, jedno vrlo interesantno područje, kojim bi se naši sociolozi ili socijalni radnici trebalo da pozabave.

Postoji, međutim, jedan drugi problem koji treba da nas zabrinjava. To je sve veće učešće »tinedžera« (starosna grupa od 15—19 godina) oba spola među bolesnim od sifilisa i gonoreje (sl. 1). Dok je

procentat nosio sve godini je da je sada: ričnih bol 15—19 go nosi 24% jeva sifil noreje.

Broj I tak (i) u n svega 27,3 začemo u zemljama kontakata

U SAD ona dolar Efikasno je vrlo sk i efikasnu u prevent

Slika 2

nficira-
To se
na koje
je dru-
nijaza i
nim se-
p uslov-
gonoko-
Među-
tke su
kada su
izves-
vreme
veoma
cije, te

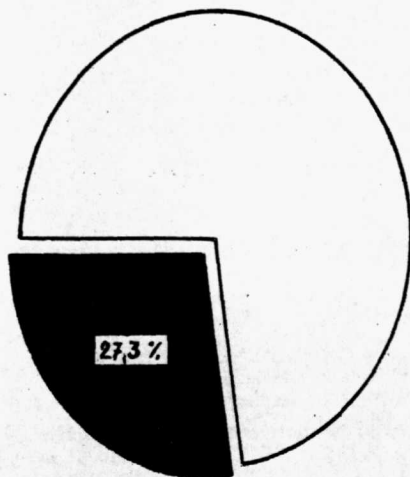
utki je
m pro-
blazen.
i napu-
a rad u
a posao
i s mu-
ane. To
no pod-
ili soci-
problem
je sve
a grupa
i boles-
Dok je

procenat »tinejdžera« u 1958. godini iznosio svega 6,4% svih bolesnih, u 1967. godini je iznosio 23,6%. To praktički znači da je sada svaki četvrti bolesnik od veneričnih bolesti mladić, odnosno devojka od 15—19 godina. U Australiji ovo učešće iznosi 24%, a u Kanadi 5% svih slučajeva sifilisa i 14% svih slučajeva gonoreje.

Broj pronađenih izvora zaraze (kontakti) u našem materijalu je mali i iznosi svega 27,3 (sl. 2). Radi ilustracije prikazaćemo uporedne podatke s nekim drugim zemljama koji se odnose na pronalaženje kontakata:

SAD	82,2 %
Bugarska	60,0 %
Rumunija	51,5 %
S.R. Nemačka	10—15%
BANJA LUKA	27,3 %

U SAD se troši godišnje oko 20 miliona dolara za preventivu spolnih bolesti. Efikasno obuhvatanje kontaktnih osoba je vrlo skupo i zahteva školovano osoblje i efikasnu službu. Naravno, novac uloženi u preventivu dvostruko se isplati.



Slika 2 — Pronađeni izvori zaraze

U periodu od završetka rata do 1957. godine došlo je u svetu, pa i u nas, do opadanja broja spolnih infekcija, što treba da se zahvali dobro provedenim akcijama u suzbijanju endemičkog sifilisa u Bosni i Srbiji, pa je u tim regionima sifilis postao retkost. Usled ovakvog stanja u mnogim zemljama sveta zavladao je preteran optimizam u pogledu daljeg značaja i važnosti spolnih bolesti (sifilisa i gonoreje) što se, međutim, pokazalo preuranjenim. Naročito posle 1959. godine, gotovo u svim zemljama sveta, registrovan je nagli porast spolnih bolesti. U anketi SZO-e (Guthe i Idse) kojom je obuhvaćeno 105 zemalja sveta, u 76 je registrovan porast veneričnih bolesti. Ovaj ponovni porast je nesumnjivo pokazao da venerične bolesti ne odumiru i da je potrebno još mnogo napora zdravstvene službe i društva da se one eliminiiraju.

Svaka statistička analiza medicinskih podataka boluje od određenih slabosti i uvek postoji opasnost da se na osnovu takvih analiza izvode pogrešni zaključci. Kada se obrađuje tako osetljiv i nepouzdan materijal kao što su spolne bolesti, koje se već po svojoj prirodi neredovno registriiraju i prijavljuju, a samo lečenje se obavlja u raznim ustanovama ili »privatno«, treba pogotovo biti jako rezervisan kako u pogledu dobivenih podataka tako i zaključaka koji se mogu izvući. Statističke analize i tabele mogu samo približno da nam ukažu na postojeće stanje. Usled nekontrolisanog lečenja, naročito u ambulantomama preduzeća, stanicama hitne pomoći i ordinacijama opšte prakse, ne mogu se obuhvatiti, odnosno registrovati svi bolesnici, a otežano je i pronalaženje izvora zaraze. Na žalost, ne postoji način da se ovakva praksa iskoreni.

Prilikom statističke obrade veneričnih bolesti treba uzeti u obzir i široku primenu penicilina te njegovu ulogu u suzbijanju nedijagnosticiranih slučajeva sifilisa (Wilcox, Pillsbury, Klingman). Ovi autori smatraju da se nagli pad morbiditeta sifilisa u periodu od 1947. do 1957.

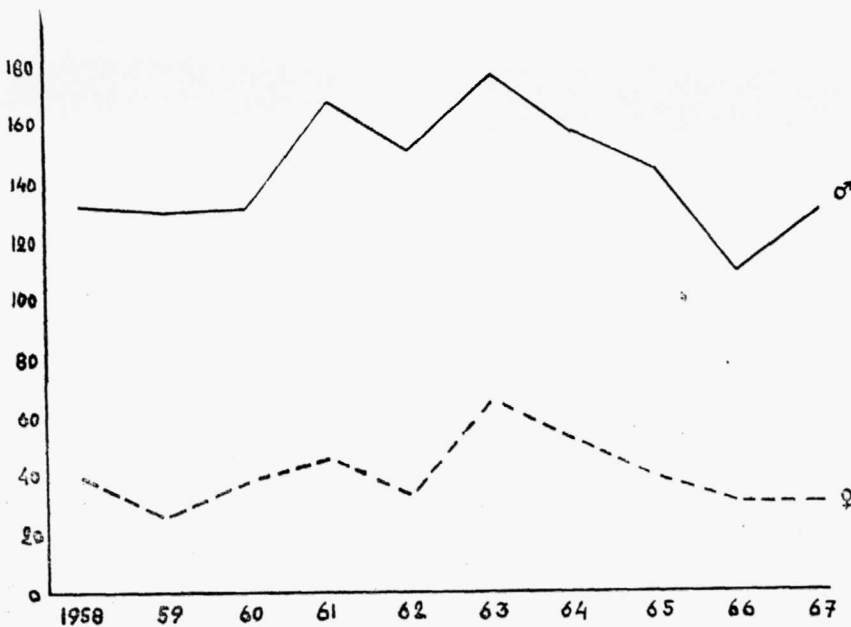
godine može delomično objasniti širokom primenom penicilina u lečenju raznih interkurentnih bolesti. U prilog ovoj pretpostavci govori i činjenica da je od 1957. u svetu došlo do porasta sifilisa upravo od onog vremena kada su se u većoj meri počeli da primenjuju antibiotici širokog spektra, za koje znamo da imaju znatno slabije ili nikakvo dejstvo na treponemu.

U našem materijalu obuhvaćeni su svi slučajevi sifilisa i gonoreje registrovani u Kožno-veneričnom dispanzeru s područja Banje Luke od 1958. do 1967. godine. U tom periodu bilo je ukupno 1819 slučajeva gonoreje i 461 slučaj sifilisa (sl. 3 i 4).

uslovljena relativno malim brojem pronađenih izvora zaraze kao i mnogo slabije izraženim simptomima gonoreje u žena.

Prema mišljenju mnogih poznatih svet-skih venerologa i kod najbolje provedenih anketa ostaje neobuhvaćeno od 20—40% obolelih, što se, bez sumnje, može odnositi i na naš materijal.

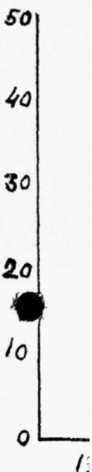
U periodu koji je obuhvaćen ovom analizom bio je 461 slučaj sifilisa (sl. 4). Dok je krivulja kod gonoreje ravnomernija i pokazuje manje oscilacija, kod sifilisa je zabeleženo više naglih uspona i padova u broju registriranih slučajeva. Za nagli



Slika 3 — Svi slučajevi gonoreje po spolu (1957—1967)

Na slici 3 prikazani su svi slučajevi gonoreje prema spolu. Svi su verificirani mikroskopski. Najviše slučajeva registrirano je 1963. godine kada je evidentirano 240 bolesnih. U kasnijim godinama dolazi do stalnog, laganog pada broja obolelih. Vrlo je uočljiva razlika između broja obolelih muškaraca i žena. Ova je razlika

pad sifilisa u 1965. godini u odnosu na prethodnu i naredne godine nemamo adekvatno objašnjenje i svako spekulativno razmatranje izgleda nam neumesno. Jedno je sigurno: ovaj nagli pad broja novih infekcija u 1965. godini je samo prividan. Na to već ukazuje i krivulja na grafikonu, koja se posle toga pada konstantno



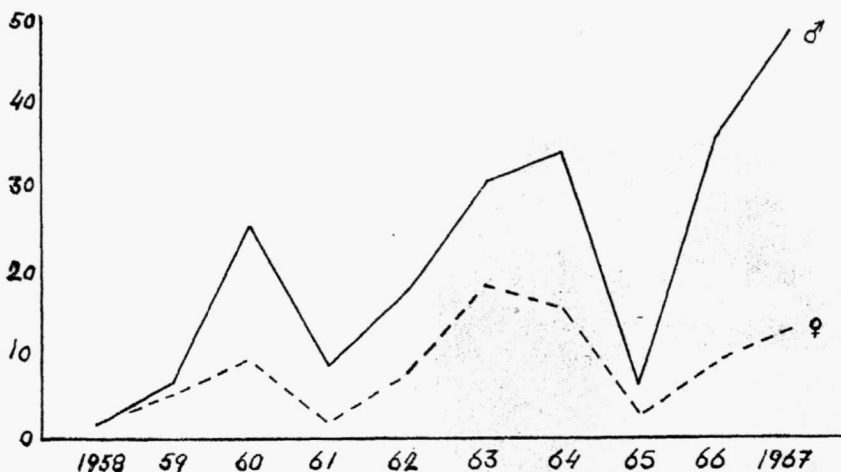
uzdiže d
viši nivc

Na s
obolelih
osno
slučaja i
a kod s

21

Slika

em pro-
o slabije
u žena.
itih svet-
pvedenih
20—40%
že odno-
rom ana-
4).
ernija i
ifilisa je
padova
Za nagli



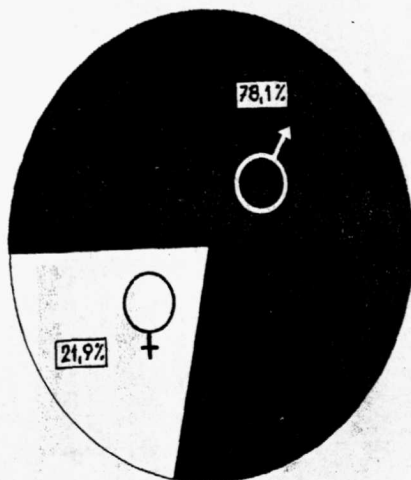
Slika 4 — Svi slučajevi sifilisa po spolu (1958—1967)

uzdiže da bi u 1967. godini dosegla naj-
viši nivo.

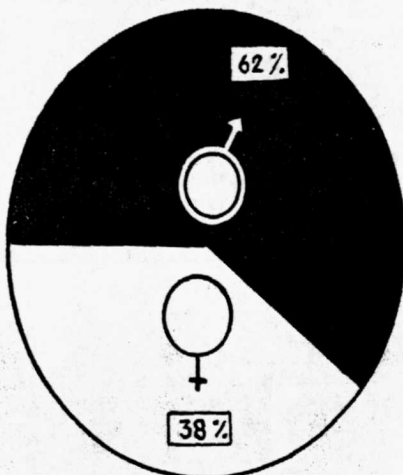
Na slikama 5 i 6 prikazan je odnos
obolelih muškaraca i žena od gonoreje,
odnosno sifilisa. Učešće žena je u oba
slučaja manje, kod gonoreje iznosi 21,9%
a kod sifilisa 38%. Ovi odnosi se uglav-

nom slažu sa statistikama drugih autora.
Redovna je pojava da je veće učešće žena
u grupi bolesnih od sifilisa nego od gono-
reje, što se objašnjava jače izraženom
simptomatologijom sifilisa.

Zahvaljujući savremenoj antibiotskoj
terapiji, te redovnoj serološkoj kontroli



Slika 5 — Odnos obolelih od gonoreje prema spolu



Slika 6 — Odnos obolelih od sifilisa prema spolu

♀

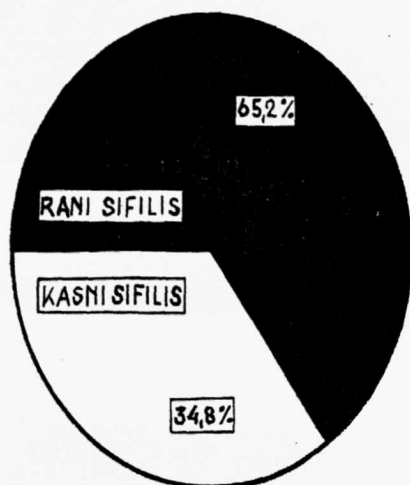
67

nosu na
mo ade-
ulativno
no. Jed-
ja novih
rividan.
grafiko-
istantno

trudnica, terciarni i kongenitalni sifilis postaje sve ređi. U našem materijalu nije bilo ni jednog slučaja kongenitalnog

sifilisa a svežeg terciarnog u poslednjih 10 godina svega 16 slučajeva. Latentnog sifilisa bilo je 144

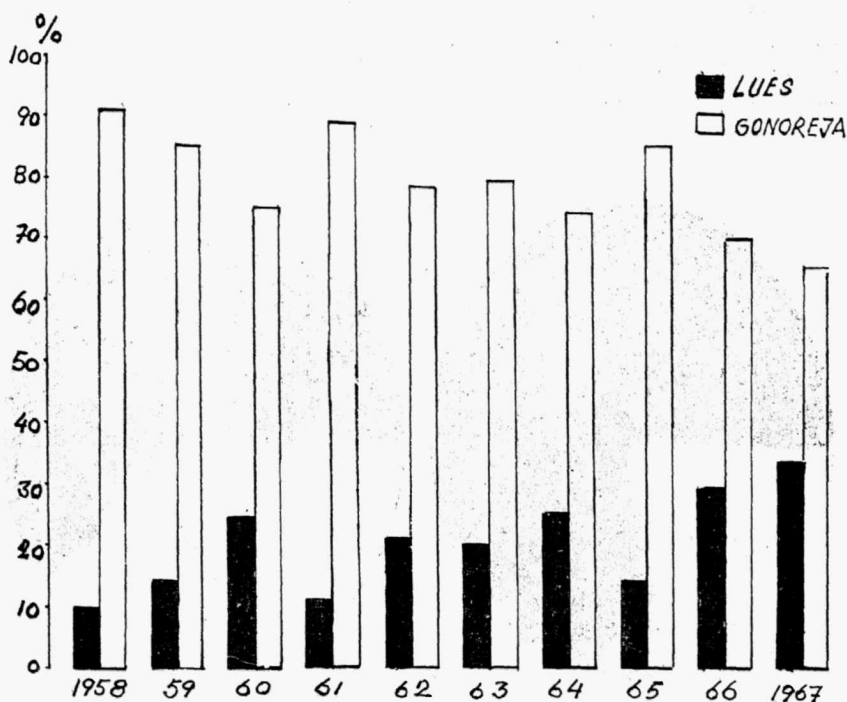
Na slici 7 prikazan je omer ranog i kasnog sifilisa.



Slika 7 — Odnos ranog i kasnog sifilisa

Prikaz našeg materijala ne bi bio potpun ako bismo izostavili međusobni odnos sifilisa i gonoreje (sl. 8). Na taj način dobijamo bolji uvid u strukturu morbiditeta ove dve bolesti. U 1958. godini odnos gonoreje prema sifilisu bio je 90,5:9,5, a u 1967. godini 65,6:34,4. Time dolazimo do interesantnog zaključka da je učešće sifilisa sve veće uz lagani pad gonoreje.

Opšte je shvatanje da do porasta veneričnih oboljenja, kako sifilisa tako i gonoreje, dolazi prvenstveno u letnjim mesecima. Na slici 9 prikazano je sezonsko kretanje spolnih bolesti (gonoreja i sifilis) po mesecima za period od 1957. do 1967. godine.



Slika 8 — Odnos gonoreje i sifilisa

U naš spolnih b (230), se najmanji (123). Ka cima, a u



Slika 9 -

nosno vi najveći b intenzivn

Zaključa:

1. — 1 ne sa po strovano s naj sif

- 1) Gottr
- 2) Guth
- 3) Härö
- 4) Willc
- 5) ... :
- 6) Kogo

Dien

1. Im Z rhoe
2. Das 1967. ist in

lednjih
tentnog

anog i

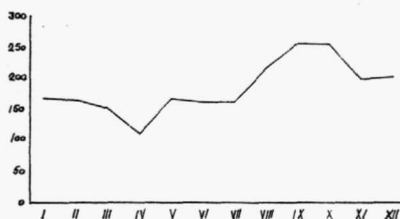
bio pot-
bni od-
taj na-
u mor-
god
bio je
Time
čka da
ni pad

sta ve-
tako i
letnjim
sezon-
oreja i
d 1957.

S
OREJA

1967

U našem materijalu najveći porast spolnih bolesti registrovan je u avgustu (230), septembru (253) i oktobru (252), a najmanji broj bolesnih bio je u aprilu (123). Kako se radi o ambulantnim podacima, a uzimajući u obzir inkubaciju, od-



Slika 9 — Rezonsko kretanje spolnih bolesti

nosno vreme infekcije, proizilazi da je najveći broj infekcija usledio u doba najintenzivnijeg korišćenja godišnjih odmora.

Zaključak

1. — U periodu od 1958. do 1967. godine sa područja Banje Luke bilo je registrovano 1819 slučajeva gonoreje i 461 slučaj sifilisa.

2. — U 1958. godini odnos gonoreje prema sifilisu bio je 90,5:9,5 a u 1967. godini 65,6:34,4. To ukazuje na sve veći broj luetičnih infekcija uz lagani pad obolelih od gonoreje.

3. — Najveći broj infekcija nastaje u letnjim mesecima.

4. — Na području grada registrirane su 92 prostitutke, a kontrolisano je 65. Od njih je 10 bolovalo od sifilisa a 25 od gonoreje.

5. — Zabrinjava sve veće učešće »tinejdžera« među bolesnim od sifilisa i gonoreje. Dok je u 1958. učešće »tinejdžera« bilo svega 6,4% u 1967. godini iznosi 23,6 posto.

6. — Najveću teškoću predstavlja pronalaženje izvora zaraze, koji u našem materijalu iznosi svega 27,3%. Uzrok leži u nedovoljnim i nepotpunim zakonskim propisima, nedostatku patronažnog osoblja i velikom promiskuitetu.

L I T E R A T U R A

- 1) Gottron H. A. und Schönfeld W.: *Dermatologie und Venerologie*, Bd. V/2, (1965.)
- 2) Guthe T.: *Brit. J. Ven. Dis.* 36,67—77, (1960.)
- 3) Härö A. S. and al.: *Brit. J. Ven. Dis.*, 39, 228—235, (1963.)
- 4) Willcox R. R.: *Brit. J. Ven. Dis.*, 28, 37—42, (1962)
- 5) . . . : *Proceedings of World Forum on Syphilis and Other Treponematoses*, 1962.
- 6) Kogoj F.: *Spolne bolesti*, Zagreb, 1966.

ZUSAMMENFASSUNG

Dienst für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Medizinischen Zentrums Banja Luka

SYPHILIS UND GONORRHOE (Banja Luka, 1958—1967.)

Aleksandar Vasiljević

1. Im Zeitraum von 10 Jahren (1958—1967.) waren im Raum Banja Luka 1.819 Fälle von Gonorrhoe und 461 Syphilisfälle registriert.
2. Das Verhältniss zwischen Gonorrhoe und Syphilis war im Jahre 1958. 90, 5:9,5. Im Jahre 1967. änderte sich jedoch das Verhältniss auf 65,6:34,4. Die Zahl der luetischen Infektionen ist im Anstieg, die Zahl der Gonorrhoeefälle zeigt einen langsamen Rückgang.

3. Die meisten Infektionen erfolgten in den Sommermonaten.
4. Insgesamt wurden 92 Prostituirte registriert, davon staden 65 unter ärztlicher Kontrolle. Von den kontrollierten Prostituirten hatten 10 Syphilis und 25 Gonorrhoe.
5. Besorgniserregend ist die ansteigende Beteiligung der »Teenager« (15—19 Jahre) in unserem Krankengut. Die Zahl der »Teens« stieg von 6,4% im Jahre 1958 auf 23,6% im Jahre 1967.
6. Die größte Schwierigkeit bietet die Ermittlung von Kontaktpersonen, bzw. der Infektionsquelle. In unserem Material betrug die Ermittlungsquote nur 27,3%. Der Grund liegt wohl in den unzulänglichen Gesetzesverordnungen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, an Mangel an speziell geschultem Personal und starker Promiskuität.

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

Adenom odjelen

Stjepan

Adenom
slije pedese
čajan naziv
state. Salty
mjenu kod
zijom pros
va). Wirche
o tumoru-a
uretralnih
tiskuje tki
ostaje na p
žljezda, ka

Etiologija

Ima viš
prostate:

1) Fran
nom prost
promjenar
u samoj p

2) Cieč
nastaje na
na čelu sa
flamatornu

3) Neop
smatra da

4) Najr
pristalica,
witz) koja
krine funk
dinama. Pe
rastu koče
ma. Kad
nog hormo

ontrolle.

in un-
i Jahrektions-
t wohl
heiton,

Adenomi prostate liječeni operativno na kiruškom odjelenju Medicinskog centra u Banjoj Luci (1963-1968)

Stjepan Rac, Jerolim Karadža

Adenom prostate nastaje u dobi poslije pedesete godine. Još uvijek je uobičajen naziv za tu bolest: hipertrofija prostate. Saltykow i Kirwin smatraju promjenu kod adenoma prostate hiperplazijom prostate (bujanje prostatičnog tkiva). Wirchow, Albarran misle da se radi o tumoru-adenomu. On se stvara od periuretralnih žlijezda, te svojim rastom potiskuje tkivo prostate, koje atrofira i ostaje na površini adenoma periuretalnih žlijezda, kao »kirurška kapsula«.

Etiologija

Ima više teorija o nastanku adenoma prostate:

- 1) Francuska škola smatra da je adenom prostate vezan s arteriosklerotičnim promjenama u urogenitalnim organima i u samoj prostati.
- 2) Ciechanovski smatra da adenom nastaje na bazi prostatitisa. Drugi autori, na čelu sa Tompsonom, pobijaju tu inflamatornu teoriju.
- 3) Neoplastična teorija (Virchow) smatra da se radi o tumoru.
- 4) Najmodernija teorija, s najviše pristalica, je endokrina teorija (Mosckowitz) koja se bazira na disbalansu endokrine funkcije muškarca u kasnijim godinama. Periuretralne žlijezde su u svom rastu kočene muškim spolnim hormonima. Kad dođe do smanjenja testikularnog hormona, dolazi do bujanja periure-

tralnih žlijezda. Marion zato daje novo ime — periuretralni adenom.

Prema Tandleru i Zuckerkandlu adenom prostate dijelimo na endovezikalnu i subvezikalnu formu. Kod intravezikalne forme adenom buja više prema lumenu mokraćnog mjehura, a subvezikalna forma više izvan lumena i ispod mokraćnog mjehura.

Patologija

Adenom prostate teži od 30 do 40 grama. Mogu biti povećani svi lobusi prostate, oba lateralna i srednji, a mogu biti zahvaćeni samo pojedini režnjevi. Po Marionu, medijalni je zahvaćen 85%, od toga medijalni i lateralni 70%, samo lateralni 10%, a jedan od režnjeva 5%. Lateralni režnjevi odijeljeni su sulkusom. Prostate je na opip elastične konzistencije, oštro ograničena prema okolini, glatke površine. Sluznica rektuma iznad nje je dobro pomična. Histološki se radi o jako razvijenom hiperplastičnom žlijezdanom i intersticijalnom tkivu vezivnog i mišićnog podrijetla. Adenom pritište na uretru, koja postaje deformirana, izdužena, izvijugana. Mokenje postaje otežano. Nakon mokrenja zaostaje u mokraćnom mjehuru urin (ostatni urin), u početku 20 do 60 grama, a s vremenom sve veća količina. Muskulatura mokraćnog mjehura hipertrofira u nastojanju da svlada zapreku na uretri. Cistoskopski se vidi »trabekularna grada« mokraćnog mjehura.

Dolazi i do zastoja u ureterima. Bubrezi rade pod stalnim povišenjem tlaka, pa nastaju promjene u smislu atrofije parenhima.

Simptomatologija

Razlikujemo kod adenoma prostate tri stadija:

1) Disuričke smetnje, otežano mokrenje, naročito je otežan početak mikcije, mlaz mokraće je tanji. Jačina mlaza isto slabi, tako da mokraća škropi cipele. Bolesnik mora noću često mokriti (nikturijska). Rezidualnog urina nema ili ga ima malo (do 50 ccm). Dolazi često do reflektornih erekcija noću.

2) Bolesnik osjeća da nije potpuno ispraznio mokraćni mjehur. Rezidualni urin raste. Zastoj podražuje bubrežni parenhim. Polakisuriji se pridružuje poliurija. Javlja se probavne smetnje dyspesia urinaria, te opća umornost.

3) Rezidualni urin još više raste. Dolazi do dekompenzacije mokraćnog mjehura. Javlja se akutna retencija urina ili, ako se ona ne liječi, dolazi do paradoksalne ishiurije. Uslijed rastezanja sfinktra počinje mokraća kapati sama iz uretre. U tom stadiju dolazi do oštećenja bubrega.

Može doći do seksualne impotencije. Od komplikacija treba spomenuti infekciju urogenitalnog trakta, konkretno u prostati ili u mokraćnom mjehuru, hematuriju, infekciju bubrega, epididimitis. Treba istaknuti da 10% svih enukleiranih adenoma prostate pokazuju histološki malignu alternaciju.

Dijagnozu adenoma prostate postavljamo na temelju anamneze i digitorektalnog pregleda uvećane prostate. Nakon spontanog mokrenja, uvedemo kateter da utvrdimo rezidualni urin. U drugom stadiju adenoma prostate sekundarne gastrointestinalne smetnje mogu toliko prevladati kliničkom slikom da mogu biti shva-

ćene kao primarna bolest. U svih starijih bolesnika s probavnim smetnjama treba misliti i na mokraćnu dispepsiju.

Kod adenoma prostate treba učiniti cistoskopiju (srednji režanj), ispitati funkciju bubrega, te učiniti intravenoznu pije-lografiju. Terapija adenoma prostate je konzervativna i operativna.

Konzervativna terapija dolazi u obzir samo u prvom stadiju. Sastoji se u dijeti bez oštrih mirodija i alkohola, u izbjegavanju seksualnih ekscesa i tople kupke sjedeći. Eventualnu infekciju treba energično suzbijati. Urolozi još uvijek diskutuju o hormonalnoj terapiji. Jedni su za upotrebu muškog spolnog hormona, koji ne smanjuje adenom, ali poboljšava optičaj krvi u njemu, jača tonus miškulature mokraćnog mjehura, a djeluje i kao tonikum i stimulans. Drugi su protiv testosterona, jer se zna da je taj hormon kancerogena supstancija za prostatu. Oni daju ženski spolni hormon koji ima antikancerogeno djelovanje na prostatu, a inače mu je učinak sličan testosteronom. Boeninghaus daje i jedan i drugi hormon. Istraživanja hormonalne terapije adenoma prostate se nastavljaju.

U II i III stadiju treba operirati i ne treba čekati niti pokušavati konzervativnom terapijom. U akutnoj retenciji stavlja se prije operacije na nekoliko dana trajni kateter. Evakuacija urina u akutnoj retenciji treba da bude postepena, jer nagla evakuacija može uroditi potpunim zakazivanjem funkcije bubrega.

Operativni pristupi prostati jesu:

- 1) suprapubični (transvezikalni po Freyeru),
- 2) retropubični (ekstravezikalni po Millinu),
- 3) perinealni po Yongu),
- 4) transuretralni (elektroresekcija),
- 5) ishiorektalni po Woelckeru,
- 6) transrektalni,
- 7) infrapubični.

Neki su
mo one koj

Metoda
pu kroz mo
mije. Zasi
ra iznad pr
izljučiti. St
ra kao tra
tampon od
de kateter
metode po
da se ne sta
prostate.

Harris je
šiva ložu pr
zatvara prir

Prostatec
Tupo se pris
hura. Krvni
prostate se
uvede se tra
se sađe.

Transure
te (Yong, N
kojom se po
dio adenom
normalno u

Dalto Ro
metodu rane
ne retencije
du su razrad

Tabela I
Godine:

Broj:

Treba ista
loški odsjek
cijalista urol

Neki su napušteni, pa ćemo opisati samo one koji se i danas upotrebljavaju.

Metoda po Freyeru se sastoji u pristupu kroz mokraćni mjehur putem cistotomije. Zasiječe se vrat mokraćnog mjehura iznad prostate i prostata se kažiprstom izljušti. Stavi se uretralni kateter i fiksira kao trajni. U ložu prostate stavi se tampon od vrpce. U mokraćni mjehur dođe kateter po Petzeru. Modifikacija ove metode po Hryntschaku se sastoji u tome da se ne stavlja tampon, već se sašije loža prostate.

Harris je modificirao ovu metodu da šiva ložu prostate, ali i mokraćni mjehur zatvara primarno.

Prostatectomia retropubica sec. Millin: Tupo se pristupa na vrat mokraćnog mjehura. Krvni sudovi se ligiraju. Kapsula prostate se presiječe i prostata se izljušti, uvede se trajni uretralni kateter i kapsula se sašije.

Transuretralna elektroresekcija prostate (Yong, Nesbit) je palijativna metoda kojom se posebnim cistoskopom resekira dio adenoma prostate da se uspostavi normalno uriniranje.

Dalto Rose je 1945. prikazao princip i metodu rane prostatektomije nakon akutne retencije u »čistom miljeu«. Tu metodu su razradili Wilson, Hey, Smiley i Cou-

velaire, a u Jugoslaviji je s uspjehom primjenjuje R. Novak u Zagrebu. Prostatektomija se vrši 48 sati nakon akutne retencije, transverzikalnim pristupom i šivanjem lože po Harrisu nakon prostatektomije. Mokraćni mjehur se primarno zatvori, a lateralno se uvede dren tupo razmaknuvši muskulaturu mokraćnog mjehura kalibra Ch. 16—18 na 48 sati. Ne aplicira se uretralni kateter, bolesnici prvi dan ustaju, a od 3 dana sami spontano mokre. Letalitet kod prostatektomije je 2 do 4%. Prognoza operiranih je dobra.

Kao pomoćnu metodu kod prostatektomije treba spomenuti bilateralnu vazektomiju, koja se sastoji u obostranoj resekciji duktusa deferensa, kao preventivnoj mjeri u sprječavanju epidimitisa. Neke urološke kuće rade vazektomiju čim uvedu trajni kateter zbog akutne retencije na bazi adenoma prostate. Druge rade zajedno s prostatektomijom. Treće je rade od slučaja do slučaja, a četvrte je uopće ne rade, već stavljaju suspenzorij kod trajnog katetera, koji navodno sprječava razvoj epididimitisa.

Materijal

U razdoblju od 1. I do 31. VIII 1968. godine na Kirurškom odjelu Medicinskog centra Banja Luka učinjene su 154 prostatektomije zbog adenoma prostate.

Tabela I Prostatektomije po godinama

Godine:	1963.	1964.	1965.	1966.	1967.	1968. do 31. VIII	Svega
Broj:	20	25	12	32	38	27	154

Treba istaknuti da je 1963. i 1964. Urološki odsjek Kirurškog odjela vodio specijalista urolog, a od 1965. je na čelu Uro-

loškog odsjeka specijalista iz opće kirurgije, a prostatektomije vrše opći kirurzi.

TABELA II Starost bolesnika

	1963.	1964.	1965.	1966.	1967.	1968. (do 31. VIII)	Svega
51 do 60 g.	0	0	0	1	4	3	8
61 do 70 g.	12	19	4	18	21	13	87
71 do 80 g.	7	6	8	10	12	8	51
81 do 90 g.	1	0	0	3	1	3	8
Ukupno	20	25	12	32	38	27	154

Iz tabele II je vidljivo da se radilo pretežno o bolesnicima iznad 60 godina starosti.

TABELA III Operativne metode

	1963.	1964.	1965.	1966.	1967.	1968. (do 31. VII)	Svega
Freyer	2	0	4	6	2	3	17
Harris	4	2					6
Hryntschak	11	23	1	0	0	0	35
Harris — Hryntschak	3	0	0	0	2	4	9
Millin	0	0	7	26	34	20	87
Vazektomija	2	0	6	20	25	27	80

U našem materijalu prevladava prosta-
tektomija po Millinu, koju vršimo od 1965.
godine. Preferiramo je ostalim metoda-
ma jer je brz postoperativni tok. Bolesnik
izlazi iz bolnice desetak dana poslije ope-
racije.

Gotovo svi naši bolesnici dolaze na
operaciju tek u III stadiju, kad nastupi
akutna retencija. Dokle god oni mogu

mokriti makar malo, oni se ne odlučuju
na operaciju. Da bismo izbjegli epididi-
mitise, koji imaju jako fudroajantan tok
i dosta često završavaju semikastracijom,
u zadnje vrijeme, odmah po primitku, uz
trajni kateter kod kompletne retencije,
vršimo i obostranu vazektomiju (osim kod
mlađih prostatičara). Sve izvađene pro-
state poslali smo na histološki pregled.

TABELA IV Histološki nalazi

	1963.	1964.	1965.	1966.	1967.	1968. (do 31. VIII)	Svega
Hyperplasia glandularis	20	23	12	30	37	27	149
Adenocarcinoma		2		2	1		5

Dakle od 154 izvađena adenoma, u 5
slučajeva došao je histološki nalaz ade-
nokarcinoma. Sve ove bolesnike smo po-
čeli liječiti honvanom.

Jedan pacijent koji redovito dolazi na
kontrolu je sada, pune 2 godine nakon
operacije, bez recidiva. Mokri uredno.

Letalitet kod prostatektomije iznosi 2 do 4%.

Za 1963. i 1964. nemamo podataka, a 1965, 1966, 1967. i 1968. na ukupno 109 prostatektomija imali smo 2 exitusa letalisa postoperativno. Uzrok smrti jednog bolesnika bio je zatajivanje kardiovaskularnog aparata, a kod drugog embolija arterije pulmonalis.

Komplikacije nakon prostatektomije jesu: 1) krvarenje iz lože, 2) visoka temperatura od infekcije urinarnog trakta, 3) tromboza i embolija (u odnosu na druge operacije 2,5%), 4) uremija, 5) pneumonija, 6) dehiscenca rane sa urin fistulom, 7) inkontinencija, koja je obično privremena, 8) potencija je često umanjena.

Od 1965. do 1968. morali smo u 3 navrata reintervenirati zbog jakog krvarenja i blokade mokraćnog mjehura koagulima. Infekcije koje su se tu i tamo pojavljivale kupirali smo antibioticima po urinokulturi i antibiogramu.

U 8 bolesnika imali smo bronhopneumoniju, koja je izliječena odgovarajućom terapijom.

Suprapubičnu fistulu imali smo dosta često, jer se radilo o iznurenim bolesnicima, koji su dolazili u akutnoj retenciji, ali sve su se redovito zatvarale kroz neko-

liko dana aplikacijom uretralnog katetera. U 5 bolesnika razvila se kalkuloza mokraćnog mjehura.

Zaključak

Iznijeli smo materijal 154 prostatektomije u razdoblju od 1. I 1963. do 31. VIII 1968. na Kirurškom odjelu Medicinskog centra u Banjoj Luci. U 87 slučajeva koristili smo se Millinovom metodom i tu metodu preferiramo ostalim metodama. Svi naši slučajevi sa adenomom prostate dolaze tek u akutnoj retenciji. Smatramo da je potrebno učiniti obostranu vazektomiju, kao preventivnu mjeru, da se spriječi razvoj epidimitisa. Svi izvađeni adenomi su histološki obrađeni i u 5 bolesnika je nađen adenokarcinom. Trebat će provesti zdravstveno prosvjeđivanje, naročito među seoskim stanovništvom, da bi bolesnici dolazili na liječenje odmah pri prvim tegobama i u prvom stadiju, a ne kao što je do sada slučaj rjeđe u II stadiju, a u velikom postotku tek u III stadiju.

Rezultati nakon prostatektomije su više nego dobri. Bolesnici nakon operacije nastavljaju živjeti normalnim životom.

L I T E R A T U R A

- 1) Botteri I., *Interna medicina*, Nakladni zavod Hrvatske, Zagreb, 1950.
- 2) Dragojević B., *Hirurgija*, Zavod za izdavanje udžbenika Socijalističke Republike Srbije, Beograd, 1964.
- 3) Hellner H., Nissen R., Vosschulte K., *Udžbenik kirurgije*, Medicinska knjiga, Beograd, Zagreb, 1964.
- 4) May F., Mauer Mayer W., *Die Chirurgie der Prostatahypertrophie*, Documenta Geigy, 1953.
- 5) Petković S., *Hirurgija urogenitalnih organa*, Medicinska knjiga, Beograd, 1950.
- 6) Valečić A., *Medicinska enciklopedija*, Leksikograf. zavod, Zagreb, 1963.

ega

8

87

51

8

154

osti.

vega

17

6

35

9

87

80

lučuju
pididi-
an tok
cijom,
iku, uz
rencije,
im kod
e pro-
gled.

Svega

149

5

blazi na
nakon
dno.

R É S U M É

Service de Chirurgie du Centre Médical Banja Luka

LES ADÉNOMES DE LA PROSTATE, OPÉRÉS AU SERVICE DE CHIRURGIE DU
CENTRE MÉDICAL BANJA LUKA

Stjepan Rac — Jerolim Karadža

Les auteurs exposent les matériaux de 154 prostatectomies accomplies dans la période du 1. 1. 1963. au 31. 8. 1968. au Service de chirurgie du Centre médical de Banja Luka. Sur 87 cas ils présentent les résultats obtenus par la méthode de Milin, qu'ils préfèrent aux autres. Tout les malades ont été reçus avec la rétention urinaire aigue.

Les auteurs conseillent la vasectomie bilatérale pour éviter le développement de l'orchépididymite aigue. L'exploration histologique a démontré des adénomes dans tous les cas sauf chez 5 malades où ils' agissait du cancer (adénocarcinome).

Après l'intervention chirurgicale les malades continuent la vie normale.

*Hirurška služba s traumatologijom
Medicinskog centra u Banjoj Luci
Načelnik: dr Stjepan Rac*

Ofta

B. J.

Ne
pertz
obave
taciju
kod s
tačno
cija i
nalne
vo mc
tivnos
bralna
kuju i
traum
talna
evolut

Pos
znatno
nosti.
na: gl
sjetljiv
sanice,
elne i
tegoba
kočam
na. Ko
ne elel
mecke
ključk

1. -

2. -

Ofta
lesnika
treba c

Oftamološki aspekti postkomocionalnog sindroma

B. Jovičević

Neurološka i sudska medicinska ekspertiza kod postkomocionalnog sindroma obavezno zahtijeva oftamološku konsultaciju. Uloga oftalmologa je veoma važna kod svake kranijalne traume, jer on mora tačno da odredi vrijednost čulnih percepcija i ustanovi stepen smanjenja profesionalne sposobnosti. Pri ovome se razumljivo mora voditi računa o tendenciji evolutivnosti anatomskih lezija (ožiljci i cerebralna atrofija). Ulogu eksperta komplikuju i drugi faktori koji učestvuju pored traume (alkoholizam, lues, relativna mentalna debilnost), tako da je ovo shvatanje evolutivnosti procesa veoma kompleksno.

Postkomocionalni sindrom dovodi do znatnog smanjenja profesionalne sposobnosti. Simptomatologija je vrlo raznovrsna: glavobolje, vrtoglavice, amnezije, osjetljivost na buku, smanjenje pažnje, nesаницe, promjene u karakteru kao i vizuelne i auditivne smetnje. Priznanje tih tegoba je obično skopčano s velikim teškoćama zbog odsustva organskih promjena. Kod 30—70% slučajeva imamo normalne elektroencefalografske krivulje. Rodermecker (1961) daje sljedeće analogne zaključke:

1. — Ne postoji posebna EEG morfologija kod postkomocionalnog sindroma.
2. — Normalne krivulje otkrivene kasnije ne dozvoljavaju negaciju postojanja postkomocionalnog sindroma.

Oftalmolog za vrijeme ispitivanja bolesnika s postkomocionalnim sindromom treba da odredi:

1. realno i stvarno postojanje postkomocionalnog sindroma,
2. njegovu veličinu i stepen invaliditeta,
3. njegovu prognozu.

Da bismo ustanovili postojanje postkomocionog sindroma, potrebno je prije svega utvrditi da li je prethodno postojala ozbiljnija trauma glave. Mora se obratiti pažnja na opšte držanje pacijenta, hiperaktivnost i mnezičke funkcije. Razlike između realnog, simulacije i preuveličavanja je teško uočiti a često i nemoguće.

Analiza oštine vida na daljinu i blizinu, vizuelne fatigacije predstavljaju dragocjena obavještenja, ali je daleko od toga da su to dokazi postojanja postkomocionog sindroma.

Oftamološki pregled podrazumijeva:

- subjektivnu simptomatologiju: oštrinu vida, senzibilitet, vidno polje i adaptaciju,
- objektivnu simptomatologiju: biomikroskopski pregled prednjeg segmenta, pregled fundusa i mjerenje tenzije arterije centralis retine.

Promjene koje otkrivamo tom prilikom su sljedeće: dekompenzacija jedne preegzistirajuće ametropije, prezbiopija prekoks, vidno polje pokazuje koncentrično suženje i fenomen inverzije izoptera. Adaptacija na tamu pokazuje takođe promjene i predstavlja jedan znak od vrednosti u studiji ovog sindroma (Weckers 1944). Funkcija okulomotorijusa pokazu-

je promjene koje se ispoljavaju kao akomodativna stenopija, insuficijencija konvergencije, astenopija konvergencije i heteroforija.

Promjene na očnom dnu se ispoljavaju u dekolraciji i hiperemiji papile, kao i njenim nejasnim granicama, što nam dozvoljava da potvrdimo dijagnozu. U 10% slučajeva TACR se ispoljava s hipertenzijom, a u 2% slučajeva s hipotenzijom.

Pri ovim ispitivanjima često se otkrivaju simulacije koje idu od običnih pretjerivanja realnih simptoma pa sve do ispoljavanja nepostojećih ispada (ambliopija, amauroze i diplopije). Opšte držanje simulanta je dosta upadljivo, i Charlin lijepo kaže: »Lažni slijepac izgleda više slijep nego pravi«.

Ispoljene tegobe kod postkomocionog sindroma su uporne, perzistiraju i uslovljene su psihološkim stanjem povrijeđenog. Zbog isplate rente, alkoholizma, a nekad i zbog nespretnog ljekarskog komentara, pacijent je upravo pripremljen za rentnu neurozu. Ne postoji nikakav odnos između jačine traume u početku i težine sindroma. Neki slučajevi se povla-

če, neki su fiksni, a drugi se pogoršavaju (Thury 1954).

Mersier smatra da problem neuroza predstavlja za ljekara jedino pitanje dijagnoze. Ekspertu neurologu nije moguće da utvrdi da li su tegobe povrijeđenog nastale od cerebralnih promjena, ili od zabrinutosti za nadoknadom. To kategorički potvrđuju anatomske i kliničke opservacije učinjene zadnjih godina.

Oftalmolog ne treba da određuje procenat povrijeđenog, već samo da u svom nalazu informiše neurologa da li povređeni ima ili nema imputabilnih znakova za postkomocionalni sindrom. Pravilo koga se treba držati kod kranio cerebralnih trauma je da od početka treba izvršiti kompletno ispitivanje i ne smatrati povređenog za konsolidovanog ukoliko nije prošao duži period (6 mjeseci do 2 godine).

Rezultati ispitivanja od strane oftalmologa nisu patognomonični, kao ni mnogi drugi načini. Neurolog ne može postaviti dijagnozu postkomocionalnog sindroma ukoliko više načina ispitivanja ne govori u tom pravcu. Samo studija svih simptoma (neuroloških sa EEG, ORL i oftalmoloških) dozvoljava da se postavi dijagnoza.

Naj
lab

F. C

N:

nost

u tor

vijem

Št

»C

jednc

žanje

Za

mo s

ko-ke

ganju

mijsk

sigur

U

od fi

labor

mena

je, od

lize p

Ve

nize v

* Au

sar

rije

na

* Ra

kei

26.

Najčešći izvori grešaka u kliničko-biokemijskim laboratorijama i metode za njihovo smanje*

F. Cetinić

»Tko radi taj i griješi. U svakom radu greške se ne mogu izbjeći. Ne može se obaviti bilo koji posao bez greške. Tko to tvrdi taj sigurno griješi«.

UVOD

Nastojanje jednog analitičara i vrijednost laboratorija ovisi o tome koliko su u tom laboratoriju ili kod analitičara razvijene metode za smanjivanje greški.

Šta je greška?

»Greška je razlika između prave vrijednosti i vrijednosti koju dobijemo opažanjem ili mjerenjem«.

Za određivanje veličine grešaka služimo se različitim matematičkim i analitičko-kemijskim metodama, a u ovom izlaganju ograničit ćemo se na analitičko-kemijske metode rada čiji je cilj povećanje sigurnosti u radu.

U kliničkim laboratorijama za razliku od fizikalnih, anorganskih ili organskih laboratorija, greške su moguće ne od vremena uzimanja uzorka, već mnogo ranije, od odluke za obavljanje određene analize pa do konačnog njenog završetka.

Već u samoj odluci za potrebom analize važna je priprema objekta od kojeg

se uzima materijal, a to je pacijent. Pacijent treba da se strogo pridržava potrebnih uputstava jer od toga zavisi vrijednost rezultata. To je osobito važno kod određivanja pojedinih funkcionalnih stanja, šećera, supstancija koje se uzimaju kao lijek ili hrana itd.

Za razliku od drugih vrsta uzoraka, kod čovjeka nije svejedno u koje se godišnje doba vrše pojedina određivanja, i to s obzirom na to da navike u ishrani mogu imati većeg ili manjeg utjecaja na koncentracije supstancija. Primjera radi L. Zieve i saradnici (1953.¹) su ustanovili da se ukupni porfirini kod zdravih ljudi u periodu april—maj izlučuju u koncentracijama od 30 do 150 mikrograma na dan, a u periodu septembar—oktobar od 45 do 268 mikrograma na dan. Nije svejedno kojeg je spola pacijent s obzirom da ima supstancija koje su vezane za spol, npr. određivanje prostatične fosfataze itd. ili koje je dobi pacijent, da li je dijete ili odrasla osoba, i na kraju da li je pacijent odmoran, ili je bio podvrgnut određenim fizičkim naporima (fiziološka proteinurija).

Sve ove faktore treba uzeti u obzir i ocijeniti njihov utjecaj na vrijednost rezultata, i ako se znaju navesti ih u nalazima.

NAJČEŠĆI UZROCI GREŠAKA U KLINIČKIM LABORATORIJAMA

Posuđe i pribor kojim se radi moraju biti suhi, sterilni i odgovarajućih dimen-

* Autor se zahvaljuje drugarici Čuk Zdenki, saradniku Centralnog biokemijskog laboratorija Kliničke bolnice »Koševo« u Sarajevu, na pomoći u tehničkoj obradi.

* Rad je čitan na III stručnom sastanku biokemičara BiH, održanom u Banjoj Luci 25. i 26. maja 1968. godine.

zija. Krv, urin i drugi materijal treba što prije uzimati u rad. Stajanjem se razmnožavaju bakterije, dolazi do djelovanja enzima što može promijeniti sastav. Zbog toga treba dodati inhibitor enzima ili uzorak čuvati na $+4^{\circ}\text{C}$. Uzorci treba da su začepljeni staklenim brušenim čepom ili plutanim čepom koji je obložen u najlon-sku ili aluminijsku foliju.

Kada se radi krvlju, treba paziti da krv ne hemolizira. To može dovesti do velikih grešaka u određivanju elektrolita, željeza ili enzima. Posebno je važno da se pri određivanju enzima materijalu ne dodaju antikoagulansi $\text{NaF Na}_3\text{N}$, jer su to inhibitori enzima.

Pipete i epruvete treba prati u energičnim anorganskim oksidacionim sredstvima da se otklone »filmovi« proteina sa pipeta i mikropipeta, tragovi soli i masnih supstancija.

Pri odmjeravanju potrebno je uzeti posuđe i pribor određene veličine, npr. kada se želi odmjeriti 0,1 ml neke otopine najtačnije se to učini pipetom od 0,2 ml, a ne pipetom od 1 ili 2 ml. Nikada ne treba mjeriti posljednji ml vrha pipete. Kada treba mjeriti pipete, ne treba ih ispuhivati, jer su one baždarene na odljev. Kod obaranja proteina ili odvajanja drugih taloga treba paziti da se ne uzimaju talozi već bistre otopine.

Reagencije treba pripremati isključivo iz analitički čistih kemikalija sigurnom destilovanom vodom. Ne smije se dozvoliti da otopine stoje otvorene, da se na njima istalože soli, ili da se istom pipetom mjeri nekoliko reagencija ili više uzoraka.

Treba uredno održavati aparate kojima se radi. Fotometri prije upotrebe treba da su dovoljno ugrijani, a kivete posebno čiste. U njima ne smije ništa zaoštat od prethodne probe ili tečnosti sa strane. Treba se strogo pridržavati propisanog postupka i vremena analiza, prekontrolisati da nije došlo do računске greške i ponoviti očitavanje na instrumentima.

Sve su ovo izvori grešaka koje su moguće svugdje i na svakom mjestu u biokemijskim laboratorijama i na njih treba stalno obraćati pažnju.

METODE ZA SMANJENJE POGREŠAKA

Metode za otklanjanje pogrešaka u kliničkim laboratorijama možemo načelno podijeliti u 4 grupe:

1. metode ličnosti ili personalne metode,
2. metode kontrole instrumenata,
3. analitičko procesne metode,
4. matematsko-grafičke metode.

I. Metode provjere ličnosti mogu se podijeliti u dvije podgrupe, i to:

- 1.1. uticaj pacijenta,
- 1.2. uticaj analitičara.

Pacijent mora do krajnosti da se pokorava proceduri testa što se postiže na dva načina:

- 1.1.1. da se pacijent upozna,
- 1.1.2. da se pacijent ne upozna s postupkom rada.

Koji će se način odabrati ovisi o inteligenciji pacijenta i ličnom povjerenju između laboratorijskih radnika i pacijenta. Zato ja potrebno što prije steći povjerenje pacijenta i ocijeniti njegovu pomoć.

1.2. Uticaj analitičara i provjera analitičara

Analitičar treba da je vješt, uvježban i školovan radnik, koji sigurno vlada analitičkim postupcima i obavlja posao s najvećom mogućom odgovornošću. Njegove lične osobine ne smiju uticati na rezultat, a to znači da vremenom treba kontrolirati njegovo znanje i zdravstveno stanje, vid i sluh. Analitičar treba da je bez predrasuda i preaubjeđenja i da svako neslaganje u rezultatu provjerava novim određivanjima.

II. Metode kontrole instrumenata

2.1. Pri kontroli instrumenata i pribora za rad treba početi od provjere čistoće i kvaliteta laboratorijskog posuđa, koje mora biti kemijski čisto i suho i odgovarati kvalitetama pojedinih vrsta pretraga. Kemijski čisto posuđe je pola završene analize i svaki analitičar treba da upotrijebi sva moguća sredstva za otklanjanje taloga soli, masti i proteina obilnim korišćenjem destilirane vode. Pri upotrebi organskih sredstava za pranje, treba paziti da se tragovi deterdženata potpuno isperu, jer po svojoj strukturi, ukoliko su prisutni u tragovima, mogu dati određene pozitivne reakcije.

2.2. Provjera ispravnosti baždarenja sudova

Volumetrijski pribori i tegovi kojim se koristimo u svakodnevnom radu, a koje nam nudi domaće ili strano tržište, često puta nisu pravilno baždareni, što uslovljava unošenje određenih sistematskih grešaka u rad. Neophodno je potrebno sve novo laboratorijsko posuđe i tegove baždari za sve one slučajeve gdje to nije na priboru posebno naznačeno »javno baždareno«. Baždarenje tegova i sudova može se povjeriti Uredu za mjere i utege, ili se može izvršiti na 3 slijedeća načina:

- 2.2.1. baždarenje vodom,
- 2.2.2. baždarenje bojama,
- 2.2.3. baždarenje živom.

Jednom izvršeno baždarenje nekog suda ostaje dok je sud u upotrebi, mada ovo pitanje treba postaviti tako da svo volumetrijsko posuđe bude definisano po JUS-u, da nosi te oznake. To bi na neki način prisililo proizvođače laboratorijskog posuđa da na tržište iznose samo sigurno kalibrirano posuđe.

2.3. Provjera ispravnosti mjernih instrumenata

S vremena na vrijeme treba provjeravati ispravnost svih mjernih instrumenata.

Ta. Tu se u prvom redu misli na provjeru vaga, pH-metra, optičkim mjernih instrumenata, termostata, sterilizatora i dr.

2.3.1. U običnih analitičkih vaga vrlo je važno da se s vremena na vrijeme provjerava osjetljivost vage, nulta tačka, kako bismo bili sigurni da su nam mjerenja tačna i da su tegovi ostali pri svojoj težini.

2.3.2. U pH-metara potrebno je provjeravati osjetljivost uređaja, stabilnost pufera i vrijednost elektroda čije su reprodukcije, kao što je poznato, vremenski ograničene.

2.3.3. U optičkih aparata, kao što su fotometri i spektrofotometri, potrebno je s vremena na vrijeme provjeravati način apsorpcije i reprodukciju osjetljivosti na određenim talasnim dužinama upotrebom određenih stakala ili otopina koje su stabilne (imaju mali stepen disocijacije i visoku stabilnost u otopinama). Ovo je potrebno radi provjeravanja kvaliteta izvora svjetlosti i osjetljivosti foto ćelija, elemenata i foto-multiplikatora čija emisija foto-struje vremenom opada. U polarimetra treba provjeravati određenim otopinama da li je došlo do pomjeranja Nickolovih prizmi a u refraktometara da li su nastupila oštećenja prizmi. O svim ovim provjerama, koje se vrše prema uputstvima firme, potrebno je voditi odgovarajuću dokumentaciju.

2.4. Termostati i sterilizatori provjeravaju se kontrolom temperature.

2.5. Kontrola kvaliteta destilirane vode

Zbog sadržaja pojedinih supstancija, koje određujemo u biološkom materijalu, vrlo je važno da imamo dobru i kvalitetnu destiliranu vodu. Kontrola kvaliteta može se provesti na više načina. Većina pribora daje dobre destilirane vode i takve vode zadovoljavaju analitičke potrebe. Međutim, vrlo često kod određivanja bakra ili željeza slijepe probe daju određene vrijednosti i mišljenja smo da se to lako da izbjeći, ako se destilovana voda prije upotrebe propusti kroz kombinovanu kolonu jono-izmjenjivača, čime se po-

stiže zaustavljanje i otklanjanje jona metala, koji prelaze u vodenu paru termalnom disocijacijom metala.

2.6. Provjera kvaliteta reagencije i standardnih otopina

S vremena na vrijeme sve ove otopine, ukoliko dulje stoje, treba pregledavati određenim procesima kontrole što ovisi o vrsti i vremenu upotrebe.

III. Analitičko procesne metode

Analitičko procesne metode mogu se podijeliti u 5 različitih grupa koje obezbjeđuju primjenu različitih analitičkih tehnika za provjeru kvaliteta izvršene analize, a to su:

- 3.1. paralelno određivanje,
- 3.2. primjena nezavisnih metoda rada — referentne metode,
- 3.3. analiza reagencija — slijepe probe,
- 3.4. upotreba standarda u čistom stanju i
- 3.5. metode standardnih uzoraka.

3.1. Paralelno određivanje. Radi se jedan ili više uzoraka na isti način. Rezultat se daje kao srednja vrijednost. Vrijednosti dobivene paralelnim određivanjem treba da se međusobno dobro podudaraju. Ako se dobiju rezultati koji se razlikuju, takve analize treba ponavljati dotle dok se rezultati međusobno ne podudaraju. Dobro podudaranje rezultata paralelnih određivanja znači da su analize obavljene pod vrlo približnim uslovima.

3.2. Nezavisne metode rada. Nekada se ispravnost jednog određivanja može provjeriti služeći se principijelno drugom tehnikom. Tako npr. kalcijum u serumu možemo odrediti kompleksometrijski i plamenfotometrijski. Ako rezultati dviju tako različitih tehnika daju u biti isti rezultat, više je nego vjerovatno da su dobivene vrijednosti, u malim granicama grešaka, ispravne.

3.3. Slijepe probe. — Ovim analizama otklanjaju se greške nečistoće kemikalija i posuda. Slijepe probe (Blank) izvode se svaki dan za svaku seriju u najmanje 2 primjerka. Razlikuju se od ostalih analiza što ne sadrže uzorak, a ostale reagencije imaju u istoj količini. Umjesto uzorka uzima se otapala količina u kojoj je uzorak otopljen ili voda. Tako npr. kod određivanja ukupnih proteina u serumu, mjesto seruma uzima se alikvot fiziološke otopine itd. Naročito pri fotometrijskim mjerenjima slijepe probe imaju određenu apsorpciju. Ako se mjerenja vrše prema vodi, onda treba vrijednost slijepe probe odbiti od apsorpcije uzorka. Može se i na drugi način otkloniti apsorpcija slijepe probe tako da se fotometar postavi na $E = 0$ sa slijepom probom. Ako su vrijednosti sa slijepim probama visoke, to znači da su kemikalije nečiste i da treba uzeti čistije ili svježije.

3.4. Upotreba standarda. — Rezultat neke analize možemo kontrolirati ili dobivenu vrijednost korigirati ako umjesto uzorka u rad uzmemo poznatu količinu supstance koju ispitujemo i izvršimo analizu pod istim uslovima kao i probe. Kako je ovdje količina supstance koju određujemo poznata, to ćemo kontrolnom analizom moći neposredno ustanoviti veličinu greške uzorka i tako korigirati rezultat.

Količina supstance i standarda treba biti istog reda veličine kao i koncentracija supstance koju određujemo kod uzorka. Npr. kod određivanja bakra u serumu koncentracije standardne otopine trebaju biti $1 \text{ ml} = 1 \text{ ug Cu}^{++}$.

3.5 Metode standardnih uzoraka. — Ponekad nije lako prirediti standardnu otopinu zbog složenosti supstance, ili pak što nije moguće načiniti standard u kojem bi bile i druge supstance kojih ima redovito u uzorku „npr. pri određivanju albumina u serumu. Zbog toga se upotrebljavaju tzv. »standardni serumi«. To su serum koji su ili liofilizirani pa ih treba otopiti, ili tako priređeni da je u njima

srije
serum
ustan
ovisn
analiz
dardn
otkrij
već i
pri ar
nost i
ciju.

Na
ljala
brode
ni se
zemlj
fuziju
rumi
ju čir
sao s

Na
može
nu se
Serum
rati u
služit

VI. M

S
se uv
izvrši
datak
što s
devija

41.
sti, re
postu
very-t
mjenu
jedeć
se
u sta
jedna
stand
se po
ba in

spriječeno djelovanje enzima. »Standardni serumi« imaju deklaraciju sastava koji su ustanovili različiti analitičari, posve neovisno jedan od drugog, i njima se izvodi analiza na isti način kao i uzorkom. Standardni serumi pružaju mogućnost da se otkriju ne samo aparativne i lične greške već i neke metodološke greške učinjene pri analizi uzorka, da provjerimo ispravnost neke nove metode i za standardizaciju.

Nabavka standardnih seruma predstavljala je određene teškoće, ali su one prebrođene i u najskorije vrijeme standardni serumi moći će se dobiti i u našoj zemlji, čiji je proizvođač Zavod za transfuziju krvi u Beogradu. To su goveđi serumi koji će uskoro biti pušteni u prodaju čim referentne laboratorije obave posao standardizacije.

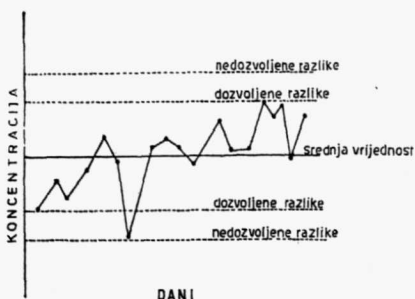
Na izvjesno vrijeme svaki laboratorij može za sebe pripremiti određenu količinu seruma miješanjem različitih seruma. Serum treba smrznuti, filtrirati, analizirati u nekoliko serija i kasnije mogu poslužiti kao standardni serumi.

VI. Matematsko grafičke greške

S vremena na vrijeme, a naročito kada se uvodi nova tehnika u rad, potrebno je izvršiti statističku obradu dobivenih podataka izračunati potrebne parametre, kao što su srednja vrijednost i standardna devijacija itd.

4.1.1. Vrlo ubjedljivu sliku osjetljivosti, reprodukciju vrijednosti i preciznosti postupaka dobivamo primjenom »Recovery-testa« (2). Analitički postupak za primjenu Recovery testa provodi se na slijedeći način: Odabrana supstancija određi se u biološkom materijalu (a), potom u standardu (b) i zatim se pomiješaju jednake količine biološkog materijala i standarda i odredi vrijednost (c). Kada se porede vrijednosti a, b i c, onda c treba imati polovicu zbira a i b.

$$RC = \frac{a + b}{2}$$



Slika 1 — Kontrolni karton (3)

Najpregledniji, kontinuirani način kontrole rada preporučili su pojedini autori s tim da se rezultati kontrole sa standardnim rastvorima pojedinih analitičara, kao i rezultati »Recovery testa«, prikazu na tzv. »kontrolnim kartonima«.

Na kontrolnom kartonu unijeti su grafički datumi izvedene kontrole na osi apscise, a na osi ordinate kvantitativni podaci pojedinih analiza koje se ispituju. Raspon isprekidanih linija označava granicu dozvoljene standardne devijacije greške same metode, dok prostor van ovog područja ukazuje na nedozvoljene greške pri radu. Redovnim unošenjem rezultata na ovaj način u kontrolni karton, brzo i jednostavno se može uočiti kvalitet rada ako se prethodno raspolaže standardnom devijacijom greške same metode. Ujedno ovakav pregledan način daje brzu mogućnost evidencije kvaliteta rada svakog pojedinog analitičara, kao i uvid u kontrolu kvaliteta rastvora i kontrolu urednosti pribora.

4.2. Primjena sistema »jučer—danas« ili »danas—danas« (4)

Veoma se pokazala korisnom metoda kontrole kvaliteta laboratorijskog rada po sistemu »jučer—danas«, ili po sistemu »danas—danas«. Sistem »jučer—danas« lakše je izvoditi s obzirom na materijal, iako sistem »danas—danas« ima više prednosti i sigurniji je, pogotovo ako su kon-

tralom obuhvaćene enzimatske reakcije. Za ovu vrstu reakcija sistem »jučer—danas« nije podesan. Rezultati dobiveni po jednom ili drugom sistemu međusobno se upoređuju i iz slaganja rezultata vidi se preciznost rada. Razlika između oba rezultata ne smije biti veća »od dozvoljene greške« koja se odredi statistički. Kada je dobivena razlika veća nego dozvoljena greška, može se smatrati da je rezultat »van kontrole«, a to je upozorenje da u analizi nešto nije u redu. Provođenje ovih postupaka vrši se na slijedeći način:

4.2.1. U postupku »danas—danas« prije početka rada izdvoji se određena količina seruma jednog pacijenta, koji se označi šifrom, i pusti u rad na sve one pretrage kao i ostatak seruma istog pacijenta.

4.2.2. U sistemu »jučer—danas« po završenom poslu uzme se preostali serum jednog uzorka i njime se idući dan izvedu iste analize kao i prošlog dana.

Vrijednosti jednog određivanja označe se sa »A« (jučer) a rezultati drugog dana sa »B«. Izračuna se razlika između oba određivanja kao i procentualni iznos u odnosu na prvu ili jučer. O ovom vidu kontrole vodi se potrebna evidencija u formi kartona. Uz rezultate treba unositi sve primjedbe koje bi mogle imati utjecaja na ishod rezultata kao što su: baždanjenje, upotreba različitih standarda, različitih seruma itd. U nizu mjerenja odrede se greške kao disperzija lijevo—desno (\pm) 3 standardne devijacije od aritmetičke sredine. Pošto se ovaj sistem vodi svaki dan, to se na kraju mjeseca može sagledati kako je u prošlom periodu obavljn posao. Tad se raspolože najmanje s 30 uzoraka, odnosno 60 rezultata, što je dovoljno za statističku obradu. Statistički se obrada ovih rezultata može provesti na slijedeći način:

Prvo izračunamo aritmetičku sredinu (\bar{x}) određenog broja rezultata iz kolone »jučer«, a zatim aritmetičku sredinu pripadajućih razlika ($a - b$), koju označimo sa R. Pojedine razlike (R) zbrojimo u apsolutnom iznosu (bez predznaka).

$$\text{Dozvoljena greška (u\%)} = \frac{R \cdot 2,65 \cdot 100}{x}$$

Ovako izračunata dozvoljena greška važi za primjer kad se određivanja u seriji vrše u unikatu. Kad se vrše određivanju u duplikatu, onda umjesto sa 2,65 u gornjoj jednadžbi množi se s 1,88. Time postaje dozvoljena greška naravno manja, jer je određivanje 1,41 puta tačnije kad se analiza radi u duplikatu.

Ovim sistemom brzo se registruju promjene u kvalitetu reagensije, promjena ličnosti kao i druge lične greške koje mogu nastati.

Od osobite je važnosti da se s rezultatima kontrole upoznaju svi oni koji su na neki način utjecali na rezultate. To se može provesti na više načina:

4.2.3. — stavljanje rezultata na oglasno mjesto uz komentar,

4.2.4. — grafički putem različitih simbola,

4.2.5. — na zajedničkim stručnim sastancima.

Objavljivanje rezultata kontrole na stručnim sastancima mišljenja smo da je to najprikladnije, jer to obezbjeđuje sigurnu analizu toka i rezultata kontrole. S obzirom da kontrola nije sama sebi cilj, već mjera za podizanje kvaliteta rada, onda treba da u njoj učestvuju svi laboratorijski radnici, ne samo mehanički već u svim njenim vidovima.

5. Posebno bih htio istaći važnost dnevnika rada laboranta. To je knjiga u koju treba svaki dan laborant ili analitičar da upisuje sve one brojne veličine koje mjeri, računa ili izvodi grafički. Pored toga, treba da su upisane i sve one ostale radnje koje mogu imati utjecaja na ishod analize ili grupe analiza, kao npr. priprema otopina, kvalitet upotrebljenih kemikalija i sve one druge radnje koje je u toku dana obavio.

Ovako vođen dnevnik ima višestruke koristi:

5.1. daje uvid da li je analitičar izvršio dnevni zadatak;

5.2. tak;

5.3. nje u

5.4. kakva

5.5. ku pri

ja i d

vilno

5.6. rada i

ko go

5.7. tičar

dokur

1) ZH

2) H

3) W

4) IB

5) BL

6) D

(Chem

Metho

samu

zu teu

thoden

Centr

Klinič

Sef: a

5.2. koliki je bio njegov dnevni zadatak;

5.3. kako je obavio matematske radnje u procesu formiranja rezultata;

5.4. koliko puta provjerava svoj rad, kakva je kontrola;

5.5. kako u kom vremenskom razmaku priprema otopine i od kojih kemikalija i da li su svi potrebni parametri pravilno određeni;

5.6. ostvaruje se mogućnost provjere rada i nakon duljeg vremena i od nekolicke godina;

5.7. daje sliku koliko i kako je analitičar obavio posao jer ostaje kao trajni dokument, pa je u isto vrijeme i doku-

ment za ocjenu i nagradu ličnog rada svakog pojedinca, zbog čega ima stručnu, arhivsku i ekonomsku vrijednost.

Zaključak

Iznesene su analitičko-kemijske metode za smanjivanje grešaka u radu. Mnoge metode su vrlo jednostavne i mogu se primjenjivati u svakom laboratoriju.

O kvaliteti nalaza biokemijske analize često zavisi život pacijenta. Da bi se izradile analize, nije nikada skupo provesti sve moguće vidove kontrole vlastitog rada.

Koliko se u jednom laboratoriju koriste metode kvaliteta rada, od toga ovisi i kvalitet toga laboratorija.

R E S U M E

- 1) Zieve L. Hill E., Schwartz S. i Watson C. J., J. Lab. Clin. Med., 41, 663, 1953.
- 2) Henry E. J., Stand. Meth. of Clin. Chem., 4, 205—237, 1963.
- 3) Whitby L. G., Mitchell F. L., Moss D. W., Adv. in Clin. Chemistry, vol. 10, 65—156, 1957.
- 4) Ibid. str. 100.
- 5) Blažević K., Keler—Barčoka M., Ref. na II kongresu Med. biokemičara Jugoslavije, 1967.
- 6) Dolar P., Npublicirano.

ZUSAMMENFASSUNG

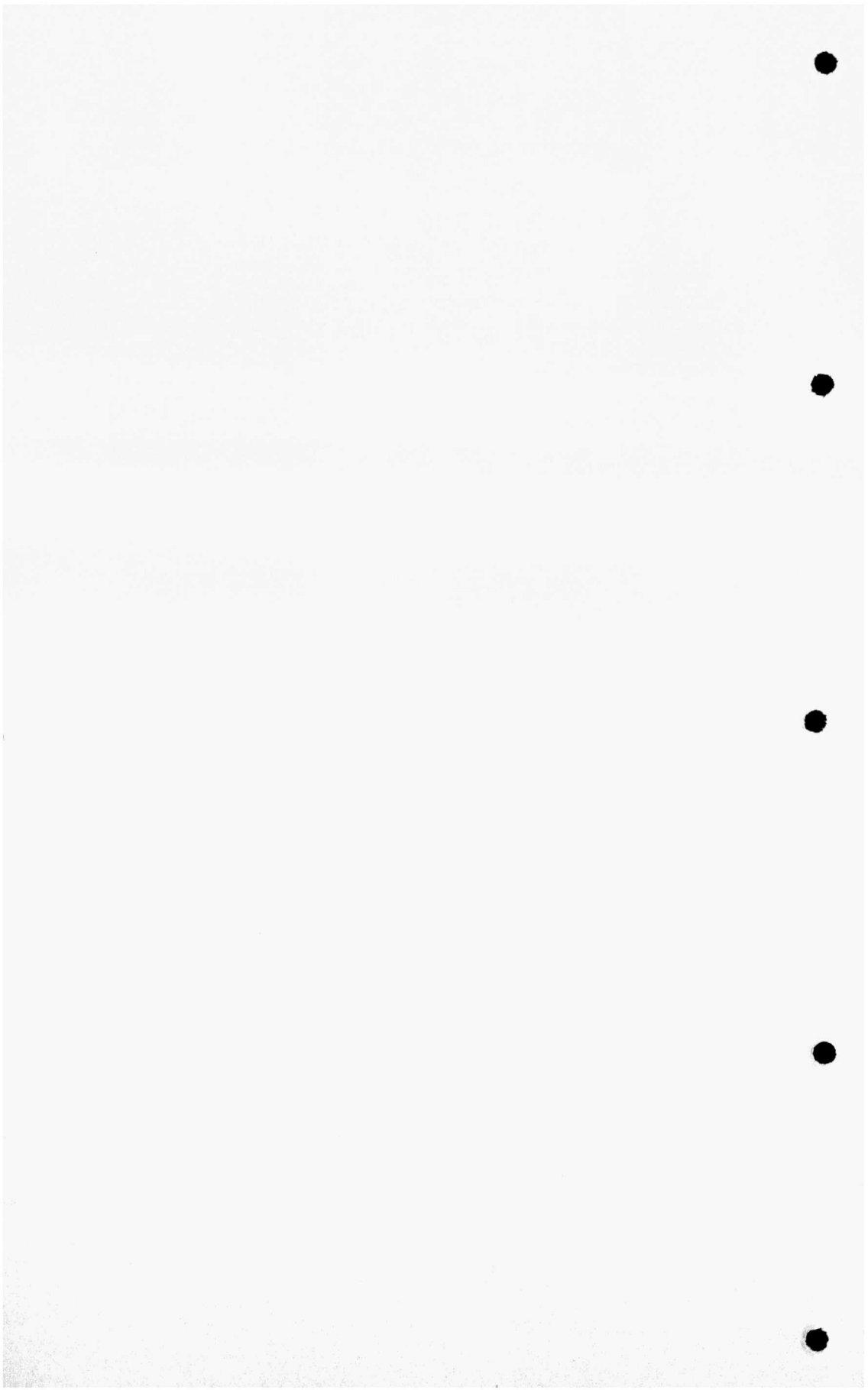
(Chemisches Zentrallaboratorium des Klinikkrankenhauses »Koševo«, Sarajevo, Jugoslawien)

Es werden analytisch-chemische Methoden zur Fehlerverminderung geschildert. Manche Methoden sind so einfach, dass sie in jedem Laboratorium leicht auszuführen sind.

Bei biochemischen Analysen muss der Befund genau sein, weil derselbe in engem Zusammenhang mit dem Leben des Patienten steht. Um sichere Analysen zu besitzen ist es nie zu teuer, alle möglichen Kontrollarten der eigenen Arbeit durchzuführen.

Die Sicherheit der Laboratoriumsbefunde ist mit dem eingeführten Überprüfungsmethoden innig verbunden.

Centralni biokemijski laboratorij
Klinička bolnica »Koševo«, Sarajevo,
Sef: doc. rer. nat. habil. F. Cetinić



Problem hirurgije jetre

Problems of Liver Surgery

Zoran Živanović

Interesovanje hirurga za jetru poznato je odavno, ali u novije vreme uspešni radovi T. T. Tunga, Bourgeon-a i dr. približavaju nas rešenju ključnih problema koji se nameću. Setimo se ipak da su resekciju jetre prvi uradili Burns (1870), i u vreme francusko-pruskog rata, Linz i Escher (1886), a vredno je pomenuti da je Langenbuch (1887) resecirao deo jetre težak 370 g, a njegov bolesnik je ozdravio. Indikacije su bile i tada i kasnije trauma ili tumor jetre (sifilomi) (5).

Kasnije je čitav niz autora ovo usvojio i radio na resekcijama jetre, pa kada bismo ih danas htjeli nabrojati, taj bi posao ispunio čitav jedan život.

Svojim radom profesor T. T. Tung je podigao hirurgiju jetre do visokog nivoa. On je utemeljitelj naučnog metoda, savremenog pristupa resekciji jetre, parcijalnoj hepatektomiji.

Ton That Tung prikazujući svoju tehniku resekcije jetre pomoću digitoklazije, pitanje je postavio: »Koje bi sredstvo bilo najbolje da se ostvari savršena hemostaza jetrenog režnja a da se izbegne rasipanje žuči?«. (7).

Napominje se da je savršen anatomski opis jetre zasnovan na otkrićima koja je izvršio T. T. Tung. Subanatomija se zasniva na pojmu segmentalne peteljke što je prvi uveo T. T. Tung, a detaljan opis anatomije jetre je iznio u prvom delu svoje knjige (5) sa ciljem da hirurgu praktičaru pruži svoja iskustva na 222 resekcije jetre u vremenu nešto od preko tri godi-

ne. Zatim je dao novu podelu jetre na osmosegmentni organ, što je potpuno odgovaralo podeli za koju se zauzimao ranije Couinaud. (5,7).

Tačno poznavanje distribucije i položaja sistema vena, arterije hepatike i bilijarnih puteva omogućuje transparentnim pristup, pa je i osnov tehnike resekcije jetre (hepatektomije) pomoću primarne ligature, a sasvim je jasno da preoperativna i peroperativna portografija, zatim peroperativna holangiografija omogućuju tačno anatomske obeležavanje.

Vena porte u hilusu ima kos pravac prema gore i desno prema poprečnoj brazdi jetre gde se deli na dva kraka pod uglom od 90°C:

a) Leva grana za levu jetru ima dva dela — hilarni segment, pravca gore i ulavo do portoubilikalne brazde, pružajući krv prvom segmentu (I) — portoubilikalni segment koji daje sudove za segmente II, III i IV.

b) Desna grana, koja zauzima desnu trećinu poprečne brazde duga 20 mm, koja daje manje kolaterale za segment I i završava dvema terminalnim granama i to: desnom paramedijalnom venom, čije je ishodište intrahepatično i nema mu pristupa bez transparentnimatomskog puta, te desnom lateralnom venom koja daje kolaterale za segmente VI i VII (5).

U opisu bilijarnih puteva, osim onog što je ranije opisao Ton That Tung i Couinaud, posebno se ističe da se desni žučni

put može ulivati u levi žučni kanal pre hilusa i ovaj »glissement« ulevo postoji u 22% slučajeva. Razumljivo da se ovo mora zapaziti na preoperativnoj holangiografiji te u tom smislu traži našu pažnju. (7)

U opisu sistema arterije hepatike navodi se njen hipoportalni položaj kao i njenih grana sem desne lateralne koja jaše iznad homologe vene.

Unutrašnji jetreni venski sistem identičan je ranijem opisu profesora Ton That Tunga. Podrazumeva tri glavne unutrašnje vene (levu, srednju i desnu) i više akcesornih vena. Leva unutrašnja vena uvek prolazi iza lobusa kaudatusa, može da se preparira pod levim ligamentom suspenzorijem jetre. Ima tri grane pa sledi detaljan opis puta. Srednja unutrašnja hepatična vena zauzima predeo incizure koja deli jetru na levu i desnu. Skuplja krv desnog paramedijalnog sektora i IV segmenta. (7)

Desna unutrašnja hepatična vena, najdeblja vena unutrašnjeg jetrenog venskog sistema, putuje pod desnom spoljnom incizurou jetre, duga je 12 cm, a drenira krv iz desnog lateralnog sektora.

Akcesorne vene su male, velike, gornje, srednje i donje.

U poglavlju o operativnoj tehnici autor navodi da Ton That Tung koristi isključivo položaj u dorzalnom dekubitusu realizirajući pristup laparatomijom, ponekad torakotomijom u osmom međurebranom prostoru (ovo se može koristiti i u našim uslovima, ukoliko je bolesnik mršav i izdužen); zatim navodi da se mogu koristiti zavisno od indikacije:

a) desni supkostalni rez koji prelazi 3 cm na desnu kostalnu ivicu pa preko ksifoidnog nastavka prelazi na spolnju ivicu levog m. rektusa abdominalisa (vidi sliku). Po potrebi se doda torakotomija kroz osmi međurebarni prostor;

b) konveksno postavljen rez (konveksitet prema gore) od levog dc desnog bo-

ka (udaljen tri cm od rebarnog luka), ovim se rezom pristupa najbolje hipertrofičnoj levoj jetri;

c) torako-freno-laparatomija u dorzalnom dekubitusu;

d) torako-freno-laparatomija u levom dorzalnom dekubitusu. (7)

U poglavlju o tehnici kod hepatektomije operativni protokol bi imao sledeći tok u opisu:

— Oslobođanje i mobiliziranje jetre pomoću rezanja sistema veza, i to: lig. falciforme se seče nakon prikaza pred v. donjom šupljom venom zajedno s dijafragmom. Hemostaza elektrokutom ili ligaturama, a ligamentum triangulare se seče zajedno s rebrom.

— Ekstirpacija žučne bešike do nivoa raskrsnice hepatične peteljke. U sredini ležišta žučne kesice katkad je vidljiva incizura koja se spaja s medijalnom incizurou i »sve desno pripada desnoj jetri, a sve što je smešteno levo pripada levoj jetri«.

— Desna hepatektomija: Linija reza po medijalnoj incizuri Glisonove kapsule, sledeći rezom dubokim samo 1—2 mm pravac — leva ivica donje šuplje vene sredina žučnog mehura.

Odmerenim pritiskom palca i kažiprsta se mrvi parenhim uz poštovanje otvora sudovnih elemenata, palac prema gornjoj strani jetre, a kažiprst prema ležištu žučice. Pravac digitoklazije uz nagib ulevo od 60°, a sudovi se redom podvezuju na taj način da se srednja unutrašnja hepatična vena ostavi kao traka uz levu jetru. Podvezuju se redom sve desne grane sve do vene kave inferior (jedino tako možemo izbeći rizik gasne embolije). Sledi izolovanje desne unutrašnje hepatične vene koja se odveže. Ostaje da se redom podvežu akcesorne vene, pa se mesto resekcionne trake otvara »u vidu knjige« radi definitivne hemostaze. Ovo se mora oprezno raditi. Traka krvavog reza je mala i tamponada omogućava dalji rad.

Autor opisuje dalje detaljno levu hepatektomiju a onda desnu lobektomiju, levu lobektomiju, koju opisuje kao relativno lak zadatak jer se radi skoro u beskrvnom prostoru, a onda sektorektomije i segmentektomije. (7)

Svoju studiju autor završava opisom postupka hemostaze na postresekcionoj hepatičnoj traci, koja ili kapljičasto krvari za vreme operacije ili se tu rađa problem kapljičastog izlivanja žuči i krvi posle operacije. Navodi ranije pokušaje koji već pripadaju istoriji hepatične hirurgije (Eksteritorizaciju po Couzensu, kauterizaciju po Escheru, kompresiju trake sa spojenim klamfama po Chementiju, cirkularne šave po Kuznjecovu i Penskom, inciziju parenhima uz koagulaciju elektrotokutorom po Mac Leanu u periodu 1874. do 1926. godine. Mnogobrojni kasniji pokušaji svedoče o težini zadatka što je Ton That Tung najbolje izrazio: »U hepatičnoj hirurgiji nalazimo se pred okrutnom dilemom: ili siguran rizik kapljičaste, parenhimatoze hemoragije sa postresekcionne hepatične trake ukoliko se ne čine komplementarne suture, ili siguran rizik ozbiljne hemoragije kod šivanja jetrenog tkiva upotrebom metode biranja tačaka u vidu slova x ili šivanjem u vidu »dušeka«. (Ton That Tung — 1962. godina). Isti je autor video tada prednost drenaže nad najsavršenijom tehnikom. Ovde je poznata omčasta klamfaža po Biermannu i Wangeestenu, ali autor navodi loše rezultate u eksperimentima na psima (uginuli su svi u roku od 24—72 sata pod slikom toksemije ili masivne tromboze). Razni autori upotrebljavali su metode, kao što su: hipotermija, zatim kontrolirana hipotenzija, i na kraju razne metode šivanja (terminalne suture po Quenniju, dva reda transparenhimatoznih šavova po Couinaudu, šavovi u obliku slova U uz podbacivanje koagulantnih sredstava), tamponade pomoću naduvanih mehova, koagulacija površine po Garreu uz upotrebu 1% i 1% adrenalina, ekstrakta trombina, želatinske pločice, pločice fibrina, rezorbalilne gaze itd. (5,7).

Rizik propratnog krvarenja, nekroze, infekcije, fistulacije i eventracije parenhina nije smanjen te su odreda ove metode odbačene. (7).

Autor dalje navodi da mu je za eksperimente služilo 40 pasa. Tražilo se smanjenje krvarenja za vreme i posle operacije i upotrebljavani su medikamenti lokalno i i.v. putem i sprečavalo se kapljičasto parenhimatozno krvarenje te izliv žuči lepljenjem postresekcionne trake jetre posebnom metodom. Objektivno su rezultati ovakvog rada praćeni i posmatranjem koagulacionog procesa (vreme krvarenja, vreme koagulacije, tromboelastogram i test po Von Kaullau). Autor je primenio:

a) četvorovremensko injiciranje hemokoagulaze po Klobusitzky-ju i to 48 sati od operacije; (7)

b) preventivno podvezivanje najmanjih sudova koji se daju videti jer svako gubljenje krvi traži naknadu — a učestana Transfusio sanguinis predstavlja **veoma poznat faktor koji otežava koagulaciju**;

c) tamponada trake kompresom natopljenom epsilon-amino kapronskom kiselinom u trajanju od 2—3 minute;

d) intravensko davanje hemokoagulaze i epsilon-amino kapronske kiseline radi pojačanja koagulirajućeg faktora — pločica i radi suzbijanja fibrinolitičkih faktora u hepatičnoj hirurgiji. Autor dalje razmatra fibrinolizu kao jedan od osnovnih uzroka krvarenja, jer niz autora je ranije primetio nakon hepatektomije veoma povećanu fibrinolitičku aktivnost: pad trombocita, protrombina i V i VII faktora koagulacije. (7)

Najbolje je rezultate autor imao kod pasa u kojih je primenio hemokoagulazu za vreme operacije, a epsilon-amino-kapronsku kiselinu u daljem toku, jer tendenca fibrinolitičke aktivnosti raste prema petom danu posle operacije. U ovoj kontrolnoj grupi od 8 pasa sve biološke pretrage ostaju u normalnim granicama za vreme i posle operacije. (7)

Autor dalje razmatra problem ekstrakcije žuči. Razni autori su ranije upotrebljavali široku drenažu (Ton That Tung), unutrašnju drenažu pomoću sfinkteroplastike (Bourgeon i Couinaud), ili pak prišivanje trake za diјаfragmu (Lanzillo), plastron creva s koga je skinuta sluznica (Hammer), međutim osnovni nedostatak je što se ovim materijalima nije dalo čvrsto sašiti.

Na osnovu eksperimentalnih potvrda autor preporučuje metodu šivanja transfixativnim posebnim šavovima peteljki na resekcionoj površini, kojom postiže čvrsto naleganje trake jetre na traku plastrona, jer je otpor, koji sada ide preko peteljke, sposoban da podnese i trakciju u pravcu osovine peteljke i od 800 grama. Plastron koji se umeće je u stvari proteza od kože, omentuma, aponeuroze ili mišića. Mora se tačno odmeriti i najbolji je materijal koža. Tako se na traci nađe rub uz rub jedan elastični autotransplantat koji obuhvata sve površine s kojih se izliva žuč ili krv, pa ovo omogućava dalji nastavak operacije i bolji ishod. (7)

Ovakvom metodom autor je u eksperimentima na psu zapostavio drenažu, pa navodi da je i pored toga retko morao da ponovi operaciju zbog sumnje na bilijarni peritonit, a laparaskopski se nije moglo utvrditi izlivanje žuči i krvi između prvog i osmog dana, dok je postoperativni tok vođen uobičajeno: drugi dan rehidracija i reanimacija — hranjene per os počinje, a četiri dana ordiniran je penicilin 1 000 000 i. j. te streptomycin 1.0. (7)

Rezultati nakon dva meseca u slučaju nove intervencije pokazali su da nema nekrotičnih zona pri upotrebi ovakvog načina kao kod metode šivanja u obliku slova x ili u vidu »dušeka«, zatim odsustvo zone izlivanja žuči između jetre i proteze, savršeno pak podnošenje šavova od strane jetre (svileni konac 00) i retke tek mikroskopski utvrđene zone makrofaga oko dlake ili konca. Ovo navodi na ideju da se koža mora spremati prethodnom depilacijom a ne brijanjem. Nabačena je i ideja ranijih autora o barijeri proteoli-

tičkih enzima, koji se postavljaju na mesto gde se nalazi koža i da su zato njome postignuti najbolji rezultati. Međutim, napominje se i omentum kao valjan materijal, ali proteolitička aktivnost ovde stajaje. (7)

Preporučuje se premedikacija hemo-koagulazom, a uz nju i upotreba epsilon-amino-kapronske kiseline uz fibrinolitički tretman od 10 dana (u slučaju incidenta dozvoljena je upotreba antienzima).

Jasno proizlazi da se ova metoda preferira kod parazitarne tumora i benignih tumora, a naročito kod trauma jetre, dok je treba sa stanovitim oprezom primenjivati u slučaju malignog tumora jetre, a tu se onda javlja problem čisto onkološki i zahteva posebnu studiju na odgovarajućem materijalu.

Resekcija jetre uživa reputaciju veoma teške operacije, a desna hemihepatektomija se najčešće radi, jer je taj deo jetre najpristupačniji mnogobrojnim etiološkim faktorima (naročito povredama). Operaterima predstavlja pak izuzetnu prepreku varijabilnost puteva, jer tipičan raspored hepatobilijarnih puteva na desni i levi nalazi se samo u 51% slučajeva, dok je u ostalim to trostruko izvedeno ishodište, ili je prisutna transpozicija zdesna ulevo, ili pak odvojeno ishodište potpuno u centromedijalni kanal, ili je odvojen desni lateralni od druga dva. (6, 8)

Veći broj autora se slaže da je kod ovih zahvata neophodna drenaža (Ton That Tung, Couinaud, Burgeon idr.) a po Redon-u se postavlja čak da je neophodna aspiraciona drenaža.

Što se tiče rezultata Bourgeon ih navodi na 19 desnih hepatektomija (kod benignih lezija), a 6 kod malignih tumora kao indikacija. Kod postoperativnog mortaliteta posmatra se rani i kasni. Rani mortalitet kod benignih lezija (2—8 dan) je najbolje proučen kod I grupe. Dva puta je bila uzrok letalnog ishoda kardiovaskularna insuficijencija, jedan slučaj renalne insuficijencije, jedan hronični šok (više lokalizacija hidatidne ehinokokne

ciste
plućn
se be
hepat
kasni
Kod

(15 d

Bu

guran

litet f

Na

giji je

jetre,

nigni

ligni

ilustri

s pro

dnevn

mora

nivo l

datak

Luka

1968)

2376 ti

Bosana

(a) a

ne s r

slučaj,

lovanil

ostalin

proble

1)

2)

3)

4)

5)

6)

7)

8)

9)

10)

ciste tretiranih istovremeno); jedan slučaj plućne embolije 11-tog dana. Kod kancera se bolest u daljem toku pogoršava zbog hepatične kome. Sekundarni mortalitet — kasni je u potpuno obrnutoj proporciji. Kod kancera veoma je teška prognoza (15 dana do dve i po godine).

Budućnost desne hepatektomije je osigurana, jer ostatak žlezde garantuje kvalitet funkcije kod benignih lezija. (6)

Navikli smo da posmatramo u hirurgiji jetre problem: povrede jetre, apscesa jetre, ehinokoka jetre, tumora jetre, benigni adenom, hepatom, hemangiom, maligni karcinom i sarkom. (1) Da bismo ilustrirali stvarne potrebe i dokazali da se s problematikom hirurgije jetre svakodnevno susreće hirurg, te da pristup jetri mora u najbližoj budućnosti imati najviši nivo hirurškog tretmana, navodimo podatke da je na teritoriji komune Banja Luka 1963—1968. (za samo devet meseci 1968) operisno na Hirurškom odeljenju 2376 traumatoloških slučajeva s teritorije Bosanske krajine (cca 1,200.000 stanovnika) a od toga su povrede jetre zbrinjavane s različitim uspehom i to ukupno 61 slučaj, a to je 2,9%. Od 61 bilo je 10 izolovanih povreda jetre a 51 u sklopu sa ostalim povredama (politrauma). Poseban problem pak predstavljaju apscesi i per-

forirani ehinokok ili ehinokok koji se nađe kao uzgredni nalaz kod eksplorativne laparatomije. Ukoliko se ne primeni metoda ekstirpacije uz kapitonazu, možemo zbrinuti šavom bez drenaže zaostali fibrozni deo ciste ehinokoka, ukoliko se pak ovo ne može, nalazimo se pred dilemom — marsupijalizacija sa širokom drenažom, ili semihepatektomija ili parcijalna resekcija jetre s obzirom da znamo da kod ovih promena postoje i znatne perifokalne promene.

Ovakva problematika nas navodi da nastojimo brže opremiti traumatološki blok instrumentarijem i potrebnim aparatima za savremeni pristup rešavanju politraume. Poboljšati i obogatiti dijagnostičke metode (scintigrafiju, holangiografiju), a uvesti nove — splenoportografiju i peroperativnu holangiografiju kao i gamagrafiju, a rendgenološku službu dići na nivo hitne službe kao i hiruršku. Takođe se smatra da je potrebno organizirati timski rad (hirurg, internista, specijalista opšte prakse) u smislu savremenog i pravilnog pristupa ovom problemu. Treba organizirati pri Medicinskom centru (ili društvu — DLBiH) stalnu komisiju koja će planirati razvoj i put u vezi s prevencijom i sanacijom sadašnjeg stanja na nivou centra u vezi sa savremenim pristupom politraumi a napose traumi jetre.

L I T E R A T U R A

- 1) Dragojević B. H., *Hirurgija I, II i III*, Beograd, 1964.
- 2) Helner H. i kol., *Udžbenik kirurgije*, Beograd—Zagreb, 1960.
- 3) Bogdanović S., *Farmakologija*, Beograd, 1963.
- 4) Stefanović S., *Bolesti jetre*, Beograd, 1956.
- 5) Tung T. T., *Chirurgie d'exérèse du foie*, Hanoi, 1962.
- 6) Bourgeon R., Guntz M., *L'hépatectomie droite*, 91, 89—106, *J. Ch. Paris*.
- 7) Churet J. P., *L'hépatectomies par digitoclasie*, 92, 21—50, *J. Ch. Paris*.
- 8) Mellier D., *Variations des artères hépatiques*, 95, *J. Ch. Paris*, 1968.
- 9) Fojanini G., *Congrès international de chirurgie de Copenhague*, 1955.
- 10) Rac S., Sarić V., *Traumatizam na području komune Banja Luka*, 3—4, *S. M. BL.*, 1968.

*Hirurška služba s traumatologijom
Medicinskog centra u Banjoj Luci
Načelnik: dr Stjepan Rac*



Carcinoma coli transversi sanguinans cum fistula colo-gastrica

Stjepan Rac

Maligni tumori crijeva vrlo su česti, a iznose 15% svih malignih tumora koji se javljaju u čovjeka. Karcinom crijeva lokaliziran je pretežno u debelom crijevu, a rijetko u tankom crijevu. Prema Nothnagelu tanko crijevo je zastupljeno sa svega 2,5%, kolon 26% i rektum 71,5%. Neki karcinomi nastaju na bazi polipoze (oko 10% polipoza maligno alteriraju), drugi na bazi kronične upale (oko 4%).

Najvažnije lokalizacije karcinoma na kolonu jesu: cekum 20%, flexura hepatica 14%, colon transversum 12%, colon descendens 22% i sigma 32%. Dijagnozu karcinoma kolona postavljamo na temelju slijedećih simptoma: tumor koji se palpira (to nije uvijek slučaj, naročito kod početnih karcinoma), simptomi stenozе crijeva, krv, gnoj i sluz u stolici i poremećaj općeg stanja (gubitak težine, pomanjkanje apetata, umornost). Irigoskopijom i irigografijom dokaže se postojanje karcinoma kolona i ujedno odredi tačna lokalizacija.

Karcinomi kolona mogu prodrijeti u trbušnu stijenku, retroperitoneum, jetru, slezenu, pankreas. Mogu izazvati perikolične apscese. Karcinom cekuma se često manifestira kao »apendikularni apsces«. Kao vrlo rijetka komplikacija karcinoma kolon transversuma spominje se prodiranje u želudac sa stvaranjem kolo-gastrične fistule. Javlja se lienterija, to jest bolesnici imaju proljevaste stolice s neprobavljenom hranom. Bolesnici u stvari gladuju jer hrana zaobilazi cijelo tanko crijevo, propadaju, anemični su, javljaju se edemi

gladi. Može doći i do povraćanja fekalnih masa. Dijagnoza je lakša kod većih fistula, kod manjih je teža, a dokazuje se rendgen pregledom želuca i irigoskopijom.

Terapija karcinoma kolona je operativna. Do XIX stoljeća smatralo se da su tumori crijeva inoperabilni. Prvu resekciju zbog tumora debelog crijeva izvršio je Reybard 1833. u Lyonu. Ali tek 1880. pod vodstvom Billrotha i Czerny-a razvila se kirurgija debelog crijeva. Operacija se sastoji u radikalnoj resekciji onog dijela debelog crijeva koje je zahvaćeno karcinomom. Tipične operacije jesu: desnostrana hemikolektomija, lijevostrana hemikolektomija, resekcija kolon transversuma s termino-terminalnom anastomozom, resekcija sigme. Palijativni zahvati sastoje se u anastomozama, koje zaobilaze karcinom (ileo-transversostomia) ili u anus praeter naturalis.

Radikalna operacija ima mortalitet 5 posto. Ako nema metastaza u limfnim žlijezdama, petogodišnje izliječenje se postiže u 70% slučajeva. Ako su zahvaćene i limfne žlijezde, izliječenje je u 35%. Terapija kod kolo-gastrične fistule je u resekciji kolona i želuca. Pred II svjetski rat mortalitet takvih operacija iznosio je preko 50%, a danas je od 10 do 15%.

Prikaz slučaja

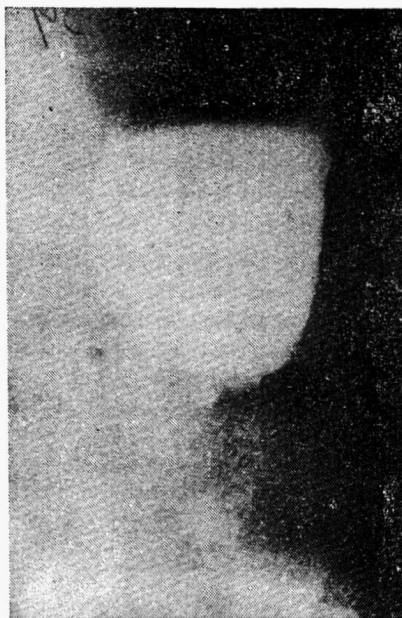
P. M., broj 1118/64, muškarac, star 39 godina, primljen je na Kirurški odjel Medicinskog centra Vinkovci 13. IV 1964. g.

Obiteljska anamneza bez osobitosti. Lična: 1952. nefrektomija lijevo zbog tuberkuloze, 1960. operiran zbog papiloma mokraćnog mjehura, 1961. ponovno operiran zbog recidiva papiloma mokraćnog mjehura. Sadašnja bolest: 2 mjeseca osjeća se slab i umoran, stalno mršavi. Stolica povremeno crna kao katran, a povremeno je pomiješana sa svijetlo crvenom krvlju. U zadnje vrijeme stalno proljevi. Omršavio je oko 14 kg.

Status praesens: Slabe osteomuskularne građe, asteničan, slabe uhranjenosti. Koža i vidljive sluznice izrazito blijede. RR 120/80. Puls 100 SE 80/110 E 2,100.000 L 6.800 Urin b.o.

Bolesnik primljen na odjel u fazi sangvinacije. Slučaj je bio interesantan jer su se smjenjivale hematemeze i melene sa sangvinacijama iz kolona (stolica pomiješana sa svijetlo crvenom krvlju). Psumnjalo se na gastro-količnu fistulu na bazi malignog procesa. Bolesnik je rend-

genološki obrađen u Osijeku (dr Bešlin), te je rendgen pregledom želuca i irigoskopijom dokazana kolo-gastrična fistula na bazi karcinoma u srednjem dijelu kolon transversuma s infiltracijom želuca. Nakon priprema bolesnika infuzijama i transfuzijama krvi i plazme 28. V 1964. obavljen je operativni zahvat. Operatio, fecit dr Stjepan Rac, asistent dr Danica Rac, dr Butković. U endotrahealnoj anesteziji gornja medijalna laparotomija. U sredini kolona transversuma maligni tumor, koji je intimno srastao s prepiloričnim dijelom želuca, infiltrira želudac i izaziva kolo-gastričnu fistulu širine olovke. Metastaza u jetri nema. Postoje metastaze u limfnim žlijezdama neposredno u okolini tumora. Mobilizira se kolon transversum zajedno sa želucom. Učini se resekcija kolon transversuma s termino-terminalnom anastomozom. Izvrši se suptotalna resekcija želuca s antekoličnom anastomozom bataljka želuca s jejunumom tipa oralis totalis. Četiri poprečna prsta ispod stome učini



Slika 1 — Kontrolni pregled želuca nakon operacije



Slika 2 — Kontrolni pregled želuca nakon operacije

RAC:

se j
lesni
jao
nepc
krvi.
ku a
greb

B
dima
odje:

(Mat
oper:
20 k
stani

R
Urea
ra. S
.o.,
dr A
reda
ci ci
crije
Želu
Funk
saže

šlin),
osko-
la na
kolon
.. Na-
trans-
obav-
cit dr
uc, dr
i gor-
ni ko-
oju je
jelom
kolo-
staza
afnim
mora.
jedno
trans-
tasto-
ja že-
atalj-
otalis.
učini

se jejuno-jejunosomija po Braunu. Bolesnik je dobro podnio zahvat koji je trajao 4 sata. Dobio je svega za vrijeme i neposredno poslije operacije 2.100 ccm krvi. Histološki nalaz Zavoda za patološku anatomiju Medicinskog fakulteta u Zagrebu: ADENO-CARCINOMA.

Bolesnik je bio na kontrolnim pregledima od 21. do 31. I 1967. g. na Kirurškom odjelu Medicinskog centra Banja Luka

crijevu, što govori za usporenu pasažu. Kolon je kratak.

Irigoskopija (dr Arar): Colon ascendens, transversum i descendens kratki, sigma nešto duža, inače uredan nalaz.

Zadnja kontrola 7. XII 1968. godine. Bolesnik se dobro osjeća. Nema tegoba, radi i dalje svoj težak posao (željezničarskretničar).



Slika 3 — Kontrolna irigografija



Slika 4 — Kontrolna irigografija

(Matični broj 397/67). Anamneza: Nakon operacije osjeća se dobro, ugojio se oko 20 kg. Radi kao skretničar u željezničkoj stanici Vinkovci. Nema nikakvih tegoba.

RR 120/80, SE 10/26, E 4.485.000, L 7.800, Urea 21, SUK 90, Urin alb. slabo opalescira. Sed. 7 do 10, L. Rendgen srca i pluća b.o., EKG b.o. Intravenozna pielografija dr Arar: Lijevo nefrektomija, a desno uredan nalaz. Na mokraćnom mjehuru znači cistitisa. Rendgen želuca s pasažom crijeva i rendgen snimkama dr Kršlak: Želudac reseciran po metodi Billroth II. Funkcija stome uredna. Kod kontrole pasaže nakon 24 sata kontrast je u debelom

Diskusija

Prikazan je slučaj 39 godišnjeg muškarca, kojemu je izvađen desni bubreg zbog tuberkuloze, dva puta je operiran zbog papiloma mokraćnog mjehura. Pred 4 godine i 8 mjeseci operiran je zbog krvarećeg karcinoma kolon transversuma s kologastričnom fistulom zbog karcinomatozne infiltracije želuca. Učinjen je radikalni zahvat (resekcija želuca i kolon transversuma). Bolesnik nakon 4 godine i 8 mjeseci nema znakova za recidiv, niti za metastaze i možemo ga smatrati izliječenim.

L I T E R A T U R A

- 1) Botteri I., Interna Medicina, »Školska knjiga«, Zagreb, 1951.
- 2) Dragojević D., Hirurgija, Zavod za izdavanje udžbenika, Beograd, 1964.
- 3) Garre, Borchard, Stich, Bauer, Kirurgija, Nakladni zavod Hrvatske, Zagreb, 1948.
- 4) Hellner H., Nissen R., Vosschulte K., Udžbenik kirurgije, Medicinska knjiga, Beograd — Zagreb, 1964.
- 5) Knežević M., Medicinska enciklopedija, Leksikografski zavod, Zagreb, 1958.
- 6) Protić M., Goldberger A., Operacije na želucu, »Veselin Masleša«, Sarajevo, 1957.
- 7) Saegesser M., Spezielle Chirurgische Therapie, Medizinischer Verlag, Hans Huber, Bern, 1956.
- 8) Zbornik radova X kongresa kirurga Jugoslavije, Zagreb, 1962.

R É S U M É

Service de chirurgie et traumatologie du Centre médical de Banja Luka
Service de chirurgie du Centre médical de Vinkovci

CARCINOMA COLI TRANSVERSI SANGUINANS CUM FISTULA COLO-GASTRICA

Stjepan Rac

L'auteur rapporte sur le cas d'un malade au carcinome du colon transverse avec infiltration de l'estomac et fistule colo-gastrique. Il a été opéré par l'intervention chirurgicale et 5 ans plus tard il est très bien sans signes de récidence.

*Hirurška služba s traumatologijom
Medicinskog centra u Banjoj Luci
Načelnik: dr Stjepan Rac*

*Kirurški odjel
Medicinskog centra u Vinkovcima
Šef: dr Dragutin Goranić*

Imp
(Prik

A. V

In
redih
ne et
Hebr
gesta
bile
bila
otpa
B
mese
simp
čanje
nim
sutar
bovin
nefri
sikas
nih
ne se
i šir
čnim
kovi
krus
gvin
nja
gde
merc
neka
farir
tiju,
je n
sluč
lečen
tera
ljaju
go t
J
je k

Impetigo herpetiformis

(Prikaz slučaja)

A. Vasiljević, K. Gajić

Impetigo herpetiformis je jedno od najređih dermatoloških oboljenja neobjašnjene etiologije. Oboljenje je prvi put opisao Hebra 1872. godine i dao mu naziv Herpes gestationis, jer su svi opisani slučajevi bile gravidne žene. Kasnije je ista bolest bila opisana i kod muškaraca tako da je otpao pomenuti naziv.

Bolest se pretežno javlja u poslednjim mesecima trudnoće sa izraženim opštim simptomima: groznicom, nauzejom, povraćanjem, prostracijom i često vrlo značajnim tetaničnim grčevima. Može biti prisutan jači ili slabiji svrab, bolovi u zglobovima, promene na bubrezima u smislu nefritisa. U ovakvim znacima opšte intoksikacije organizma dolazi do erupcije kožnih eflorescencija. To su pustule do veličine sočiva koje su raspoređene simetrično i šire se u okolinu u vidu prstena. Delimičnim spajanjem pustula nastaju veći plikovi čije središte prelazi u vlažne mrke kruste. Naročita predilekcija mesta su ingvinalni i pazušni predeli, trbuh, unutrašnja strana bedara, predeo ispod dojki, gde krustozni plakovi dobijaju veće razmere sa dosta purulentnog sadržaja. Ponekad se lezije sreću na sluzokoži usta i farinksa. Može doći do zadebljanja noktiju, paronihije, opadanja kose. Bolest traje nekoliko nedelja i otprilike polovina slučajeva preboli. Danas je prognoza izlečenja znatno bolja uz primenu novih terapijskih mera. Kožne erupcije ostavljaju crveno mrku pigmentaciju koja duugo traje.

Još je Schard 1921. godine zapazio da je kod ovih bolesnika snižen nivo kalci-

juma u krvi a nivo fosfora povišen što se sreće kod hipoparatiroidizma. Otuda i objašnjenje za tetanične grčeve koji su skoro obavezni pratilac bolesti. Nesumnjivo je da deo uzroka impetiga herpetiformisa pripada endokrinim poremećajima koji su naročito izraženi u trudnoći ili posle strumektomije. Gotttron smatra da i hipofiza ima udela, jer je za vreme trudnoće snižen nivo folikulina — a povoljan terapijski uspeh je postigao davanjem gonadostimulina.

Histopatologija ovoga oboljenja je potpuno ista sa Acrodermatitis continua i Psoriasis pustulosa, što navodi mnoge autore da Impetigo herpetiformis opisuju kao varijantu jedne od ove dve bolesti. Kožne lezije su histološki takozvane spongioformne pustule Kogoja. Formiraju se u gornjem sloju stratuma Malpigia migracijom nutrofila. Invazijom neutrofila dolazi do razaranja citoplazme i jedra spongioznih ćelija pri čemu ostaju sačuvane membrane ćelija. Tako ostale ćelijske membrane grade jednu vrstu spongiozne mreže koja je napunjena polimorfonukle-
arima.

Lečenje: Danas je najuspešnije lečenje kortizonom i ACTH. Daje se isto tako AT 10 sa adevit suspenzijom i kalcijum glukonatom. Antibiotško lečenje nema efekta. Izvesni autori daju gonadostimulin. Lokalno se daje tekući puder.

Prikaz slučaja

Pacijentkinja S. A., broj 216/62, stara 32 godine, po zanimanju domaćica, leče-

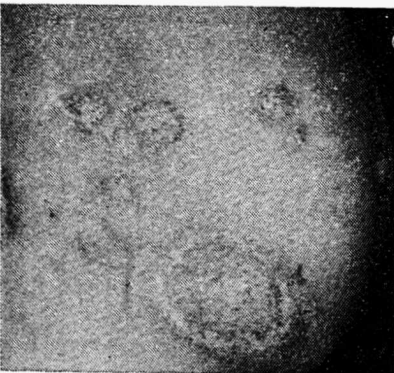
na je u Kožnoj bolnici Banja Luka od 6. juna 1962. do 3. jula 1962. godine.

Lična anamneza: Pre 6 godina operisala gušu u Zagrebu i nije imala nikakvih smetnji sve do unazad pola godine. Od tada ima povremeno grčeve i drhtanje po čitavom telu.

Anamneza: Sadašnja bolest je počela pre mesec dana pojavom sitnih gnojnica i crvenih mrlja najpre po stomaku, a kasnije po čitavom telu. Osećala je povremeno groznicu i grčeve po celom telu. Uopšte se slabo osećala, često joj je bilo muka i teralo je da povraća. U poslednje vreme joj se stvaraju kraste i svrbi je koža. U Kožnu bolnicu dolazi sa Ginekološkog odeljenja u Banjoj Luci, gde je ležala od 24. maja 1962. do 6. juna 1962. godine sa otpusnom dijagnozom: Partus praematurus, Herpes gestacionis. Tamo je 31. 5. 1962. godine rodila živo nedoneseno muško dete, teško 1700 grama.

Status localis:

Na koži trbuha, leđa, na vratu i bedrima se vide oštro omeđena eritematozna kružna žarišta razne veličine, čija je boja zagasito crvena. Na periferiji ovih žarišta postoje koncentrični krugovi gusto posejanih pustula do veličine zrna prosa, čiji je sadržaj žućkasto sive boje i zamu-



Slika 1 — Herpetična ospa na trbuhu bolesnice

ćen. Mestimično su ovi mehurići sasušeni u tanke sivkaste kruste koje se lako skidaju. Postoji izraziti tremor prstiju, ruku i glave.

Decursus morbi:

6. 6. 1962.

Bolesnica afebrilna, svesna, opšte stanje dosta loše, bleđa. Laboratorijski nalazi: KKS — hemoglobin 70%, Er 3,820.000, L 16.150, SE 8/20. Diferencijalna krvna slika: štap. 4%, seg. 72%, limfo 19%, mono. 4%, eozino. 1%. Urin: albumen pozitivan, Sed.: masa bakterija i leukocita. Mnogo pločastih i okruglih ćelija, bubrežni epitel, 15—20 Er. i nešto soli. War u krvi negativan. Ukupni proteini 5,5 gram %. Kalcijum u krvi 6,3 mgr %, fosfor u krvi 2,28 mgr %. Razmaz, uzet iz sadržaja pustule, daje gram pozitivne i gram negativne koke, mnogo leukocita i redak pločasti epitel. Ordinirano lečenje: kalcihept amp., ACTH 2 x 25 j. pronison tbl. 3 x 5 mgr, lokalno jekoderm.

8. 6. 1962.

Nova erupcija pustula na bedrima uz pojačan svrab. Chwostek-ov znak pozitivan. Povremeni tetanični grčevi ekstremiteta. Terapija ista, samo se povećava kalcihept na 2 x 1 ampulu, a ACTH na 3 x 25 jed. pro die.

15. 6. 1962.

Bolesnica febrilna, opšte stanje dosta loše. Jako izražena eritrodermija na trupu uz stvaranje novih pustula. U terapiju se uvodi kalciferol 2 ampule, kalcihept se isključuje.

18. 6. 1962.

Pacijentkinja već nekoliko dana u febrilnom stanju. Erupcija pustula zahvata lice. Urađena biopsija kože. Terapija ACTH 3 x 25 j., pronison 4 x 1 tabletu, jekoderm, baciopol.

26. 6. 1962.

Oboleli delovi kože se smiruju. Novih izbijanja nema. Nokti zadebljani. Od lekova ostaje pronison tablete 4 x 1 i Riv. oblozi lokalno.

Opšte stanje pacijentkinje znatno bolje, subjektivno se vrlo dobro oseća.

29. 6. 1962.

U terapiju se uvodi AT 10 3 x 5 kapi.

2. 7. 1962.

Pacijentkinja u dobrom opštem stanju, afebrilna. Koža na ranije obolelim predelima smeđe crvene boje, suva, sitno se peruta. Dlanovi i tabani se ljušte u vidu rukavice. Tetanije nema. Urin: alb. opalescentan, sed: mnogo bakterija, pločastog epitela, 20—25 L.

Bolesnica se 3. 7. 1962. godine otpušta kući u oporavljenom stanju.

Komentar

Kod bolesnice se radi o oboljenju Impetigo herpetiformis. Pri strumektomiji je verovatno došlo do povrede paratireoidnih žlezda čija se hipofunkcija naročito ispoljila u poslednjim mesecima trudnoće. Došlo je do tetaničnih grčeva, do izbijanja herpetiformne ospe i do preranog rođenja ploda. Dijagnoza je potvrđena laboratorijskim nalazima kalcijuma i fosfora u krvi i histološkim nalazom.

Lečenje je obavljeno visokim dozama ACTH, Calcihept amp. tbl. pronison i sa AT 10. Lokalno je stavljen jekoderm i oblozi 1% rivanola. Posle jednomesečnog lečenja bolesnica se otpušta kući u oporavljenom stanju.

L I T E R A T U R A

- G. Sauer, Braham — Impetigo herpetiformis — Arch. of derm. 6/61; Allen — The Skin; Gottzon — Die Dermatologie und Vener.; Lever — Pathohistology of the Skin; W. Soltermann — Familiare Psoriasis pust. unter derm. Bilder der Impet. herp. — Dermatologica 116/58.; Moleslein Impetigo herpet. Psoriasis pustulosa, Acrodermatitis continua — Arch. clin. exp. derm. 208/59; S. T. Wolfram — Zur Klinik und Therapie der Impetigo herpetiformis — Hautarzt 12/61 god.; E. Holstrom and B. Lagerholm — Impetigo herpetiformis — Acta dermat. 38/58.

S U M M A R Y

Department of Skin and Venereal Diseases, Medical Center, Banja Luka

IMPETIGO HERPETIFORMIS — Report of a case

A. Vasiljević — S. Gajić

A case is reported of Impetigo herpetiformis occurring in a pregnant woman. The patient had strumectomy and during this operation parathyroidism was probably also impaired. During the last month of pregnancy hypofunction of parathyroidism became manifest. The diagnosis was confirmed by laboratory findings. Histologic section of a skin lesion reveals an epidermal pustule.

The treatment was successful with high doses of ACTH, AT 10, Calcihept and Pronison tbl. After a month's treatment of patient was discharged in good condition.

The etiology of impetigo herpetiformis remains unknown, but the prognosis is more favorable as a result of recent therapeutic advances.

*Služba za kožne i polne bolesti
Medicinskog centra u Banjoj Luci
Načelnik: dr A. Vasiljević*



Ulcus pepticum jejuni recidivans

Stjepan Rac

Uvod

Gastroduodenalni ulkus je u stalnom porastu u svijetu i u našoj zemlji. Problem ulkusne bolesti nije riješen. Ona je još uvijek kamen kušnje i za interniste, kao i za kirurge. Mnogo konzervativnih i operativnih metoda govori da još nije pronađena najbolja metoda za liječenje gastroduodenalne ulkusne bolesti.

U našoj zemlji ima milion ulkusnih bolesnika. U bolnicama se liječi oko 20.000 slučajeva godišnje. 1964. bilo je u Jugoslaviji zbog ulkusa 58.000 slučajeva bolovanja i oko 1.182.000 dana radne nesposobnosti. Kod bolesnika u radnom odnosu, omjer između ulkusnih bolesnika i dijabetičara je 20:1 u korist ulkusnih bolesnika.

Po Jordanu bilo kada u životu 7 do 10% stanovništva dobije gastroduodenalni ulkus. Taj postotak odgovara i Jugoslaviji. Češće obolijevaju muškarci nego žene (Friedmann 3,9:1). Odnos duodenalnog prema želučanom ulkusa je 3-4:1.

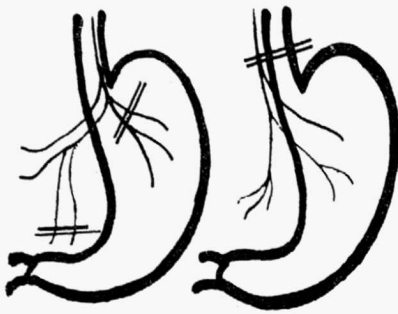
Od etioloških faktora sve se više spominju psihogeni faktori, endokrini poremećaji (hipertireoidizam, tumor pankreasa (Zollinger Ellis), promjene u vaskularnom sistemu samog želuca itd.

Rendgenskim pregledom može se otkriti samo 60% gastroduodenalnih ulkusa. Prof. Gašparov (Beograd) zalaže se uz rendgenski pregled i za gastroskopiju u dijagnostici ulkusnih bolesnika. Kad se otkrije ulkus duodeni, treba imati na umu

da su ulkusi duodenuma u priličnom broju slučajeva nijemi i da ne pricinjavaju nikakve tegobe bolesniku, a da su smetnje koje bolesnik ima od drugih bolesti (crijevni paraziti, kronični kolitis), a ne od ulkusa. Konzervativnom terapijom ne može se uvijek postići izliječenje. U konzervativnoj terapiji ima čitav niz terapeutskih preporuka. Wangesteen je postigao zapažene rezultate uvađanjem posebnog balona u želudac i proticanjem kroz balon tekućine koja zamrzava.

Indikacije za operativnu terapiju su više-manje ujednačene kod internista i kirurga. Kod ulkusa duodeni dok ne dođe do komplikacija (krvarenje, perforacija, penetracija, stenoza) možemo biti suzdržljivi s operativnom terapijom, kod ulkusa želuca, koji nije za 6 tjedana intenzivne internističke terapije sanirao, treba postaviti indikaciju za operaciju (radi se o kaloznom ulkusu, maligno alteriranom ulkusu ili o početnom karcinomu).

Od operativne terapije gastroduodenalnog ulkusa dominira 2/3 resekcija želuca. Međutim, zbog velikog postotka postresekcionog sindroma traže se nove operativne metode, koje bi trebalo da eliminišu postresekcionu sindrom. Jedna od takvih metoda je selektivna vagotomija abdominalnim pristupom (potpuna vagalna debervacija želuca uz poštedu ostale parasimpatičke vagalne inervacije utrobe) s istovremenom primjenom drenažne operacije na želucu (najčešće piloroplastika po Finney-u).



PREDNJA SELEKTIVNA STRAŽNJA TOTALNA
VAGOTOMIJA

Evropske kontinentalne škole daju prednost resekciji želuca tipa Billroth I i II. U SAD i Engleskoj brojni centri se zalažu za vagotomiju.

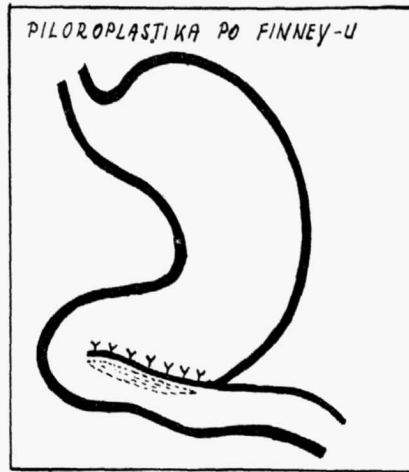
U Jugoslaviji neke kirurške kuće rade isključivo resekciju želuca kod gastroduodenalnog ulkusa, neke resekciju želuca ali i vagotomiju (od slučaja do slučaja), dok na Kirurškoj klinici u Rijeci (prof. dr. Francišković) kod duodenalnog ulkusa rade isključivo vagotomiju s piloroplastikom. Do sada su na Rijeci vagotomijom operirali 220 bolesnika, sa dobrim rezultatom u 92,3% operiranih.

Postresekcionni sindrom

U grupu smetnji nakon resekcije želuca spadaju: dumping sindrom, recidiv ulkusa na bataljku želuca ili na duodenumu kod Billroth I, ulkus peptikum jejuni, sindrom eferentne aferentne vijuge jejunuma, anaciditet, anemija, gastritis bataljka, stomitis, suženje stome i malapsorpcioni sindrom.

Ulkus peptikum jejuni se javlja nakon GEA, nakon perforiranog ulkusa u 50% slučajeva, nakon GEA u 4% i nakon resekcije želuca u 1%.

Javlja se nakon resekcije želuca zbog ulkusa duodeni, a izvanredno rijetko zbog



ulkusa ventrikuli, a nikada nakon resekcije želuca zbog karcinoma želuca, i to gotovo uvijek u muškaraca. Mouchet-Paris u 15 godišnjem materijalu imao je 36 ulkus peptikum jejuni. 35 su bili muškarci, a u samo jednom slučaju bila je žena. Ulcus pepticum jejuni razvija se poslije resekcije želuca u vremenu od nekoliko mjeseci do više decenija. U 70% slučajeva nađe se hiperaciditet, pa se to smatra jednim od uzroka postanka. Ali isto tako može nastati i kod Zollinger-Ellisonovog sindroma. Radi se o adenomu pankreasa iz kojeg je 1960. Gregory izolirao hormon gastrin. Kod svake operacije ulkusa duodeni prije resekcije ili vagotomije treba eksplorirati pankreas, da se isključi Zollinger-Ellisonov tumor, koji je otkriven 1955. g. To nije jednostavno jer tumori mogu biti mali, ali ako se previde i učini bilo resekcija ili vagotomija, doći će sigurno do recidiva ulkusa ili do ulkusa peptikum jejuni. Nakon resekcije želuca ulkus se može pojaviti na duodenumu, ako je rađen Billroth I, na bataljku želuca, na stomi, na jejunumu u odvodnoj vijuzi do 10 cm, ali postoji mišljenje da se može razviti i na ileumu ako je rađena antekolična anastomoza bataljka želuca i jejunuma. Ulcus pepticum jejuni sklon je stvaranju priraslica, krvarenju, perfo-

raciji
sa raz

Ko
bez ef
poruč
kon r
ja ab
cum j
(Nisse
se isk
vog t
luca
jejunc
na ko

Prikaz

I t
3139/6
škom

Por
Lična:
bolest
pod d
15 kg.

Sta
jarne
Puls 7
talni
luca d
defekt
malign
kreasa

3. 1
vić, as
ulkusu
asu. U
Billrot
stereru

II
1966
poput
svijest
su ga
prošla
doblju

RR
globin

raciji i penetraciji u kolon transversum sa razvitkom gastro jejunokolične fistule.

Konzervativna terapija je uglavnom bez efekta. Od operativnih metoda se preporučuje kod ulkusa peptikum jejuni nakon resekcije želuca selektivna vagotomija abdominalnim pristupom. Ulcus pepticum jejuni zaraste nakon nekoliko dana (Nissen). Treba eksplorirati pankreas da se isključi postojanje Zollinger Ellisonovog tumora. Radi se zatim i resekcija želuca, sa ili bez vagotomije. Kod gastro-jejunokolične fistule treba zatvoriti otvor na kolonu.

Prikaz slučaja

I boravak na odjelu: Bolesnik M. E., 3139/64, šofer, star 50 g. liječen na Kirurškom odjelu od 20. 10. do 21. 11. 1964. g.

Porodična anamneza bez osobitosti. Lična: Do sada uvijek zdrav. Sadašnja bolest: 4 mjeseca bolovi u epigastriju i pod desnim rebranim lukom. Omršavio 15 kg. Često povraća.

Status praesens: Osrednje osteomuskularne građe i uhranjenosti. RR 165/100, Puls 74, SE: 15, E: 4,330.000, L: 4.800. Totalni aciditet želučanog soka 50. Rtg želuca dr Arar: Bulbus je deformiran, sa defektima punjenja. Postoji sumnja na maligni proces duodenuma (prelaz sa pankreasu).

3. 11. 1964. operatio, fecit dr Marinković, asist. Pavlović, Mrduljaš. Radi se o ulkusu duodenuma bez procesa u pankreasu. Učini se tipična resekcija želuca tipa Billroth II i to isključna resekcija po Finstereru.

II boravak: broj 2074/66. Primljen 8. 6. 1966. Na ulici počeo povraćati sadržaj poput taloga kave i nakon toga se onesvijestio. Naišli su milicioneri i prebacili su ga u bolnicu. Od operacije želuca je prošla godina i 7 mjeseci. U tom je razdoblju bio bez tegoba.

RR 115/70, Puls 100, E 3,590.000, Hemoglobin 72%, SE 84/115, Urea 37, Šuk 110,

KG A Rh +. Na odjelu imao još jednom hematemazu i nekoliko dana melenu. Na konzervativnu terapiju krvarenje je prestalo. Rendgen pregled nakon toga daje slijedeći nalaz (dr Pantelić): Pluća i srce bez osobitosti. Jednjak b.o. Stanje nakon resekcije želuca Billroth II. Jako grub reljef sluznice bataljka želuca, edem steme, ali bez znakova za ulcus pepticum jejuni. U tom boravku bolesnik nediscipliniran, svojeglav, ometa terapiju i pretrage.

III boravak: Broj 4684/67. Na odjelu boravi od 24. 10. do 8. 12. 1967. Od zadnjeg boravka nije više imao melenu. Stalno je imao nadutost, podrigivanje, mučninu, često je povraćao. Dosta omršavio.

Status praesens: Osrednje osteomuskularne građe, osrednje uhranjenosti, blijed. Afebrilan. Puls 72, RR 140/80, SE 50/87, E 3,850.000, hemoglobin 60%, L 6.800. Urin b.o. Urea 16, Šuk 112. Stolica na benzidin neg. Ukupni proteini 6,5. Diastaza 12. Hepatogram b.o.



Slika 3 — Rentgen nalaz od 18. X 1967.

Status localis: Ventralna postoperativna kila. Osjetljivost epigastrija, EKG: bez patoloških promjena. Rendgen pluća i srca b.o. Rendeg želuca, dr Arar: Stanje nakon resekcije želuca po metodi Billroth II. Konture bataljka želuca su neravne, a u području velike i male krivine iznad stome postoji ulegnuće i halo što će odgovarati infiltrativnom malignom procesu.

8. 11. 1967. Operatio, fecit dr Rac, asist. dr Bajić, dr Živanović. Jake adehezije omentuma uz prednju trbušnu stijenku se razriješe. Na stražnjoj stijenci bataljka želuca, uz samu stomu, veliki kalozni ulkus, koji penetrira u pankreas. Postoji i veliki kalozni ulcus pepticum jejuni ispod stome penetracijom u mezokolon transversum. Pankreas je bez patoloških promjena. Učini se resekcija želuca. Stoma se recesira u cjelosti, a bataljak želuca se skрати tako da se u cjelosti odstrani ulkus stražnje stijenke. Penetracija na pankreasu se elektrokoagulira. Učini se termino-terminalna anastomoza između dovodne i odvodne vijuge jejunuma. Raspор u mezokolonu se zatvori. Antekolična gastro-entero-anastomoza tipa oralis partialis inferior. Izvrši se i Braunova anastomoza između dovodne i odvodne vijuge jejunuma. Postoperativna kila se zbrine duplikaturom fascije. Patološko histološki nalaz: Ulcus chron. ventriculi. Postoperativni tok uredan. Kontrolna rendgen pretraga nakon opracije izvršena je 21. 11. 1967. (dr Parać): Stanje nakon suptotalne resekcije po Billroth II. Stoma dobro funkcionira.

Za vrijeme ambulantnih kontrola ustanovilo se da ima ponovno preopetivne tegobe koje su se javile 2 mjeseca nakon operacije. (!!)

Od 22. 4. do 7. 5. 1968. boravio je na Internom odjelu gdje mu je irigoskopijom otkriven infiltrativni proces u sredini kolon-transverzuma. Rendgen želuca nije rađen. Pod Dg. St. post resectionem ventriculi. Neoplasma col transversa verisimiliter malignum premješta se na naš odjel.

IV boravak: M. broj 2216/68. Zadnja 2 mjeseca omršavio 10 kg. Često povraća. Povremeno povraća mase koje su zaudarale na feces. Stalno ima u zadnje vrijeme proljeve. Afebrilan, blijed, puls 80, RR 145/90, SE 80/110, E 3,900.000. Hemoglobin 60%, L 8.100. Hepatogram b.o. U-rin b.o. Urea 34. Šuk 90.



Slika 4 — Kontrola rendgen snimka nakon operacije

Budući da rendgenolog kod irigografije nije bio upoznat s kliničkom slikom kao ni s ranijim operacijama, odlučeno je da se ponovi rendgensko ispitivanje jer se pretpostavljalo da se radi o ulcera peptica jejuni recidivans s jejunokoličnom fistulom, a bez karcinoma kolona. Rendgenskom pretragom želuca i irigoskopijom to se i dokazalo. S obzirom da se u bolesnika nakon resekcije želuca zbog ulkusa duodeni razvio ulkus želuca na bataljku i ulkus peptikum jejuni, a nakon resekcije opet ubrzo ulcera peptica jejuni sa jejunokoličnom fistulom, posumnjalo se na adenom pankreasa koji luči gastrin (Syndroma Zollinger Ellis).

23. 5. 1968. bolesnik je premješten, prema dogovoru, na Kiruršku kliniku Medicinskog fakulteta u Zagrebu.

10. 6. 1968. operiran je po treći put na klinici. Operaciju je izvršio prof. dr. Bakran. Kod operacije nađeni su ulcera peptica jejuni na stomi i u području Braunove anastomoze, a tu postoji i jejunokolična fistula. Učinjena je ponovno resekcija želuca, termino-terminalna anastomoza jejunuma, prešivanje otvora na kolon transversumu u 3 sloja, GEA antecolica s Braunovom anastomozom. U nalazu koji smo dobili sa klinike ne spominje se eksploracija pankreasa niti da li je nađen Zollinger-Ellisonov tumor. Deseti postoperativni dan dolazi do dehiscence abdominalne stijenke, pa je ponovno operiran.

Diskusija

Radi se bolesniku s ulkusnom bolešću čiji je tok neobično interesantan. Nakon

resekcije želuca zbog ulkusa duodeni, čije su smetnje trajale svega 4 mjeseca, a rendgen nalaz upućivao i na eventualni maligni proces pankreasa, što je operacijom isključeno, razvija se ubrzo ulkus želučanog bataljka i ulcus pepticum jejuni. Nakon resekcije već dva mjeseca poslije operacije ponovno iste preoperativne tegobe, koje su se sada i pojačale. Klinički i rendgenološki dokazana je ulcera peptica jejuni recidivantia i jejunokolična fistula na Braunovoj anastomozi. Zbog sumnje na Zollinger-Ellisonov tumor pankreasa, premješten je u Zagreb na Kiruršku kliniku, gdje je ponovo obavljena resekcija želuca zajedno sa stomom. Zbrinuta je i fistula na kolon transversumu. Tumor pankreasa nije nađen, ali to ne isključuje mogućnost da ipak postoji, samo je malen, kao što je to uobičajeno kod tih tumora.

L I T E R A T U R A

- 1) Botteri I., *Interna medicina*, Nakladni zavod Hrvatske, Zagreb, 1950.
- 2) Burge H., *Vagotomy*, Edward Arnold (Publishers), Ltd, 41 Maddox, London, 1964.
- 3) Dragojević B., *Hirurgija*, Zavod za izdavanje udžbenika Socijalističke Republike Srbije, Beograd, 1964.
- 4) Hahn A. i Knežević S., *Medicinska enciklopedija*, Leksikografski zavod, Zagreb, 1965.
- 5) Hellner H., Nissen R., *Vossschulto*, Udžbenik kirurgije, Medicinska knjiga, Beograd — Zagreb, 1964.
- 6) Garre — Borchard — Stich — Bauer, *Kirurgija*, Nakladni zavod Hrvatske, Zagreb, 1948.
- 7) Gačparov A., *Liječnički vjesnik*, Zagreb, 4, 297, 1968.
- 8) Izvodi stručnih predavanja, VII internistički dani, Subotica, 1968.
- 9) Marosko F., *Zentralblatt für Chirurgie*, 19, 1018, 1958.
- 10) Mouchot A., *Journal de Chirurgie*, Tom 94, No 3, 9, 1967.
- 11) Patel J., *La presse médicale*, Tom 70, No 37, 1737, 1962.
- 12) Protić M., Goldberger A., *Operativni zahvati na želucu*, »Veselin Masleša«, Sarajevo, 1957.
- 13) Rac S., *Scripta medica*, Banja Luka, 2, 57, 1966.
- 14) Saegesser M., *Spezielle Chirurgische Therapie*, Medizinischer Verlag, Hans Huber, Bern, 1956.
- 15) Stančić F., Džepina K., *Scripta medica*, Banja Luka, 1, 83, 1967.
- 16) Stančić F., Džepina K., *Scripta medica*, Banja Luka, 3—4, 24, 1967.
- 17) Streichner H., *Der Chirurg*, 8, 343, 1966.
- 18) Šoljan N., *Iskustvo iz prakse*, LEK, Ljubljana, 2, 1, 1968.
- 19) Stulhefer M., *Liječnički vjesnik*, Zagreb, 7, 781, 1966.

R É S U M É

Service de Chirurgie et de Traumatologie du Centre Médical de Banja Luka

ULCUS PEPTICUM JEJUNI RECIDIVANS

Stjepan Rac

L' auteur rapporte sur un malade de 59 ans, avec maladie ulcéreuse de cours très intéressant. Le malade a eu des troubles au cours de quatre mois après la resection de l'estomac. La radiographie indique la possibilité d' un caractère malin. On doute qu'il s' agit du cancer du pancreas. L' intervention chirurgicale rassure le chirurgien, mais une ulcère du moignon gastrique se développe ensuite. L' apparition de l' hémorragie est la complication du cours post-opératoire. Deux mois après la gastrectomie subtotale très correcte, la symptomatologie est identique qu' avant l' opération. C' est la réapparition des troubles anciens. Le diagnostic d' une ulcère peptique jéjunale recidivante a été posé à l'examen clinique et radiographique et une fistule colo-jéjunale se trouve sur l' anastomose de Braun. On pense à la tumeur du pancreas du type Zollinger—Ellison, mais le malade passe à la Faculté de Médecine de Zagreb, où il a été opéré. On lui fait une nouvelle resection du moignon et on ferme l' orifice du côlon transverse. La tumeur du pancreas n' a pas été trouvée, mais son existence n' a pas pu être exclue, puis qu' elle peut être trop petite et ne pas se prêter à la palpation.

*Kirurška služba sa traumatologijom
Medicinski centar Banja Luka
Načelnik: Dr Stjepan Rac*

J. R.

Intra
cata

Am. e

(Intro
katar

ov
kaže t
ekstra
zultate
kontro
ciona
renje
matski
potoni

Na
gled o
preope
(uklju
i aplar
niji ka
kapsul
čaja b
intra
primije
kroz k
zahvat
fiziološ
na po
primije
se mje
oba ok
aplanat
šilo u
larnog
normal
panja
odnosn

Rez
žao
(12/4). I
trahirat
Hg. Sa
a preos
ni u je
kod nji
pustu i

Iz p
jen hip
zimatsk

J. R. MILLER and J. D. MORIN

Intraocular pressure after cataract extraction

Am. J. Ophth. 66, 523—528, 1968.

(Introokularni pritisak nakon ekstrakcije katarakte)

Ovo je prvi rad koji pokušava da tačno prikaže tok intraokularnog tlaka nakon uobičajene ekstrakcije katarakte, upoređujući dobivene rezultate tlaka s onim na neoperiranom oku kao kontrolnom oku. Rad dokazuje da je aplanaciona tonometrija metoda izbora za sigurno mjerenje očnog tlaka i da je nakon obične neenzimatske ekstrakcije katarakte, oko najčešće hipotonično ili pak normotonično.

Nasumce se uzelo 24 oka koja su davala izgled obične zrele katarakte. Nakon uobičajene preoperativne pripreme i potpunog ispitivanja (uključujući i pregled procjepnom svjetiljkom i aplanacionu tonometriju) pristupilo se ekstrakciji katarakte. Na četiri oka izvršena je ekstrakcijska ekstrakcija, od čega je kod tri slučaja bila predviđena, a kod preostalih dvadeset intrakapsularna ekstrakcija. Kod sedam očiju primijenio se kornealni rez, a kod preostalih rez kroz korneoskleralni limb. Na koncu operativnog zahvata prednja komora je ponovo formirana fiziološkom otopinom, a na inciziju su stavljena po tri šava. Ni kod jednog slučaja nije se primijenio alfa-hemo-tripsin. Intraokularni tlak se mjerio već od prvog postoperativnog dana na oba oka. Kod svakog oka upotrebljavao se isti aplanacioni tonometar, a mjerenje se obično vršilo u isto vrijeme dana. Tok očitano intraokularnog tlaka na neoperiranom oku uzimao se kao normalan — prosječan tok tlaka, pa su odstupanja navise ili naniže smatrana hipertenzijom odnosno hipotenzijom.

Rezultati su pokazali da se kod tri oka tlak održao unutar granica tlaka na neoperiranom oku (13%). Kod sedamnaest očiju (71%) razvila se protrahirana hipotonija i to uglavnom ispod 8 mm Hg. Samo dva oka (8%) naginjala su hipertenziji, a preostala dva oka (8%) nisu se mogla uvrstiti ni u jednu od gore spomenutih grupa jer su se kod njih plitke prednje sobice formirale po otpustu iz bolnice.

Iz prikazanih rezultata precizira da je uobičajen hipotoničan postoperativni tok nakon neenzimatske ekstrakcije katarakte, da samo mali

procenat slučajeva ne pokazuje odstupanja od normalnog tlaka i da također samo mali broj slučajeva pokazuje tendenciju ka hipertenziji što se pak povezuje s komplikacijama za vrijeme operativnog zahvata. Rani porast tlaka, ako je bio prisutan kod nekomplikiranih slučajeva, bio je prolazan i blag (obično ispod 25 mm Hg). U slučajevima gdje je hipotonija trajala i nakon osam sedmica, ispitivanjem refrakcije našao se astigmatizam koji se razlikovao od onog određeno nakon nekoliko sedmica kada se intraokularni tlak normalizirao. Stoga bi trebalo propisivati korekciona stakla samo onda kada se ispitivanje može vršiti na normotoničnom oku.

Od postoperativnih komplikacija u ove serije bolesnika primijećene su male prolazne hifeme (pet slučajeva), kasne plitke prednje sobice neovisno od aplanacije (dva slučaja) i prolazna fistula (jedan slučaj).

Mustafa Sefić

M. F. Jayle, A. Ennuyer, R. Chemama, ...

Intérêt clinique du dosage de L'Haptoglobine et du Séromucoïde dans la maladie de Hodgkin

Semaine des Hôpitaux, No 39, 8. Juin 1968.

(Klinička važnost određivanja haptoglobina i seromukoida u Hodgkinovoj bolesti)

Elektroforetskim ispitivanjem proteina plazme kod bolesnika od Hodgkinove bolesti (H. b.) nalazi se smanjenje albumina i povećanje Alfa1 i Alfa2 globulina, a imunoelektroforezom je dokazano da je to povećanje uslovljeno povećanjem glikoproteina tj. haptoglobina (Hp) i seromukoida (Sm). Autori iznose da su već ranije u jednom radu iznijeli tri čimbenice na osnovu određivanja Hp i Sm a te su:

1. svaki evolutivni napad praćen je znatnim povišenjem Hp i Sm,
2. pod utjecajem radio-terapije ili kemo-terapije snizuje se nivo ova dva glikoproteina u različitim proporcijama prema efikasnosti terapije,

3. povećanje Hp i Sm često prethodi pojavi kliničkih znakova bolesti.

Normalne vrijednosti Hp su: 0,50—1,65 g. u litru seruma, a Sm 0,40—0,80 g. promil ml. seruma.

U ovom radu obuhvatili su 43 bolesnika sa H.b. i odredili su nivo Hp i Sm 428 puta. Na temelju njihovih rezultata vidi se da su ugle vrijednosti Hp (1—1,5 g. promil) osnovni biološki kriterij kliničke remisije. Što su vrijednosti Hp bliže 1 gr. promil, remisija je utoliko bolja, pa je bolja i prognoza bolesti. Nadalje visina Hp daje precizne informacije za praćenje evolucije H.b., kako ozbiljnosti tako i efikasnosti ordinirane terapije, te zato može poslužiti kao vodič u terapiji svakog pojedinog slučaja. Moglo se predvidjeti trajanje života bolesnika praćenih u terminalnoj fazi bolesti na osnovi visine Hp. U onih koji su živjeli manje od 6 mjeseci, vrijednosti su bile iznad 5,5 gr. u litru seruma, a u onih koji su živjeli 6—18 mjeseci vrijednost Hp se kretala od 3,20—5,50 gr. u litru seruma. Dvije godine su živjeli oni bolesnici čije su se vrijednosti kretale od 2,60—3,20 gr. promil. Vrijednost Sm je bila u dobroj korelaciji s vrijednostima Hp. Izuzetak čine slučajevi gdje je vrlo rano zahvaćena slezena i ovi bolesnici imaju relativno dug život a vrijednost Hp i Sm su visoke.

S. Kriličić — Z. Budimir

L. Massimo, A. Fossati—Guglielmoni...

Daunomicin in the treatment of acute leukaemia and neoplastic diseases in childhood

Helvetica Paediatrica Acta, Vol. 23 Fasc. 4 August 1968.

(Daunomicin u liječenju akutne leukemije u dječjoj dobi)

Autori iznose preliminarnu rezultate liječenja daunomicinom u slučajevima akutne limfoblastične i akutne mijeloblastične leukemije, te drugih neoplastičnih oboljenja u dječjoj dobi.

Daunomicin je novi antibiotik antraciklinske grupe, koji je otkrio Di Marco i saradnici 1958. godine u laboratorijama Farmitalija. Dobiven je iz kulture *Streptomyces peucetius*. Dubost je gotovo istovremeno otkrio isti antibiotik u Francuskoj u laboratorijama Specias Company i nazvao ga je rubidomicin.

Daunomicin ima snažno antitumorsko djelovanje i smatra se da je to jedan od tri najefektnija

lijeka u postizanju remisije u akutnoj fazi akutne limfoblastične leukemije zajedno s prednisonom i vinkristinom. Primarno se upotrebljava u slučajevima koji su rezistentni na druge lijekove. U akutnoj mijeloblastičnoj leukemiji daje najviši postotak remisija (30—60%). On je jedini lijek koji je efikasan u ovoj bolesti i kad se daje sam. Daje se isključivo i.v. u dnevnoj dozi 1—2 mg/kg tjele. ežine kroz 5 dana. Ako nema poboljšanja nakon pauze od 5 dana, liječenje se može ponoviti. Daje se kratkorajno i samo u aktivnoj fazi bolesti zbog mogućnosti toksičnog djelovanja na koštano srž i srce, dok se za održavanje remisije daju ranije poznati lijekovi. Kontraindikacije za ovo liječenje su: aplazija koštane srži, teška leukopenija i dekompenzacija. Autori su primijenili ovo liječenje kod 21 djeteta s akutnom limfoblastičnom leukemijom i kod šestoro djece s akutnom mijeloblastičnom leukemijom. Osmoro djece imalo je prvu ataku bolesti, a sva druga recidiv. Rezultati dobiveni poslije prvog liječenja su slijedeći: 9 potpunih remisija, 11 djelomičnih, 5 bez promjena i 2 pogoršanja. Sedmero djece je bilo liječeno dva puta u intervalu od nekoliko mjeseci zbog naknadnog recidiva. Poslije drugog liječenja postignute su dvije djelimične remisije, tri bez promjena, a u dva slučaja je bolest progredirala.

U drugoj grupi od dvadesetoro djece s raznim vrstama neoplastičnih oboljenja došlo je do poboljšanja gotovo svih oboljelih, što se sastojalo u smanjenju bolova, opadanju veličine tumora i kliničkoj remisiji, osim kod malignog epitelioma botryoid, sarkoma i angiosarkoma.

Autori smatraju da je otkriveno novo oružje u borbi protiv leukemije i neoplastičnih afekcija koje ima naročite osobitosti prema drugim lijekovima i može biti vrlo korisno kao induktor.

S. Kriličić — Z. Budimir

A. Heydenreich:

Lečenje perforativnih ozleda oka

Klin. M. bl. 7. Augenheilkunde, 140/62, (664—675) (Analiza histoloških nalaza)

Autor dokumentovano iznosi na osnovu mnogobrojnih izlaganja klinika poslednjih godina (Nonnenmacher, Kinder, Eberhardt) da danas, i pored svih antibiotika i poboljšanja tehnike, 30—40% svih perforiranih ozleda oka završava oslepljenjem odnosno enukleacijom. (Magdenburg — 46,3%, Drezden — 46,5%). U svom radu traži uzrok na osnovu histološkog nalaza enukleiranih 48 bulbusa, koji su imali perforativnu ozledu i isti bili operativno obrađeni.

U:
nutra
1.
a)
do u
cista
2.
unutr
3.
rožni
4.
mitis:
U
i 3
šavu
bakte

E. A:

Zur
Hüf
sch

(Prilg
frakti

Der

N:

traun
luka
ju ov
kao
nekre
tivno
luka
varir:

U

nički
dijag:
50%
kazat

A

flexa

obtur

snabč

avask

ili za

voj l

klin:

naste

cirku

kroz:

koji

kroz:

Uzroci leže:
nutrašnost oka,

1. u dislokaciji ruba rane:

a) tkivo buja u unutrašnjost oka, b) dolazi do udvajanja Descemetove membrane (Endotel cista), c) implantaciona epitel cista (Iris cista),

2. kod povrede beonjače fibroplasti bujaju u unutrašnjost oka,

3. zbog nepovoljnog šava dolazi do ektazija rožnice i beonjače,

4. došlo je do razvoja upale te endophthalmitisa.

U svome zaključku navedeni uzroci pod 1, 2 i 3 mogu da se smanje u jednom brižljivom šavu rožnice ili beonjače, dok je uzrok pod 4 bakteriološki problem.

A. Pišteljić

E. Amann und F. Kaufmann:

Zur vitalitätsprüfung der Hüftköpfenach schenkelhalsbrüchen

(Prilog ispitivanja vitaliteta glave femura nakon fraktura vrata bedrene kosti)

»Der Chirurg« Heft 2. Februar 1968.

Nekroze glave femura koje nastaju nakon trauma a prije svega preloma vrata femura i luksacije kuka, predstavljaju tešku komplikaciju ovih povreda a pred kirurgom se pojavljuju kao vrlo složen problem. Parcijalne ili totalne nekroze nastaju nakon operativno ili konzervativno liječenih kao i kod neliječenih fraktura i luksacija kuka. Njihova učestalost u literaturi varira između 20 i 74%.

U nekroze glave se ubrajaju uglavnom klinički manifestni slučajevi kao i oni koji se rtg. dijagnostičiraju. Klinički se manifestira svega oko 50% oboljenja koja se mogu patohistološki dokazati.

Ako je prekinut dovod krvi putem a. circumflexae femoris tibialis (ramus profundus) i a. obturatoriae (ramus lig. capitis femoris) kojim je snabdjevena glava feruma, doći će do masivne avaskularne nekroze. Ako se radi o oštećenju ili začepljenju pojedinog krvnog suda ili njegovoj kompresiji izvana, nastaje segmentalna ili klinasta nekroza. Nekroze u formi kalote mogu nastati i iz čisto mehaničkih razloga. Lokalne cirkulatorne smetnje dovode do ograničenih nekroza u obliku mrlja. Povišeni pritisak na zglobovi koji traje duže vremena dovodi do totalne nekroze u eksperimentu na životinjama.

Dok je forma glave sačuvana, rendgenska dijagnoza je teška. U početku postoji kondenzacija sjene glave da bi u daljnjem toku došlo do njenog spljoštavanja i zaravnavanja u zoni opterećenja. Tek nakon toga se javljaju promjene u smislu malih cističnih prosvjetljenja ili pak u formi kondenziranih nekrotičkih jezgara.

Promjene se javljaju najranije nekoliko nedjelja nakon operacije ili traume zbog čega se rendgenski ne može postaviti niti rana dijagnoza, a još manje odrediti vitalitet glave nakon povrede.

U posljednje vrijeme različite radne grupe pokušavaju putem novih metoda odrediti vitalitet glave femura pre- ili intraoperativno da bi se mogla postaviti ciljana operativna indikacija. Do cilja se pokušava stići indirektno ispitujući opskrbu glave krvlju.

Hulth je 1953. uveo osalnu venografiju da bi po prikazu venskog krvotoka zaključivao o arterijalnoj irigaciji. Eberle je venografijom uspio prikazati ispad nakupljanja kontrasta u zoni prekida cirkulacije. Hipp je uveo arteriografiju putem retrogradnog uvođenja kontrasta kroz a. femoralis i postigao dobre rezultate, ali je metoda za rutinsku primjenu prekomplikovana. Nov pokušaj predstavlja i scintigrafija sa P 32 koja za sada nije ispunila očekivanja.

U oktobru 1966. u Beču su Brücke, Kaufman i Vagacs prvi put izvještavali o metodi koja dozvoljava intraoperativno određivanje vitaliteta glave feruma. Ona počiva na histokemijskoj pojavi da difosforpiridinnukleotid (DPN), koji predstavlja aktivator fermenta dehidrogenaze, nestaje iz kosti nakon prekida cirkulacije.

Da bi utvrdio vrijeme za koje se aktivitet ovoga fermenta gubi, autor je izvodio serije pokusa vitalnim dijelovima kosti koje je držao u vlažnoj komori na sobnoj temperaturi i u kraćim vremenskim razmacima vršio reakciju: dehidrogenaza — DPN prema metodi Scarpelli mod. Barka. Ustanovio je da se 2—3 sata nakon odstranjenja glave feruma ta reakcija odvija brzo i burno i dalje intenzitet linearno opada da bi se nakon 10 sati još mogla izvesti.

Autori su ispitivali navedenom metodom 68 glava femura koje su operativno zamijenjene vitalijumskom protezom. Prosjek starosti operiranih je bio 79 g. Ispitivali su i glave femura od 7 leševa koji za života nisu imali frakture.

Od 68 fraktura, 50 su bile svježije medijalne frakture vrata, 11 ih je bilo verificiranih rtg. i klinički nekroza nakon op. U 5 sl. se radilo o tzv. »Schleichende fractur« (fraktura nastala postepeno i bez adekvatne traume. Jedna je bila pseudoartroza i jedna fraktura s metastazom karcinoma dojke.

Od 50 svježije frakturiranih samo u dva slučajaja je došlo do ravnomjernog obojavanja cijelog preparata, dakle, radilo se o potpuno vitalnoj glavi. Od ostalih 48, 6 ih je pokazivalo ograničene nekroze u obliku mrlja, 12 parcijal-

ne nekroze u veličini 1/4 do 1/3 zapremine, 18 parcijalne nekroze 1/3 do 1/2. 9 su pokazivale 2/3 do 3/4 nekroza a 3 totalne nekroze. Kod »Schleichende fractur« su 4 bile vitalne, a samo jedna je pokazivala parcijalne nekroze u obliku mrija.

Prema rezultatima, najlošije ishranjen i najugroženiji je kranijalni dio glave, a na drugom mjestu ventrokaudalni dio.

Kod 6 od 9 preparata koji su bili vitalni na pregledu, za vrijeme operativnog zahvata je krvvarilo iz lig. capitis femoris, dok je ta pojava nedostajala u onih koji su pokazali totalnu nekrozu. Kod slučajeva gdje je za vrijeme op. ligament krvvarilo, nekroza je bila uvijek parcijalna i iznosila najviše 1/3 volumena. To govori, nasu-

prot nekim drugim mišljenjima, da ishrana kroz lig. capitis femoris ima određeno značenje.

I kod glava femura uzetih sa lešina nadene su parcijalne nekroze u formi kalote, koje mogu biti razlog sklonosti frakturi.

U rezultatima ovih ispitivanja iznenađuje visok procenat nekroza glave femura nastalih nakon fraktura.

Budući da se radi o pacijentima visoke životne dobi koji su vrlo zainteresirani da se osposobe za kretanje i da ustanu što prije nakon operativnog zahvata, te uzimajući u obzir visok procenat, autori smatraju da ovim pacijentima treba preporučiti primarnu zamjenu glave femura protezom.

Jerolim Karadža

Prv
ped
i lije

U
dine
loša
rodn
gres
sport

K
tela
valo
vije.

N
obrac
banje
nja. I
Beog
na tu
ka iz
treba
omla
njaci
kovir
da se
ječni
(škol
sport
stati.
trajni
potre
goju

S
odgo
vrem
će u
Svak
fizičk
svak
da, k
nog i

Prvi jugoslovenski kongres pedagoga fizičke kulture i liječnika sportske medicine

U Opatiji je od 12. do 14. 12. 1968. godine održan pod pokroviteljstvom dr Miloša Žanka, potpredsjednika Savezne narodne skupštine, Prvi jugoslovenski kongres pedagoga fizičke kulture i liječnika sportske medicine.

Kongres je održan u prostorijama hotela »Ambasador« i »Kvarner«. Prisustvovalo je oko 400 učesnika iz cijele Jugoslavije. Bilo je gosta i iz inostranstva.

Nakon svečanog otvaranja kongresa, obrađena je I glavna tema: Tjelesno vježbanje i sport u svjetlu procesa obrazovanja. Uvodni referat dao je Radovanović — Beograd. Iza toga je održano 7 koreferata na tu temu. Istaknuto je da školska fizička izobrazba ne daje one rezultate koje bi trebala davati. Uzrok tome je što školska omladina bježi od fizičkog odgoja, a stručnjaci se odupiru uvođenju suvremenih tekovina u nastavu fizičkog odgoja. Treba da se udruže pedagozi fizičke kulture i liječnici koji se bave tom problematikom (školski liječnici i liječnici specijalisti sportske medicine), pa rezultati neće izostati. Treba stvoriti u školske omladine trajne navike da se bavi fiskulturom, a potrebno je odrediti mjesto fizičkom odgoju u procesu obrazovanja omladine.

Sprema se savezni zakon o fizičkom odgoju u školama, koji treba da unese suvremenost u nastavu fizičkog odgoja, te će učenici i nastavnici postati suradnici. Svaki nastavnik treba da kreira program fizičkog odgoja za svoju školu, pa i za svakog učenika posebno, a ne kao do sada, kad je postojao program za prosječnog učenika koji je trebalo primjenjivati

u cijeloj Jugoslaviji. Koje će se sportske igre primjenjivati u nastavi, treba da ovisi o lokalnim uslovima. Svi učenici obavezno treba da nauče plivati.

Drugi i trećeg dana kongresa održana je II glavna tema: Oslobođanje od nastave fizičkog odgoja. Uvodno izlaganje dao je prof. dr Radovan Medved iz Zagreba, a bio je i 31 koreferat na tu temu. U Jugoslaviji ima oko 100.000 učenika oslobođenih od nastave fizičkog odgoja. Nema jedinstvenog kriterija u cijeloj Jugoslaviji za oslobađanje. Kongres je zauzeo stav: treba poraditi na tome da se broj oslobođenih učenika svede na minimum, jer je velik broj oslobođenih bez stvarnog medicinskog razloga. Treba postići da uopće ne bude oslobađanja od fizičkog odgoja, kao što je već provedeno u Čehoslovačkoj i Francuskoj. Tamo su formirane posebne grupe učenika po bolestima (srčane greške, reuma itd.), za koje su predviđene posebne vježbe, koje se mogu s uspjehom obavljati i koje im čak pomažu u liječenju.

U Jugoslaviji oslobađanje od fizičkog odgoja vrši najčešće komisija od tri člana. Najidealniji sastav bio bi: školski liječnik, specijalista iz sportske medicine i pedagog fizičke kulture. Međutim, to je za sada rijetka pojava, već u većini krajeva Jugoslavije komisija radi u sastavu: školski liječnik, pedagog fizičke kulture, a kao treći član se pojavljuje: ili još jedan liječnik ili medicinska sestra. U mnogim mjestima nema komisije, pa svaki liječnik može osloboditi učenika od fizičkog odgoja. Takav način oslobađanja povećava broj onih koji su oslobođeni od fizičkog odgoja bez stvarnog razloga. Paramedicinski razlozi za oslobađanje od fizičkog odgoja jesu: nemogućnost da zadovolji traženi program, slaba ocjena iz

fizičkog odgoja koja kvari sveukupni uspjeh u školi, lijenost, nespretnost itd.

Nastavnik nema dovoljno razumijevanja za učenike. Predmet fizički odgoj nije više rekreacija, odmor, već »težak« predmet od kojeg školska omladina bježi. U koreferatima navedene su bolesti koje traže oslobađanje od fizičkog odgoja. Svi predavači su se zalagali za takav zakon koji će omogućiti da svaka škola načini sama svoj program fizičkog odgoja i tada će broj potpuno oslobođenih učenika od nastave fizičkog odgoja biti malen, jer gotovo svaki učenik, pa i sa nekom manom, može neke vježbe izvršavati s uspjehom.

Poslije podne sva tri dana kongresa paralelno su održavane u tri dvorane slobodne teme, koji je bilo 79. Predavači su bili sportski liječnici, školski liječnici i pedagozi fizičke kulture.

Uoči kongresa organizacioni odbor priredio je prijem za sve učesnike.

Prvi dan kongresa je Tvornica sportskih sprava »ELAN« iz Ljubljane priredila koktel za učesnike kongresa, a drugi dan prikaz i demonstraciju sprava.

Organiziran je i posjet Ortopedskoj bolnici u Lovranu.

Uprkos velikom broju učesnika, kongres je bio izvrsno organiziran.

Danijela Rac

XIII intersekcijski sastanak kirurga Hrvatske i Slovenije

Svake godine od 1952. održavaju se sastanci kirurga Hrvatske i Slovenije i to naizmjenično: jednu godinu u Sloveniji, drugu u Hrvatskoj. Svake četvrte godine, kad se održava Kongres kirurga Jugoslavije, intersekcijski sastanak se ne održava. Sastanci su se do sada održali u slije-

decim mjestima: Celje, Rijeka, Maribor, Zadar, Portorož, Zagreb, Novo Mesto, Pula, Bled, Split, Rogaška Slatina, Dubrovnik.

Ove godine sastanak se održao u Novoj Gorici, gradu koji ove godine slavi dvadesetogodišnjicu postojanja. Grad ima oko 6000 stanovnika, lijepe i široke bulevarne, mnogo parkova i zelenila, krasne moderne građevine, hotel, lijepo uređene i dobro opremljene dućane i restorane.

Sastanak je održan pod pokroviteljstvom Općinske skupštine Nova Gorica. Osim kirurga Hrvatske i Slovenije sastanku su prisustvovali i kirurzi iz ostalih naših republika, zatim kirurzi iz Italije, Austrije i Njemačke.

Zbog velikog broja učesnika nisu se svi učesnici mogli smjestiti u Novoj Gorici, tako da je jedan dio bio smješten u hotelima susjedne Italije (Gorzia).

Prvi dan sastanka, prva glavna tema je bila: Kirurgija pluća (bez traume i tuberkuloze). Osim glavnog referata bilo je i 15 koreferata. Istaknut je veliki napredak torakalne kirurgije zadnjih godina u našoj zemlji. Obrađene su sve bolesti pluća, osim tuberkuloze i traume, koje se operativno liječe. Referate su održali i internisti kao gosti, od kojih je naročito zapažen bio referat prof. dr Ivančića — Zagreb: Uloga kardiovaskularnog nalaza u kirurgiji pluća, te referat prof. dr Šimonovića: Scintigrafija pluća.

Prvi dan je održana i diskusija za okruglim stolom o kirurgiji pluća uz učešće prof. dr Žakelja (Ljubljana), prof. dr Juzbašića (Zagreb), prof. dr Benedika (Ljubljana), prof. dr Longina (Rijeka) i dr Kučića (Zagreb).

Drugi dan je održana druga glavna tema: Kongenitalne anomalije probavnog trakta. Održan je glavni uvodni referat i 12 koreferata, te 8 slobodnih tema u vezi s glavnom temom.

Operativni rezultati su zadnjih godina sve bolji zahvaljujući anesteziji i ranoj detekciji kongenitalnih malformacija probavnog trakta. Istaknuto je da na poro-

đajnor
pedijat
otkriva
formac
uputiti
na. U
su emi
dr Polj
bljana,
Celje, c
Ljublja
Trec
tema:
ga Hrv
održan
kruglo
Ribarić
greb, c
Split, c
— Ljul

đajnom odjelu treba obavezno da radi pedijatar, koji će voditi brigu o ranom otkrivanju probavnih kongenitalnih malformacija i koji će pravovremeno dijete uputiti kirurgu radi operativnog tretmana. U diskusiji okruglog stola učestvovali su eminentni stručnjaci dječje kirurgije: dr Poljugan — Zagreb, dr Vidmar — Ljubljana, dr Passini — Zagreb, dr Lakner — Celje, dr Tomaseo — Split i dr Žakelj — Ljubljana.

Trećeg dana je održana treća glavna tema: Reanimacija uz učešće anesteziologa Hrvatske i Slovenije. Uz glavni referat održano je i 19 koreferata i diskusija okruglog stola (dr Soban — Ljubljana, dr Ribarić — Rijeka, dr Formanek — Zagreb, dr Bolčić — Zagreb, dr Ditrih — Split, dr Müller — Ljubljana, dr Ojstrež — Ljubljana).

Održano je i 28 slobodnih tema iz svih područja kirurgije.

Predsjednik Općinske skupštine Vižintin priredio je prijem prvog dana za sve učesnike u starom kronberškom gradu, udaljenom nekoliko kilometara od Nove Gorice.

Drugi dan poslije podne prijem je priredio u starom gradu i Goriziji — Italija gradonačelnik Gorizije. Na večer je u Novoj Gorici održana zajednička večera.

Na kraju bih istakao izvrsnu organizaciju XIII intersekcijskog sastanka Kirurške sekcije Zbora liječnika Hrvatske i Kirurške sekcije Slovenskega zdravniškega društva.

Stjepan Rac

Iz rada Društva ljekara Bosne i Hercegovine

Rezultati ankete provedene još prošle godine podržali su stav Izvršnog odbora naše podružnice da se stručni sastanci održavaju jednom mjesečno. Tako je i krajem januara o. g. održan redovan stručni sastanak, koji je po prvobitnoj zamisli trebalo da bude posvećen samo radu Hirurškog odeljenja našeg Medicinskog centra, s posebnim osvrtom o mogućnosti i potrebi saradnje s lekarima opšte prakse. Međutim, preteći talas hongkonškog gripa nametnuo se kao posebna tema, koju su epidemiolozi i infektolozi opširno obradili.

Sledeći stručni sastanak je održan 28. februara. Sastanak je bio posvećen avitaminozama i hipovitaminozama koje su najznačajnije za ovaj kraj.

O pojavi pelagre u ovom kraju govorio je dr D. Todorović. On je konstatovao da pelagra svuda u svetu postaje sve ređe oboljenje, pa i kod nas. Pre desetak godina, kada je broj bolesnika bio veći, na našem Internom odeljenju izvršena su vrlo interesantna ispitivanja o mehatološkim i jetrenim promenama kod bolesnika sa pelagrom, a zapažen je i eksperimentalan rad na životinjama sa histološkim nalazom jetre posle avitaminoze PP (pro-uzrokovane poznatim kompetitorom nikotinamida, supstancijom koja je po hemijskom sastavu 6-aminonikotinamid).

Dr V. Milošević je govorio o profilaktičko-terapeutskom problemu hipovitaminoze »D«. U uvodu je govorio o značaju ove hipovitaminoze. Zatim je ukazao na činjenicu da ne postoji jedinstven stav o profilaksi i terapiji ni u zemlji ni u ino-

stranstvu. U daljem izlaganju se založio da se profilaktične doze vitamina »D« daju od prve nedelje života. Istakao je prednost peroralne primene odgovarajućih preparata ovog vitamina i u profilaksi i u terapiji. Na kraju predavanja prikazao je oblike i doze najčešćih preparata vitamina »D«.

O kompresivnim osteosintezama govorio je dr D. Tošić. Kako nije bilo dovoljno vremena, ovo predavanje nije moglo da se održi na prethodnom stručnom sastanku. Predavač je izneo podatke o rađanju i razvijanju ove metode. Po povratku iz Ljubljane, gde je prisustvovao međunarodnom simpozijumu posvećenom ovoj metodi, nabavljeni su najneophodniji instrumenti. Ovo je omogućilo da se još češće primenjuje ova metoda, koja je prvi put u BiH primenjena na Hirurškom odeljenju našeg Medicinskog centra.

Treći sastanak podružnice u ovoj godini održan je 21. marta. Prof. dr S. Dogan održao je predavanje »Glavobolja kod arterijske hipertenzije i cerebralnih oboljenja« koje je izazvalo veliki interes. Predavač je izneo osnovne anatomske, fiziološke i patofiziološke podatke, a zatim je govorio o postavljanju dijagnoze i o terapiji. Na kraju predavanja je prikazao dijapozitive koji su ilustrovali iznete podatke. Zatim je sledila diskusija. Postavljeno je pitanje o ispravnosti upotrebe pojedinih lekova, o diferencijalnoj dijagnostici, a zatim i o problemu dugotrajne upotrebe analgetika. Zatraženo je i mišljenje predavača o oceni radne sposobnosti kod posttraumatskih glavobolja.

Sledeći stručni sastanak podružnice održaće se u prvoj polovini aprila u Bosanskoj Gradišci.

Miodrag Ignjatović

UPUT

Ur

su bi

Ra

punja

da

ra

— da

srj

— da

— da

— da

sti

od

no

— da

au

— da

m

— da

ka

Ra

jenoj

ekspe

kusij

U;

jednc

glesk

N

jasar

radu

Is

tituk

N

i pre

— ni

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 pišaćom 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.

ISPRAVKA

U dvobroju 3—4 potkrale su se sljedeće greške:

Tabela V Operirani traumatološki slučajevi na Kirurškom odjelu Banja Luka. U toj tabeli iznad brojaka treba da stoji: 1963, 1964, 1965, 1966, 1967, 1968 (do 31. VII).

Str. 238: treba brisati redove 11 i 12.

Strana 248 red 24 i 25 odozgo stoji: kod

intraperitonealnih, a treba: kod ekstra-peritonealnih.

Strana 251 red 30 odozgo umjesto astamati treba astmatični napadi.

Strana 251 red 30 odozgo umjesto astariječi: »da nije« treba brisati.

Strana 277, Slika 2 postavljena je nopačke.

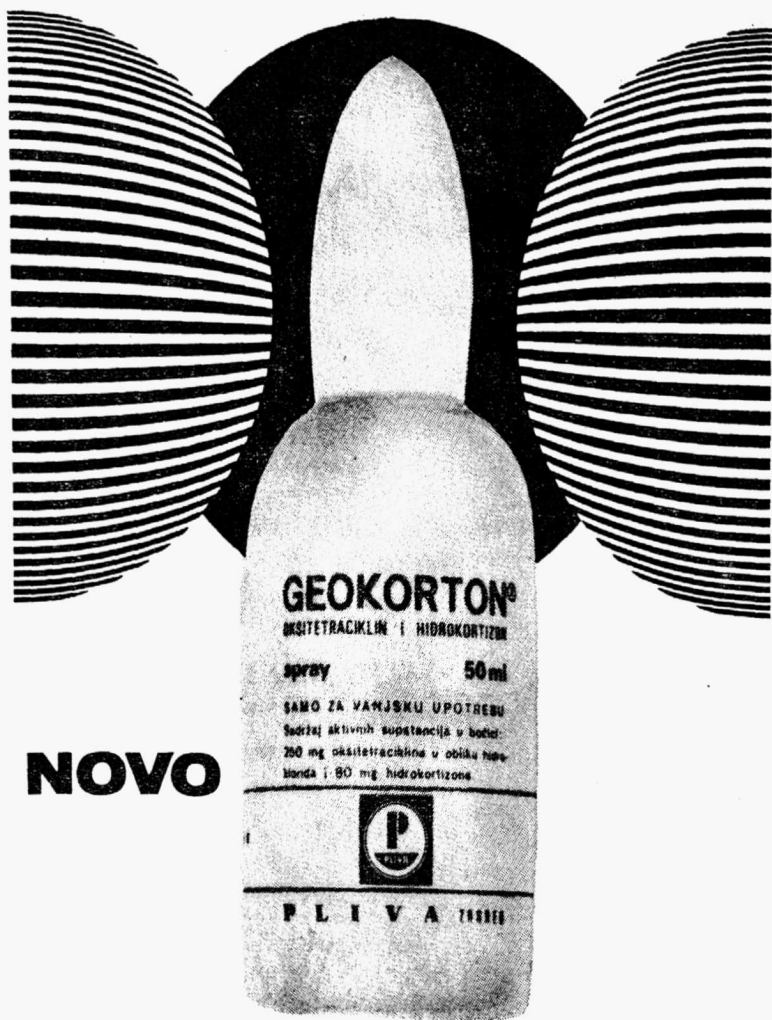
stra-
asta-
asta-
nao-



Optalidon®

DNEVNI ANALGETIK BEZ FENACETINA

„KRKA“ TOVARNA ZDRAVIL - NOVO MESTO



NOVO

GEOKORTON[®]

SPRAY

Po svome sastavu GEOKORTON spray djeluje dvojako: sprečava ili liječi infekciju (oksi-tetraciklin) i djeluje protuupalno na procese na koži (hidrokortizon). Zbog toga se vrlo uspješno primjenjuje kod: primarno i sekundarno inficiranih dermatoza; raznih derma-toza alergijske ili druge etiologije koje su sklone infekcijama zbog popratnog pruritusa; kod kontaktnih dermatitisa izazvanih biljkama, lijekovima, detergentima, odjećom, kemi-kalijama; kod nespecifičnog pruritusa ani, vulvae, scroti; kod ulcera cruris; dekubitusa; opeklina.

Pakovan je u bočici od 50 ml.

GEOKORTON spray ima velike prednosti zbog načina aplikacije koji omogućuje brzo i efikasno liječenje. Neposredno raspršivanje lijeka onemogućuje mehaničko nadraživanje kože, čime se izbjegava i mogućnost sekundarnog inficiranja rana.

STAPHCILLIN — polusintetski penicilin

(Natrijum meticilin)
supstancija za injekcije

Lek izbora u suzbijanju čitavog niza infekcija, uključujući i infekcije izazvane rezistentnim stafilokokom

Pakovanje:

Kutije sa 10 bočica sterilne supstancije za injekcije

PENTREXYL[®]

(Amplicilin)
kapsule, kapi za decu, sterilna supstancija za injekcije

Polusintetski penicilin sa širokim antibiotskim spektrom dejstva. Stabilan u kiseloj sredini

Pakovanje:

Bočice sa 16 kapsula po 250 mg

Bočice od 20 ml sa prahom za oralnu suspenziju

Kutije sa 10 ampula po 250 mg odnosno 500 mg

PROSTAPHLIN A[®]

(Kloksalicin natrijum)
kapsule

Polusintetski penicilin otporan prema dejstvu penicilinaze i stabilan u kiseloj sredini

Pakovanje:

Bočice sa 16 kapsula po 250 mg



GALENIKA

FARMACEUTSKO-HEMIJSKA INDUSTRIJA
BEOGRAD — ZEMUN