

SCRIPTA
MEDICA

STRUČNI
ČASOPIS
LJEKARA
BOSANSKE
KRAJINE

GODINA XII — BROJ 4. — 1977.

Decembar
1977.

Broj 4
Godina XII

SCRIPTA MEDICA

STRUČNI ČASOPIS LJEKARA BOSANSKE KRAJINE



Banja Luka, 1977.

SCRIPTA MEDICA

Stručni časopis ljekara Bosanske krajine

Vlasnik i izdavač:

Regionalni medicinski centar Banja Luka
Društvo ljekara BiH — podružnica Banja Luka

Glavni i odgovorni urednik

Branko Pikula

Redakcioni odbor

Vlado Milošević	Mirko Jamnicki
Zvonimir Klepac	Safet Badić
Stjepan Rac	Mustafa Sefić
Ivan Laboš	Franjo Čurić

Lektori i korektori

Ranko Risojević
Branka Nikšanović

Tehnički redaktor

Vladimir Katušić

Adresa uredništva: SCRIPTA MEDICA, Regionalni medicinski centar —
Služba za patologiju, Banja Luka

Štampa: NIRO »Glas«, Banja Luka

Časopis izlazi četiri puta godišnje. Godišnja pretplata za ustanove 150,00 din.,
a za pojedince 50,00 din. Žiro račun broj 10500-606-523 Regionalni medicinski
centar Banja Luka (Radna zajednica zajedničkih službi)

SADRŽAJ — CONTENTS

PREGLEDNI ČLANAK — REVIEW ARTICLE

- Topalović M. i Ferković M.:* **Suvremena acupunctura** 5
Cotemporary acupuncture
- Šrenger Ž.:* **Alergiska problematika u oftalmologiji** 11
Problems of allergy in ophthalmology

RADOVI — RESERCH REPORTS

- Smailagić V.:* **Zrelost djece za polazak u školu u odnosu na dob i** 17
obuhvaćenost predškolskim vaspitanjem
Readiness of Children for School with Respect to Age and
Pre-School Education
- Džinić U. i Džeba P.:* **Novorođenčad sa kongenitalnim anomalijama** 21
koje zahtjevaju hitnu hiruršku intervenciju
Newborn with Congenital Anomalies Requiring Urgent Sur-
gical Treatment

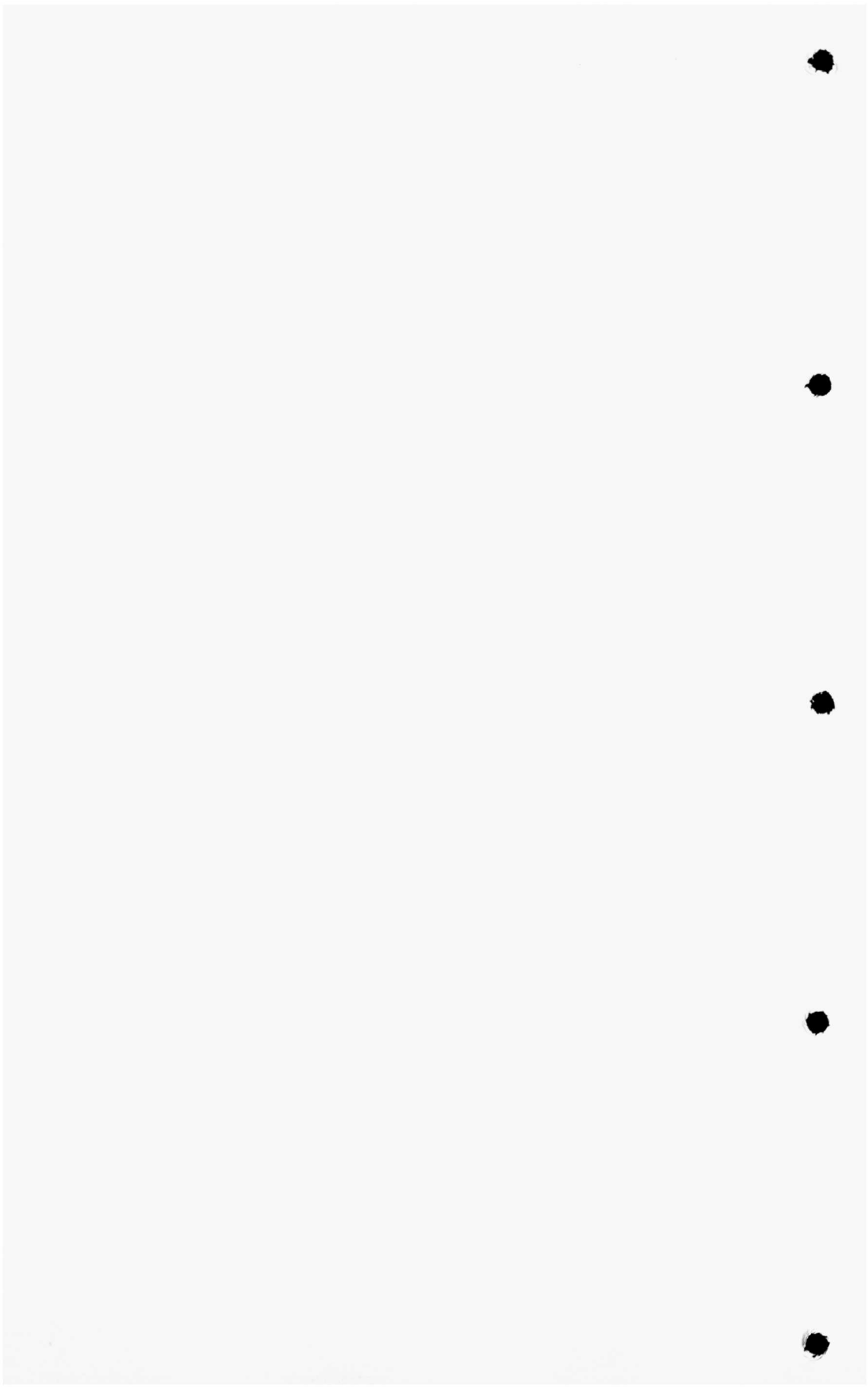
PRIKAZI BOLESNIKA — CASE REPORTS

- Pikula B., Dimitrijević J., Plamenac P., Kahvić M. i Bokonjić R.:* **Disecirajuća aneurizma arteriae cerebri posterior** 25
Dissecting aneurysms of the posterior cerebral artery
- Sefić M. i Pišteljić A.:* **Povodom dva slučaja binazo-bitemporalnog** 31
pterygija
On two cases of binaso-bitemporal pterygium
- Desančić J.:* **Miksom lijevog atrija** 37
Myxoma of the left atrium

KRATKA SAOPSTENJA —

- Perinović M. i Grujić.:* **Gojaznost i krvotok** 41
Overweight and circulation

PRIKAZI KNJIGA — BOOKS REVIEWS



SUVREMENA AKUPUNKTURA

MILAN TOPALović i MILAN FERKović

Autori daju informativan članak o akupunkturi s kratkim podacima o rezultatu liječenja 85 vlastitih bolesnika s neurološkim tegobama (migrena, neuralgia trig. Lumboisialgia, post-herpetična interkost, neuralgija). Funkcionalne smetnje od kojih je osjećanje bola čovjeku najneugodniji subjektivni fenomen mogu se vrlo dobro liječiti akupunkturo.

Navodeći novije radove koji se temelje na neurofiziološkim eksperimentalnim i kliničkim ispitivanjima autori misle da se može očekivati da će akupunktura postati priznata metoda liječenja i u našoj zemlji. U svakom slučaju potrebna su daljnja objektivna proučavanja, jer samo kritički pristup može odrediti pravo mjesto takvom načinu liječenja.

Akupunktura je starokineska metoda liječenja zabadanjem igala u kožu. Sama riječ potječe od latinskih složenica acus = igla i pungere = zabadati, bosti. Taj je naziv dobila od evropskih misionara koji su posjetili Kinu u 16. stoljeću i prvi izvijestili u Evropi o liječenju na kineski način. Zanimljivo je napomenuti da je prva doktorska disertacija iz područja akupunkture obranjena već 1682. godine u Londonu [5, 10]. Od tada akupunktura u Evropi doživljava uspone i padove sve do pojave *George Soulie de Morant*, kojeg se s pravom naziva ocem akupunkture u Evropi. Po zanimanju diplomat, boraveći u Kini 20 godina, posvetio se proučavanju akupunkture. Zbog toga je od kineskih vlasti proglašen »liječnikom učiteljem«, te mu je dodijeljena nagrada »Brušeno koraljno dugme«, što ga je uzdiglo na stupanj akademika. Nakon povratka u Francusku 1928. godine piše prvu studiju o dijagnostici bolesti na temelju poznavanja pulsa na kineski način. Poslije toga uslijedilo je njegovo kapitalno djelo o liječenju akupunkturo. Budući da nije bio liječnik, francuski liječnici proglasili su ga šarlatanom, i zbog nadriliječništva dospio je pred sud. Nekoliko godina kasnije zahvaljujući vidnim rezultatima u liječenju različitih bolesti, ti isti liječnici i Francuska Akademija znanosti i umjetnosti predložili su ga kao jedinog kandidata za Nobelovu nagradu iz fiziologije 1950. godine. Umro je 1955. godine i tek poslije njegove smrti shvaćena je prava vrijednost njegovog djela. Naime, nema ozbiljnijeg autora u Evropi koji pišući o akupunkturi ne spominje njegovo ime. Zahvaljujući njemu akupunktura se proširila po cijelom svijetu. Prvo društvo za akupunkturu izvan Kine osnovano je 1943. godine u Francuskoj, a 1946. godine osnovano je međunarodno društvo za akupunkturu sa sjedištem u Parizu. Do sada je održano 20 međunarodnih

kongresa o akupunkturi. U većini evropskih zemalja, kako zapadnih tako i istočnih, akupunktura je priznata medicinska metoda liječenja. Francusko zakonodavstvo smatra je manjim kirurškim zahvatom. U socijalističkim zemljama osobito je razvijena u Sovjetskom savezu, Bugarskoj i Rumunjskoj. U Moskvi i Lenjingradu predaje se kao obavezan predmet na Medicinskom fakultetu. Prije tri godine otvoren je prvi studij akupunkture u Parizu, koji traje tri godine.

U našoj se zemlji veoma malo pisalo u stručnoj literaturi o akupunkturi. Tek u posljednje dvije godine porastao je među mnogim liječnicima interes za tu metodu liječenja. Neki naši liječnici posjetili su Kinu radi upoznavanja s akupunkturom, a jedan broj liječnika posjetio je neke evropske centre za akupunkturu pokušavajući praktično prenijeti iskustva i primijeniti tu metodu kod nas.

Nakon kratkog pregleda povijesti akupunkture u Evropi osvrnut ćemo se ukratko na izvorno starokinesko shvaćanje o mehanizmu djelovanja akupunkture te na koncepciju o bioenergetici, bez koje se ne može pružavati niti provoditi akupunktura. Za stare Kineze sve je »Energija«: nebo, zemlja, univerzum, čovjek, duh ([9, 11]). Ta primordijalna energija izražava se u obliku kozmičke i vitalne energije. Čovjek po taoističkom filozofskom shvaćanju starih Kineza dio je svemira (makrokozmosa), te oni stoga drže da iste sile koje održavaju makrokozmos održavaju i mikrokozmos kojem pripada i čovjek. Tradicionalna kineska medicina počiva baš na tim filozofskim postavkama, iz kojih je i proizašla dualistička filozofska škola *YANGA* I *YINA*, koja je osnova teorije akupunkture. Prema toj školi svaki živi organizam proizvodi bioenergiju koju Kinezi nazivaju »vitalna energija«. Svaki organ u organizmu proizvodi svoju energiju koja se kreće strogo određenim putanjama, meridijanima, kojih ima 12-parnih, simetrično bilateralno postavljenih te dva neparna meridijalna položena. Meridijani nose ime organa ili funkcije organa. Uzduž tih meridijana poredane su akupunkturne točke kojih ima oko 750. Po tradicionalnoj kineskoj medicini različite tjelesne i duševne bolesti izražavaju se na površini tijela, na koži, koja kao zrcalo odražava razne unutarnje poremećaje. Za stare Kineze bolest je poremećaj bioenergije, i u slučaju da taj bioenergetski poremećaj potraje dulje funkcionalne smetnje prelaze u organske promjene. Na poremećaj energije može se djelovati baš u tim točkama na »Meridijanima«. Patološki procesi mogu remetiti bioenergetsku ravnotežu pojačavajući ili smanjujući bioenergiju. Na akupunkturnim točkama energija je najbliža površini kože, i utjecaj igle u toj točki očituje se u slučaju viška energije odvođenjem energije po principu gromobrana. Nadraživanjem živčanih spinalnih završetaka ili vegetativnog sustava u tim točkama postiže se u slučaju smanjenja energije suprotan učinak: pojačavanje bioenergije u datom području.

Zbog takvih objašnjenja naizgled mističnih, okultnih, astralnih, akupunktura je imala i još danas ima mnogo kritičara, jer nije imala znanstvenu podlogu do današnjih dana. Tek u posljednjih nekoliko godina data su mnoga znanstvena objašnjenja o akupunkturnim točkama i o mehanizmu djelovanja akupunkture. *Niboyet* [7] je 1963. godine u doktorskoj tezi nepobitno dokazao elektrološko postojanje kineskih akupunkturnih točaka. Nad tim točkama snižen je omski otpor u odnosu na

okolni dio kože. U zdravom organizmu akupunkturne točke posjeduju diskretni pozitivni električni naboj u odnosu na bližu okolinu kože [6]. Za vrijeme patološkog procesa te točke postaju spontano ili na dodir bolne. Pozitivni naboj postupno slabi i točka postaje negativna. Veoma često može se potvrditi postojanje razlike od 30 do 40 milivolti između akupunkturne točke i bliže okoline na koži. Radovi *Cantonía* i *Pontygnia*, [3, 4] potvrdili su postojanje elektroenergije koja neprekidno cirkulira kroz čovječe tijelo i izvan živčanih puteva šireći se po elektromagnetskoj shemi. Patološki procesi mijenjaju reaktivnost stanica i tkiva, utječu na izmjenu iona Na i K, mijenjajući membranski potencijal, iz čega proizlazi poremećaj bioelektrične ravnoteže stanice.

Igla koja se ponaša kao katoda u akupunkturnoj točki izaziva lokalnu celularnu leziju stvarajući depolarizaciju stanice promjenom iona Na i K. Odatle se impulsi putem živčanih receptora i živčanih niti prenose prema višim centrima iz kojih dolazi bilo inhibitorni refleks koji suprimira bol, bilo pak motorni ili sekretorni impuls. Retikularna mezencefalna formacija igra važnu ulogu u inhibiciji bola, ali na tu njenu aktivnost utječu nadređeni kortikalni centri preko talamokortikalnih i kortikotalamičnih refleksnih mehanizama. Teorija »kontrolne dvostrukih vrata« *Man* i *Shema* [6] objašnjava djelovanje akupunkture na smanjenje bola. Autori pretpostavljaju da stimulacijom igle preko kože dolazi do podražaja A beta živčanih vlakana koja mnogo brže prenose impulse od nemijeliziranih C vlakana, »zatvarajući time vrata« za bolne podražaje koje prenose C vlakna bilo na razini »substantia gelatinosa medulae oblongatae«, bilo na razini talamsa koji je »druga kapija« za prolaz bolnih impulsa. Time se sprječava pritjecanje bolnih impulsa iz određenog dijela tijela u senzorni korteks. Poznata je činjenica da jak bol može biti suprimiran ili potpuno ugašen stimulacijom nekih živčanih završetaka. Pretpostavlja se da se akupunkturu provociraju segmentalni i suprasegmentalni refleksni mehanizmi što nam uveliko može objasniti suvremena embriologija i arheofiziologija. Vjeruje se da je većina funkcionalnih bolesti posljedica poremećaja ravnoteže između simpatičkog i parasimpatičkog živčanog sustava, a akupunktura stimulira jedan ili drugi pomažući time uspostavljanje ravnoteže. Pristalice neurogene teorije o djelovanju akupunkture to i potvrđuju patohistološkim studijama akupunkturnih točaka [8]. Potvrđeno je da u 50% slučajeva prolaze živci kroz samu točku ili se u drugih 50% slučajeva nalaze na udaljenosti do 5 milimetara. Endokrino humoralna teorija druga je suvremena teorija kojom se objašnjava djelovanje akupunkture. Brojni eksperimenti na životinjama pokazali su da akupunktura povećava razinu joda u serumu u tijelu inducirane hipotireoze. U krvi životinja s induciranom hiperglikemijom snizuje a povećava šećer u onih s hipoglikemijom. Dokazano je i eksperimentalno potvrđeno da se za vrijeme akupunkture oslobađaju neurogeni transmitteri [1, 2, 7], naročito acetilholin, dopamini u mozgu te hidrokortizon u krvi. Povećava se broj leukocita i mijenja antiinflamatorni odgovor. U vrijeme puerperalne hipolaktacije akupunkturu se može izazvati sekrecija prolaktina koja stimulira sekreciju mlijeka.

Primjena akupunkture u medicini

Među mnogobrojnim indikacijama navest ćemo neke. Bol se akupunkturou može suprimirati ili potpuno eliminirati. Ona je jako djelotvorna u liječenju migrene, glavobolja izazvanih emocionalnom napetošću, ili spazmom mišića šije. Dalje su indikacije: različite neuralgije, tikovi spazmi mišića, klijenuti, cervikobrahilani sindrom, pareza facijalista, akutne i kronične lumboishijalgije, gastritis, gastroduodenalni ulkus, opstipacija, hipertenzija, hipotenzija, sterilnost žena hormonalne etiologije. Akupunkturna anestezija nova je metoda anestezije ili bolje rečeno analgezije, koja se u posljednjih desetak godina primjenjuje u Kini i Evropi. Akupunkturna analgezija može biti primijenjena pri svim vrstama kirurških zahvata s uspjehom i do 90%. Ona ima velike prednosti nad klasičnom anestezijom. Bezopasna je, svijest bolesnika je očuvana, izbjegnute su mnogobrojne postoperativne komplikacije. Do sada je prema poznatim stručnim izvještajima učinjeno oko milijun operativnih zahvata u akupunkturnoj analgeziji.

Naši bolesnici

U posljednjih godinu dana primijenili smo akupunkтуру u slijedećim slučajevima:

— u 50 bolesnika s migrenom imali smo odlične rezultate. U 40 slučajeva prestala je glavobolja, a u 10 bolesnika došlo je do smanjenja intenziteta i trajanja bolova.

— U sedam bolesnika s neuralgijom trigeminusa. Jedna bolesnica nije reagirala, u dvojice bolesnika došlo je do znatnijeg poboljšanja, a u četvorice bolovi su potpuno prestali.

— U 25 bolesnika s akutnim i kroničnim lumboishijalgičnim sindromom. Bez analgetika došlo je ubrzo do popuštanja spazma lumbosakralne muskulature i do smanjenja bolova u 22 bolesnika, a 3 bolesnika nisu reagirala na igle.

—u tri bolesnice s postherpetičnom interkostalnom neuralgijom. Kod sve tri bolesnice bolovi su prestali. U zaključku možemo navesti riječi specijalnog komiteta za zdravlje USA iz 1973. godine koji je raspravljajući o akupunkturi zaključio: »Od akupunkture se može očekivati da će postati priznata terapijska metoda. Međutim nužna su dobro izvršena i kontrolirana ispitivanja« [2].

Patofiziologija akupunkture jako je složena, ali svakodnevni uspjesi u liječenju mnogobrojnih funkcionalnih bolesti, te uspjesi postignuti s akupunkturnom anestezijom daju pravo da se ova metoda uvrsti među ostale medicinske metode i u našoj medicini i dobije mjesto koje već zauzima u drugim zemljama u svijetu. Kao empirijska znanost akupunktura se do sada održala i mnogobrojnim uspjesima potvrdila u praksi, ali je potrebno dalje znanstveno istraživanje i objašnjavanje nekih terapijskih principa ove drevne znanosti i vještine.

CONTEMPORARY ACUPUNCTURE

Milan Topalović and Milan Ferković

The authors present an informative paper on acupuncture, together with the data on the results obtained in the treatment of 85 of their patients suffering from neurological disturbances (migraine, neuralgia trig. lumboschialgia, postherpetic intercostal neuralgia). Functional disturbances, of which the sensation of pain is subjectively the most unpleasant phenomenon, can be successfully treated by acupuncture.

Referring to recent studies based on experimental and clinical investigations in neurophysiology, the authors put forward the opinion that it can be expected that acupuncture will be recognized as a valid method of treatment in our country as well. In any case, further objective investigations are necessary since only a critical approach can determine the proper status for this kind of treatment.

LITERATURA

1. *Bonica, J.*: Acupuncture anaesthesia in the People's Republic of China. *JAMA*. 229:1317—1325, 1974.
2. *Bonica J.*: Therapeutic acupuncture in the People's Republic in China. *JAMA*. 228:1544—1551, 1974.
3. *Cantoni, G.*: Les oscillations électrique de très basse fréquence et leur relation avec l'acupuncture. *Meridiens*, 5/6:27—34, 1969.
4. *Cantoni, G., Pontigny, J.*: Les biopotentes cutanées et la relativité INN/IANG en acupuncture. *Meridiens*, 23/24:83—95, 1973.
5. *Lavier, J.*: Les bases traditionnelles de l'acupuncture chinoise Paris, Maloine ed., 1964.
6. *Man, P. L., Chen, G. H.*: Mechanism of acupunctural anaesthesia. *Dis. Nerv. Syst.*, 33:730—735, 1972.
7. *Niboyet, J. E. H.*: L'anesthésie par l'acupuncture. Paris, Maloine, 1973.
8. *Rabischong, P., Niboxet, J. E. H., Teral, C., Senelar, R., Casez, R.*: Bases expérimentales de l'analgésie scupuncturale. *Nouv. Presse Med.*, 4:2021—2026, 1975.
9. *Rubin, M.*: Manuel d'acupuncture fondamentale. Paris, Mercure, 1974.
10. *Soulie de Morant, J.*: L'acupuncture chinoise. Paris Maloine 1972.
11. *Visin, H.*: L'acupuncture du praticien. Paris, Maloine, 1974.



ALERGIJSKA PROBLEMATIKA U OFTALMOLOGIJI

ŽELJKO SRENGER

U dokazivanju alergijske etiologije upalnih očnih bolesti dolazimo često u konflikt sa četiri osnovna postulata, koja je postavio Doerr. Najteže je dokazivanje specifičnih antitijela, koja nisu uvijek prisutna, iako je klinička slika i simptomatologija tipična za alergičku etiologiju bolesti.

Karakterističan je nalaz povećanog broja eozinofilnih leukocita, koji se smanjuje nakon lokalne terapije antihistaminicima i kortikosteroidima. Isto tako od posebnog značaja je pozitivni konjunktivalni test.

U oftalmološkoj patologiji već dulje vremena alergijske upale zauzimaju prominentno mjesto. Poznato je da kod opće senzibilizacije organizma svi dijelovi oka mogu biti zahvaćeni alergijskim zbivanjima, jedino nije sigurno, da u neoštećenju lećnoj supstanci može doći do identičnih reakcija.

Mišljenja o biološkoj ulozi alergije u mehanizmu prirodne otpornosti organizma još su uvijek podijeljena [5, 6]. Granice između imuniteta i alergije i dalje su nejasne. Oba stanja imaju zajedničku antigen-antitijelo reakciju. Razlika je u tome što su u alergijskim stanjima antitijela vezana za stanice šoknih tkiva, te se antigen-antitijelo reakcija odigrava na stanicama tog tkiva, kojom se prilikom oslobađaju biološki medijatori, koji izazivaju alergijske pojave. Protivno tome, kod imuniteta, reakcija antigen-antitijelo odigrava se u tjelesnim tečnostima gdje se nalaze slobodna antitijela, koja nisu vezana za stanice šoknih tkiva, pa zbog toga i reakcija protiče mirno, jer ne dolazi do oslobađanja medijatora.

Alergijske su reakcije vrlo složene pojave, te su rezultat djelovanja više različitih faktora. Poslije unosa alergena u organizam dolazi do stimuliranja retikuloendotela na stvaranje antitijela, koja odlaze na stanice šoknih tkiva. Dolazi do postepenog razvoja senzibilizacije organizma, što traje 2 do 3 tjedna. Pri ponovnom ulasku alergena u senzibilizirani organizam dolazi do antigen-antitijelo reakcije u šoknim tkivima, što rezultira oslobađanjem medijatora, koji svojim djelovanjem na glatku muskulaturu, krvne žile i žljezdani aparat šoknih tkiva, izaziva alergijske reakcije.

Alergeni su najčešće proteinske supstancije, koje dolaze izvana, no mogu da nastanu i u organizmu pod djelovanjem upalnih, degenerativnih i drugih procesa.

Alergijska antitijela pripadaju gamaglobulinskim frakcijama, a stvaraju se u retikuloendotelu.

U alergijska oboljenja prema *Doerru* [3], što je i općenito prihvaćeno, mogu se uvrstiti sa sigurnošću samo ona patološka stanja koja obavezno ispunjavaju slijedeća četiri uslova:

1. Reakcija organizma mora biti izmijenjena u odnosu na onu kojom je organizam reagirao kod prvog unošenja alergena.

2. Simptomatologija alergijske reakcije mora biti potpuno nezavisna od farmakoloških, odnosno farmakodinamskih svojstava alergena.

3. Obavezna je specifičnost alergijske reakcije, bilo monovalentna bilo polivalentna.

4. Organska osnova alergijske reakcije mora se potvrditi dokazom specifičnih antitijela kod bolesnika.

Baš taj četvrti postulat često je vrlo teško ispuniti pa se i mnogi alergolozi radije drže *Hansenovog* kriterija o sigurnim i vjerojatnim znakovima alergijske patogeneze [4].

Patogeneza alergijskih očnih bolesti

Oko je posebno podesno za neposredno promatranje alergičkih zbivanja, bilo u početku, bilo u kasnijem toku tih zbivanja. Eksperimentalnim ispitivanjima, koje smo vršili na kunićima [8], uspjelo nam je, nakon intraperitonealnih senzibiliziranja organizma, raznim antigenima, naknadnim uvođenjem istog antigena u oko, izazvati lokalne alergijske upalne reakcije. Također nam je uspjelo senzibiliziranjem jednog oka naknadno, prilikom ukapavanja istog antigena u drugo oko, na tom oku ustanoviti stanje senzibilizacije, koje se manifestiralo alergički-upalnim reakcijama. Poznato je i eksperimentalno dokazano, da se može izazvati autoanafilaksija i organspecifična reakcija prema autoalergenima normalnih očnih tkiva, to jest izazvati stvaranje reaginskih antitijela prema dijelovima rožnice, leće i uvealnog pigmenta. Ovi pokusi su postali značajniji od kada je dokazano da i vlastite bjelančevine, pod određenim uvjetima, mogu poprimiti antigenska svojstva [12].

Ako ispitujemo odnos senzibilizirajućih očnih bolesti prema drugim bolestima, uočljivo je, da utvrđivanje tih omjera nailazi na sve veće poteškoće s obzirom da se u svjetlu novih istraživanja krug alergijskih očnih bolesti znatno proširuje.

Stalno rastući broj raznih eksogenih alergena, kao i utjecaj raznih patogenih mikroorganizama na promijenjeni proces mijene tvari, a time i izazvane promjene tkiva moraju, prije ili kasnije, izazvati stvaranje antikorporalnih faktora, koji sa vlastitim supstancama stupaju u reaktivni proces izazivajući neminovne alergijske reakcije. Tome treba dodati, da su se granice stečenih iskustava o medikamentozno izazvanim toksoalergozama znatno proširile. U toku liječenja antibioticima, osobito lokalno, može doći do senzibilizacije, što može dovesti do mutacije do tada saprofitnih mikroorganizama u patogene. Ova senzibilizacija može, iako rijetko, kroz spojnicu izazvati i opću senzibilizaciju organizma [8].

Dijagnoza alergijskih bolesti

Prema *Hansenu* kriterij alergijske patogeneze sadrži sigurne i vjerojatne znake [4]:

Sigurni znaci

1. Prisutna kožna ili konjunktivalna senzibilizacija prema patogenim antigenima.
2. Dokaz antitijela kod pasivnog prenošenja.
3. Izostajanje alergijskih očnih simptoma poslije uklanjanja odgovornog alergena iz okoline bolesnika.
4. Pozitivitet pokusa ekspozicije.
5. Djelotvornost i uspjeh postupka desenzibilizacije.

Vjerojatni znaci

1. Pripadnost simptoma alergijske bolesti šok sindromu.
2. Vjerojatno ili sigurno isključivanje nealergijskih determinanti.
3. Opetovano nastupanje istih simptoma kod bolesnika ili njegovih srodnika.
4. Dokazana prisutnost povećanog broja eozinofila u krvi ili brisu sluznice.

Alergeni stižu u oko izvana zrakom, kontaktnim ili krvnim putem. Pojava alergijskih očnih simptoma ovisi o kvantitativnim odnosima količine alergena i specifičnih antitijela, koja se nalaze na licu mjesta, to jest u očnim tkivima. Simptomatologija i klinička slika alergijskih očnih bolesti, pogotovo onih u dubljim dijelovima oka, ne razlikuje se bino od drugih upalnih stanja [12]. Karakterističan je, međutim, način nastajanja i sam tok bolesti alergijskih bolesti oka. Ukoliko brže i masivnije dolazi do infiltracije alergenima, slika bolesti je burnija i više akutna. Polagana i postepena invazija alergena u očna tkiva dovodi do kronične proliferativne upale.

Podjela očnih alergoza na akutne i kronične može dovesti do mogućnosti, da i neke upalne promjene, kod kojih alergijska etiologija nije sigurna, budu ubrojene u tu grupaciju bolesti.

Bitan faktor alergijskog odgovora, odnosno lokalne senzibilizacije, je i broj i količina retikuloendotelijalnih stanica. Tako će u očnim tkivima, gdje je njihov broj veći, kao na primjer u spojnici, alergijski odgovor biti znatno burniji, nego na primjer u mrežnici, gdje tih stanica praktički i nema, nego su prisutne samo u krvnim žilama.

Klinički znaci za akutni alergijski proces su edem, fibrinozni esudat, povremena mjestimična krvarenja, dok kronični proces označavaju umjereni eksudat i stvaranje granulacija. Na spojnici je za alergijsku upalu karakteristično, da uz objektivno vrlo oskudan klinički nalaz postoji jako

izražen svrbež i pečenje. Postoje dalje stanja kod kojih se ne mogu objektivno ustanoviti nikakvi upalni simptomi, dok subjektivne tekobe postoje, a i izražene su funkcionalne smetnje, čiji je uzrok najvjerovatnije alergijske etiologije [1, 7].

Posebno važna za dokazivanje alergijske etiologije je pedantno uzeta, iscrpna anamneza. Podaci o oftalmološkim manifestacijama eksudativnih simptoma dojenčadi i kasnije dobi, vazoneurotski simptomi, te općenita funkcionalna slabost krvožilnog sistema, daju obično važan oslonac za alergijsku etiologiju.

Najjednostavniji dokaz povišene lokalne alergije dobiva se izvođenjem konjunktivalnog testa ukapavanje u spojničnu vrećicu alergenskog ekstrakta u razrjeđenju 1:10 ili 1:100. U slučaju pozitivne reakcije dolazi već nakon 10 do 30 minuta do alergijskoupalnih lokalnih reakcija [9]. Da bi se izbjegle neželjene, osobito burne lokalne reakcije u slučaju vrlo jake izražene lokalne senzibilizacije, preporuča se predhodno intrakutani test [8, 10]. Po završenom konjunktivalnom testu treba spojničnu vrećicu dobro isprati fiziološkom otopinom, te naknadno ukapavati antihistaminike i adstringencije, a po potrebi i kortikosteroide. Nestajanje lokalnih hiperergijskih simptoma nakon ukapavanja antihistaminika i kortikosteroida učvršćuje dokaz alergijske etiologije lokalne upale [2].

Ispitivanje spojničkog sekreta odnosi se na istraživanje sadržaja raznih stanica, odnosno na bakteriološki nalaz. Značajan nalaz, uz negativan mikrobiološki nalaz je eozinofilija od preko 3%. Ako, međutim, uz eozinofiliju nailazimo i na pozitivan bakteriološki nalaz, te stanice s polimorfnim jezgrama, možemo smatrati da je alergijska upala spojnice izazvana bakterijama ili, da se uz alergijsku upalu istodobno radi i o bakterijalnoj superinfekciji. Smanjivanje broja eozinofilnih stanica u sekretu spojnice, nakon administracije kortikosteroida lokalno, potvrđuje alergijsku etiologiju [9, 11, 13].

Ispitivanjem sadržaja komorne vodice, to jest pojavljivanje uvečanog broja eozinofila u njoj govori o alergijskom uveitisu, fakoanafilaktičkom uveitisu ili simpatičkoj oftalmiji, uz pretpostavku da su i kliničkoupalni alergijski simptomi prisutni.

Novija istraživanja omogućuju i dokazivanje kvalitativne i kvantitativne prisutnosti antitijela u sobnoj vodici, što je posebno omogućeno uvođenjem tzv. papirelektroforeze. Prisutnost serumskih antitijela u sobnoj vodici ne ovisi samo u propusnosti sobno-vodične krvne barijere nego dolazi i do stvaranja lokalnih antitijela u oku. Pošto antitijela pripadaju globulinskoj grupi pružaju se velike dijagnostičke mogućnosti ispitivanjem frakcija bjelancevina sobne vodice. Dokazano je, da kod leptospiroznog uveitisa kao i kod tuberkulotoksičkih uveitisa, titar antitijela u sobnoj vodici znatno premašuje onaj u serumu. To je omogućeno kvantitativnim upoređivanjem količine gamaglobulina u sobnoj vodici i serumu kod upalnih promjena u sobnoj vodici. Dokaz značajnih patoloških povišenja različitih antitijela može se vrednovati kao infekciorno-alergijska reakcija.

Sigurno je, da izvršene serološke probe kod alergijskih upala, bez obzira što nije sa sigurnošću dokazano u kojoj mjeri one zapravo po-

krivaju patogenetske principe, ili su samo izraz pratećih imunoreakcija, svakako predstavljaju jedan novi aspekt sa stanovišta dijagnostike oftalmoloških alergijskih upala.

SUMMARY

PROBLEMS OF ALLERGY IN OPHTHALMOLOGY

Željko Šrenger

When ascertaining the allergic etiology of inflammatory eye diseases we often find ourselves in conflict with the four basic postulates established by Doerr. The most difficult to prove are specific antibodies which are not always present even if the clinical picture and symptoms are typical of the allergic etiology of the disease.

The characteristic finding concerns the increased number of eosinophile leucocytes, which decreases after the application of local therapy by anti-histaminics and corticosteroids. A positive conjunctival test is also of great importance.

LITERATURA

1. *Boros B.*: Allergische Erkrankungen und Allergie, Budapest, 1959.
2. *Criep L. H.*: Clinical immunology and allergy, Grune and Stratton, New York — London, 1962.
3. *Doerr R.*: Die Immunitätsforschungen, VIII — Allergie, Wien, 1951.
4. *Hansen F.*: Clinical allergy, London, 1963.
5. *Kallos P.*: Progress in Aallergology. vol. V., Karger, Basel — New York, 1958.
6. *Prigal S. J.*: Fundamentals in modern allergy, Mc Graw Hill, New York — Toronto, 1960.
7. *Sheldon J. M., Lowell R. C., Mathews K. P.*: Manual of clinical allergy, Saunders, Philadelphia — London, 1967.
8. *Šrenger Ž.*: Doprinis ispitivanju etiologije alergijskih manifestacija prednjeg segmenta oka, Doktorska disertacija, Med. fak. Sveučilišta u Zagrebu, 1969.
9. *Šrenger Ž.*: Konjunktivalni test, Jug. oft. arh. 1/2, 133—138, 1969.
10. *Šrenger Ž.*: Dijagnostičke metode u alergologiji. Rad. Med. fak. u Zagrebu, 18. 225—229, 1970.
11. *Šrenger Ž.*: Odnos pozitiviteta konjunktivalnog testa i pojave eozinofilnih leukocita u spojničnom razmaku kod alergoza respiratornog trakta. Rad. Med. fak. u Zagrebu, 18, 43—48, 1970.
12. *Theodore F. H., Schlossmann A.*: Ocular allergy, Williams and Wilkins, Baltimore, 1958.
13. *Werner M., Ruppert I.*: Praktische allergische Diagnostik, Thieme, Stuttgart, 1968.



ZRELOST DJECE ZA POLAZAK U ŠKOLU U ODNOSU NA DOB I OBUHVAĆENOST PREDŠKOLSKIM VASPITANJEM

SMAILAGIĆ VESNA

Ispitivana je razlika u prosječnom uspjehu, na testu zrelosti djece koja su školski obveznici i djece koja to nisu, ali im je Zakon dao mogućnost ranijeg polaska u školu, te da li postoji razlika u prosječnom uspjehu djece koja su pohađala dječiji vrtić i djece koja nisu.

Dobivene razlike su statistički značajne, te se može zaključiti da treba dozvoliti upis, u skladu sa Zakonom, samo onoj mlađoj djeci koja na testu postižu rezultat jednak ili bolji od prosječnog rezultata starije grupe tj. obveznika i nastojati u što većem broju uključiti djecu predškolske dobi u dječije vrtiće ili zabavišta.

Prelaz iz predškolskog u školski život pretstavlja uključivanje djece u život i rad šire društvene zajednice, dobijanje izvjesnih prava i preuzimanje nekih elementarnih obaveza u toj sredini.

Zrelost ili gotovost djeteta za praćenje nastave je prvi problem koji se javlja u vezi sa početkom školovanja. Zrelost djeteta za školu pretstavlja određeni stupanj fizičkog i psihičkog razvoja. Zahtijeva se tjelesna zrelost koja omogućava izdržavanje napora školskog života (odlazak i povratak iz škole, nošenje tobre, sjedenje u klupi i sl.). Stupanj psihičkog razvoja uključuje dovoljnu govornu, intelektualnu, emocionalnu i socijalnu zrelost, koja će omogućiti redovito praćenje nastave i svakodnevno izvršavanje zadataka bez naročitih teškoća [1].

Utvrđivanje zrelosti za polazak u školu ima svoje teoretske osnove u postavci da, vježbanje u nekoj određenoj aktivnosti, prije nego je nervni sistem i organizam u cjelini dostigao određeni stupanj zrelosti, daje male ili nikakve rezultate. Prerano učenje zahtijeva preveliki trud, napredovanje je sporo a negativne posljedice su: frustracije gubitak interesa i motivacije za učenje uopšte,

Međutim, učenje ne treba previše odlagati. Postoji, dakle, optimalno vrijeme za učenje, i ako se djetetu omogući da uči u to vrijeme, ono će postići daleko bolji uspjeh, nego ako ga se optereti prerano ili uključi prekasno.

Među djecom jednake hronološke dobi, postoje izvjesne individualne razlike u sposobnosti za uspješno savladavanje nastavne građe, a koje su uvjetovane s jedne strane naslijeđenom konstitucijom i sazrijevanjem, a s druge strane poticajima okoline i vlastitom aktivnošću [3].

U praksi je još uvijek rasprostranjen način selekcije djece za upis u prvi razred, prema hronološkoj dobi, iako Zakon o osnovnoj školi predviđa upravo vođenje računa o postojećim individualnim razlikama. Zakonom je određeno da se u školu kao obveznici upisuju djeca koja će do kraja kalendarske godine u kojoj započinju školovanje, navršiti 7 godina, a mogu se upisati i djeca koja će do kraja godine napuniti šest i pol godina, ukoliko Komisija utvrdi da su fizički i psihički sposobni za polazak u školu.

Zakon također, daje mogućnost komisiskog odlaganja upisa djeci školskim obveznicima, koji nisu dostigli dovoljan nivo zrelosti.

Kao članove komisije Zakon predviđa sljedeće profile: ljekar, psiholog i pedagog. Naravno, sve ustanove koje vrše preglede djece za upis u I razred, nemaju ovako sastavljen tim, te se utvrđivanje zrelosti djece za polazak u školu svodi na utvrđivanje fizičke razvijenosti.

Školski dispanzer u B. Luci već punih 12 godina uz preglede ljekara pri upisu u školu, obezbjeđuje i psihološko ispitivanje djece, a od prije tri godine u taj posao su uključena dva psihologa.

Instrumenti koji se u ovakvim ispitivanjima koriste su uglavnom, testovi inteligencije ili testovi zrelosti u širem smislu.

Metode i materijal

a) Da li postoji razlika u prosječnom uspjehu djece rođ. 1970. g. školski obveznici i djece kojima je Zakon dao mogućnost da ukoliko su zreli započnu školovanje sa šest i pol godina,

b) da li postoji razlika u prosječnom uspjehu djece koja su u prethodnoj godini pohađala dječiji vrtić i one djece koja to nisu.

Ispitivanjem je obuhvaćeno 1008 djece iz gradskih škola, budući je za seoske škole korišćen drugi test. Primjenjen je KTZ (test zrelosti) čiju su adaptaciju i standardizaciju za naše uslove izvršili psiholozi iz SR Slovenije i SR Hrvatske.

Test se sastoji iz tri grupe od po 10 zadataka tipa papir-olovka, dakle neverbalni test.

Pouzdanost testa je $r_{tt} = 0,93$, a prognostička valjanost s obzirom na uspjeh u čitanju, pisanju i računanju u I razredu je $r_{tc} = 0,58$.

Broj djece rođene 1970. g. je 771

Broj djece rođene 1971. g. je 237

Broj djece koja su pohađala vrtić je 373, a

Broj djece koja nisu pohađala vrtić je 635.

Rezultati

Za svaku grupu izračunate su aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (σ), a dobivene razlike u srednjim vrijednostima testirane su t-testom.

Svi ovi parametri navedeni su u tabelama 1 i 2.

Tabela 1

Rezultati školski obveznika i mladih

1970 g.	1971 g.	
$N_1 = 771$	$N_2 = 237$	(razlika 3 boda u
$M_1 = 15$	$M_2 = 12$	korist obveznika)
$\sigma_1 = 8$	$\sigma_2 = 9$	

$t = 5,1$ značajan na nivou 1%

Tabela 2

Rezultati djece koja su pohađala vrtić i onih koji nisu

Vrtić +	Vrtić —	
$N_1 = 373$	$N_2 = 635$	(razlika 3,7 boda u
$M_1 = 16,3$	$M_2 = 12,7$	korist djece iz vrtića)
$\sigma_1 = 8$	$\sigma_2 = 8$	

$t = 6,9$ značajan na nivou 5%

Diskusija

Kao što se iz tabele 1. vidi, dobivena je razlika u srednjoj vrijednosti u korist obveznika i ona iznosi 3 boda. Ta razlika je statistički značajna na nivou čak od 1%. Dakle, školski obveznici postižu u prosjeku bolje rezultate od djece koja nisu školski obveznici. Budući je prognostička valjanost testa sa uspjehom u čitanju, pisanju i računanju u I razredu dovoljno visoka (0,58%), to oslanjajući se na rezultate testa, možemo s pravom prognozirati da će djeca koja su zadovoljila na testu zadovoljiti i u školi.

S druge strane, rezultati su pokazali da mlađa djeca u prosjeku postižu slabije rezultate, te s pravom odgađamo upis djeci iz ove grupe koja ne postignu rezultat na testu koji odgovara barem prosječnom rezultatu obveznika.

To znači da mlađa djeca kojima je tempo razvoja nešto brži od tempa razvoja prosječnog djeteta iste hronološke dobi, mogu pohađati školu i udovoljiti zahtjevima nastavnog plana i programa.

Međutim, problem upisa mlađe djece u praksi nije tako jednostavan. Zato se u odlučivanju da li dozvoliti upis mlađem djetetu, svaki pojedini slučaj rješava sa mnogo ozbiljnosti i odgovornosti svakog člana tima.

Kako se iz tabele 2. može vidjeti, prosječni rezultat djece koja su pohađala dječiji vrtić bolji je od prosječnog rezultata grupe djece koja,

da tako kažemo, nisu imala sreću da budu uključena u neku od predškolskih ustanova. Dobivena razlika od 3,6 boda statistički je značajna na nivou 5%.

Zaključak koji se na osnovu ovog rezultata nameće niti je začuđujuć niti je nov. Korist dječijih predškolskih ustanova u odgoju i vaspitanju djece odavno je poznat. Ali, ovi rezultati potvrđuju da iako je sveukupni broj djece koja su pohađala vrtiće mali (u našoj grupi svega 36%), ta korist je evidentna. Te neosporna činjenica je između ostalih sigurno imala utjecaja na organizovanje »mali škola« za školske početnike.

SUMMARY

READINESS OF CHILDREN FOR SCHOOL WITH RESPECT TO AGE AND PRE-SCHOOL EDUCATION

Vesna Smailagić

In our investigations we were concerned with the difference in the average results achieved in school entrance test by the children of school age and those not old enough yet but given the opportunity, by law, to enter school at an earlier age.

We were also concerned with the difference in the average results achieved by the children who had gone to kindergarten and those who had not.

The differences observed are statistically significant, so that it can be concluded that only those under-aged children whose test results are either equal to or better than the average results achieved by the school-age children should be allowed, in accordance with the law, to enter school. Furthermore, as many pre-school children as possible should find their place in kindergartens.

LITERATURA

1. *Furlan I.*: »Gotovost ili zrelost djeteta za školu«, »Pogl. i isk. u reformi školstva«, Zagreb 5/1964.
2. *Petz Boris*: Osnovne statističke metode, Zagreb 1970.
3. *Smiljanić-Colanović Vera*: »Gotovost za učenje«, Nastava i vaspitanje, Beograd, 1—2/1967.
4. Zakon o osnovnom školstvu SRBiH.

NOVOROĐENČAD SA KONGENITALNIM ANOMALIJAMA KOJE ZAHTJEVAJU HITNU HIRURŠKU INTERVENCIJU

ULVIJA DŽINIĆ i PAVAO DŽEBA

Novorođenčad sa kongenitalnim malformacijama kod kojih postoji indikacija za hitnu operaciju su problem za čije rješavanje je potreban multidisciplinarni tim stručnjaka.

U našem materijalu sa takvim anomalijama je bilo 6,27% novorođenčadi u odnosu na ukupan broj rođenih sa malformacijama.

Različitog su i najčešće nepoznatog uzroka.

Prema lokalizaciji najviše je takvih anomalija na CNS i digestivnom traktu.

Takva djeca zahtijevaju posebnu njegu, transport i hitan hirurški tretman.

Hirurške bolesti imaju značajno mjesto u patologiji neonatusa. To su pretežno bolesti iz grupe anomalija, koje povećavaju dojenački morbiditet i mortalitet. U posljednjim decenijama u Jugoslaviji je dojenačka smrtnost znatno smanjena, ali ne i perinatalna [2], koja je i dalje gotovo na istom nivou, ili je neznatno niža. Danas se čine ozbiljni napori da se organizuje i provede što bolja intenzivna njega u neonatalno doba, kako bi se i na taj način uticalo na smanjenje dojenačkog mortaliteta. Razvijene zemlje u kojima je izrazito niska smrtnost imaju i dalje relativno visoku perinatalnu smrtnost. Želja nam je da u našim uslovima konstatujemo koliko se rađa djece sa anomalijama koje zahtijevaju neodložnu hiruršku intervenciju da bi im se spasio život i omogućio normalan psihički i fizički razvoj. Pratili smo i sve druge anomalije na rođenju, ali smo ih izdvojili i posebno opisali. Problem smo posmatrali isključivo sa pedijatrijskog gledišta.

Materijal i metode

U razdoblju od 1974—1976. godine od ukupno 11.012 novorođenčadi izdvojili smo sve sa anomalijama, kojih je ukupno bilo 287. Posebno smo posmatrali one u kojih je indikovana hitna operacija, a takvih je bilo ukupno 18. Podatke smo u pomenutom razdoblju prikupljali permanentno, tj. neposredno nakon poroda i postavljene dijagnoze u prvih 24—48 sati. Od majki smo također odmah uzimali podatke o starosti, zanimanju,

porijeklu, ranijim porodima, abortusima, zdravstvenom stanju prije i u toku trudnoće, eventualnom liječenju kao i zračenju u toku posljednje trudnoće.

Rezultati

U posljednje tri godine u našem porodilištu je porođeno ukupno 11.012 djece. Od toga je sa raznim malformacijama bilo 287 (2,6%), a od tih 18 (6,27%) sa anomalijama kod kojih je bio indikovani hitan hirurški tretman.

Prema lokalizaciji to su:

Meningomyelocoele ili meningoencephalocoele	— — — — —	9
Eventratio organorum	— — — — —	4
Atresio ani et recti	— — — — —	3
Atresio ani	— — — — —	1
Omphalocela	— — — — —	1

Muške novorođenčadi sa takvim anomalijama je bilo 12 (66,7%).

Najčešće su to bila djeca primipara 10 (55,5%), sekundipara 6 (33,3%) i multipare.

15 djece (77,7%) je donešeno, a 4 su prematurusi.

Najviše djece sa anomalijama rodile su majke domaćice 11 (61,1%). Od majki radnica bilo je 4, a službenica 3 djeteta. Prosječna starost majki iznosila je 23 god.

Sa sela ih je bilo 12 (66,6%). Tri majke imale su abortus prije poroda djeteta sa anomalijom. Rentgenski su za vrijeme trudnoće pregledane dvije majke, a 4 u anamnezi navode da su bolovale u toku trudnoće. Lijekove je u toku posljednje trudnoće uzimalo 6 majki.

Sva djeca su u toku prvi 24—48 sati nakon poroda upućena na operaciju. Na hirurškom odjelu u Banja Luci operisano je dvoje djece sa eventracijom. Oboje je exitiralo nakon zahvata. Ne zna se ishod novorođenčeta operisanog od omphalocele.

Od troje djece sa myelomeningocelom, koliko ih je operisano na našem neurohirurškom odjelu, kod jednog se razvio hidrocephalus i exitiralo je, a dvoje djece je živo i redovno se kontrolišu.

Sva ostala djeca su upućena na kliniku u Zagreb, ali o ishodu operacije i sudbini djece ništa ne znamo.

Ranije su sva novorođenčad za hitnu operaciju bila upućivana na kliniku, pa i u prvom djelu ovog razdoblja od tri posljednje godine, međutim sada se sve više takve djece tretira u našoj ustanovi.

Svjesni smo da je posmatrani period kratak, a broj novorođenčadi mali da bi na osnovu toga mogli izvlačiti vrijedniji zaključci. Namjera nam je da problem i dalje pratimo i uz saradnju sa drugima, koji također rade na njegovom rješavanju, damo svoj doprinos. Mislimo da bi to bilo od znatne koristi i djeci i društvu u cjelini.

Diskusija

Djeca sa urođenim anomalijama su medicinski, socijalni i društveni problem.

Novorođenčad kod kojih treba najhitnije intervenisati su ona koja imaju urođenu anomaliju koja kompromituje disanje, kao što su atrezija ezophagusa, ezophagotrachealna fistula, pneumotorax, dijafragmalna hernija i dr.

Značajnu grupu čine i novorođenčad sa anomalijama na digestivnom traktu, a najozbiljniju smetnju, ustvari inkopatibilnu sa životom, čine atrezije.

Dosta su česte urođene promjene na CNS, koje zahtijevaju hitan hirurški tretman (spina bifida, Hydrocephalus). Značajne su zatim i anomalije urinarnog trakta i dr. Može se reći da ne postoji ni jedan tkivni sistem ili organ u kojem se ne bi mogla razviti kongenitalna anomalija, koja više ili manje ugrožava život [5].

Rješavanje pomenutih problema zahtijeva multidisciplinarni tim, sastavljen od dječijeg hirurga, akušera, pedijatra neonatologa, patologa, biohemičara, anesteziologa i posebno obučene sestre, a sve u sklopu dobro organizovane i opremljene intenzivne njege. Istina, to sve iziskuje specifičnu opremu i dosta materijalnih sredstava.

Rezultate slične našima našli smo i u literaturi. Tako su na primjer u Ginekološko-akušerskoj klinici u Beogradu u tri godine na 18.849 novorođenih imali 258 sa različitim anomalijama, a 16 (6,2%), su imali sa kliničkom slikom koja je zahtijevala hitnu hiruršku intervenciju. Najviše od tih su imali novorođenčadi sa ileusom, i atreziom anusa i rektuma [4].

U Institutu za zaštitu majke i djeteta SR Srbije, a u razdoblju od 1969—1974. god. od kongenitalnih anomalija koje zahtijevaju neodložnu operaciju, imali su najviše atrezije ezophagusa (15%), spinu bifidu 8,2%, malrotaciju crijeva 5,5% itd. Autori ističu da je u postavljanju dijagnoze, transportu i tretmanu danas povoljnija situacija, zahvaljujući većem broju ljekara, i to onih koji su prošli postdiplomsku nastavu [1].

Na Medicinskom fakultetu u Nišu su od 1971—1973. god. od 10.697 porođaja imali 33 novorođenčeta sa anomalijama, od kojih je 11 operisano [3].

Svi autori ističu da je problem značajan i da zaslužuje pažnju.

Naglašava se potreba [1] da se novorođenčad koja zahtijevaju hitan hirurški tretman, zbrinjavaju u ustanovi koja ima potreban iskusan kadar i odgovarajuću opremu.

Mislimo da je opravdano da i naš centar kao regionalna zdravstvena ustanova ima takve uslove.

SUMMARY

NEWBORN WITH CONGENITAL ANOMALIES REQUIRING
URGENT SURGICAL TREATMENT*Ulvija Džinić and Pavao Džeba*

Newborn with congenital malformations indicative of urgent operative treatment present a problem the solution of which requires a coordinated action of a multi-disciplinary team of experts.

Out of the total number of the newborn with malformations considered, 6,27% were affected by anomalies of this kind.

The anomalies were of various and in most cases unknown origin.

With respect to locality of the anomalies were found in the central nervous system and and the digestive tract.

Children with such anomalies require special care, transportation and urgent surgical treatment.

LITERATURA

1. *Bešović I., Bajec D., Cvetanović S., Hrnjak V., Zamlakar D., i Pavlović P.*: Problemi dijagnostike i hirurškog liječenja novorođenčeta sa urođenim manama; Zbornik radova Drugog jugoslavenskog kongresa o anomalijama, 1976.
2. *Curčić B., Stojakov N., Nikulin A., i Vujisić Z.*: Smrtnost od kongenitalnih malformacija u novorođenačkom periodu; Kongenitalne anomalije III, 1976.
3. *Dimić N., Pavlović, Ivković Lj., Pešić M., Stevanović D.*: Novorođenče izloženo visokom riziku potreba za hitnu hiruršku intervenciju; Zbornik radova sa VII ginekološko-akušerskih dana 1974.
4. *Ljubomir Lopčić i Slavka Durutović-Gligorović*: Reanimacija i rana dijagnoza novorođenčadi sa kongenitalnim malformacijama koje zahtjevaju hitnu hiruršku intervenciju; Zbornik radova 1974.
5. *Stojanović V. K. i Tačević Z.*: O nekim kongenitalnim anomalijama u našoj hirurškoj praksi; Kongenitalne anomalije III Galenika 1976.

DISECIRAJUĆA ANEURIZMA ARTERIAE CEREBRI POSTERIOR

BRANKO PIKULA, JOVAN DIMITRIJEVIĆ, PAVLE PLAMENAC,
MIRZA KAHVIĆ I RISTO BOKONJIC

U 76-godišnje bolesnice na desnoj arteriji cerebri posterior nađena je disecirajuća aneurizma u području arteriosklerotično promjenjenog i aneurizmatički proširenog dijela krvnog suda. Nastanku disekcije i pojavi neuroloških ispada prethodilo je puštanje srčane radnje koje je ujedno dovelo i do smrtnog ishoda. Mehanizam nastanka disekcije se diskutuje na bazi medionekroze uzrokovane padom krvnog pritiska, te potencira vrlo rijetka lokalizacija aneurizmi uopšte, a posebno disecirajućih, u navedenoj moždanoj arteriji.

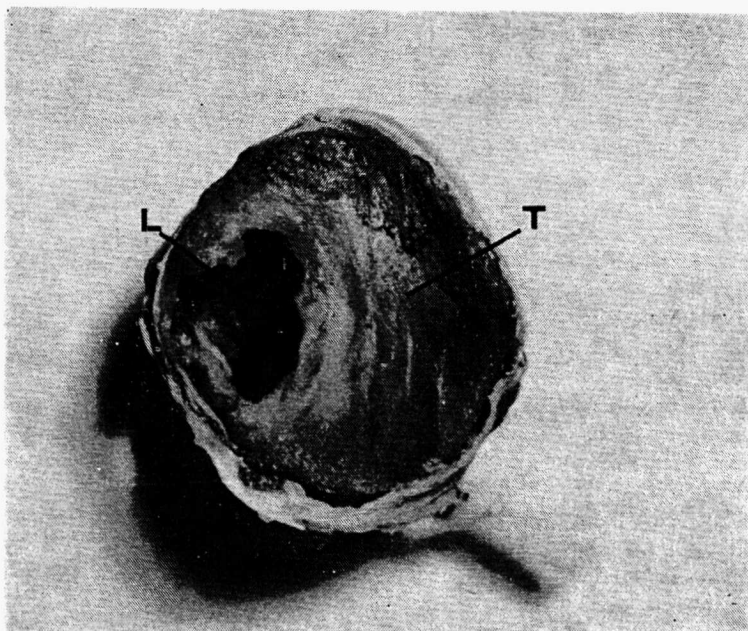
Arterioskleroza je čest uzrok disecirajućih aneurizmi aorte [3, 9, 11, 12]. Međutim, arterioskleroza manjih arterija, skoro po pravilu, dovodi do suženja i tromboza krvnih sudova a vrlo rijetko do stvaranja disecirajućih aneurizmi [7, 8, 9, 11, 13]. Opisani su pojedinačni slučajevi disecirajućih aneurizmi koronarnih arterija [1, 6, 11, 19], renalnih arterija [2, 15, 21], hepatičnih arterija [4, 10] te multiplih disekcija arterijskih sudova [2], ali se arterioskleroza svrstava među manje važne etiološke faktore, a mnogo više se potenciraju poremećaji u razvoju stijenke krvnih sudova [3, 7, 14, 22]. Malobrojni opisani slučajevi disekcije cerebralnih krvnih sudova, kojih je prema podacima Dourov-a i Flament-Durand-a [7] do 1975. godine bilo 27, dozvoljavaju nam da izdvojimo rijetke slučajeve u kojih je krvarenje u području ateroma upućivalo na arteriosklerotičnu genezu disekcije [7, 8, 17]. Drugi autori ističu medionekrozu [7, 11, 17], anomalije lamine elastike [7, 14, 22], homocistinuriju [5] ili kao što su Pikula i saradnici [18] istakli hipoksičnu leziju endotela sa hemodisekcijom. Većina opisanih disekcija cerebralnih krvnih sudova su nađene na a. cerebri mediji te truncus basilaris-u. Ako se uzme u obzir podatak Locksley-a [14] da svega 0,8% svih aneurizmi cerebralnih arterija imaju lokalizaciju na a. cerebri posterior, možemo konstatovati da je disecirajuća aneurizma arteriosklerotične geneze ovog krvnog suda raritet.

Prikaz bolesnika

Bolesnica Š. B., 76 godina (Istorija bolesti 1650/75) u posljednjih nekoliko godina liječena od arteriosklerotičnih komplikacija na srcu, koje su pored dekstrokruralnog bloka završavale sa znacima srčane

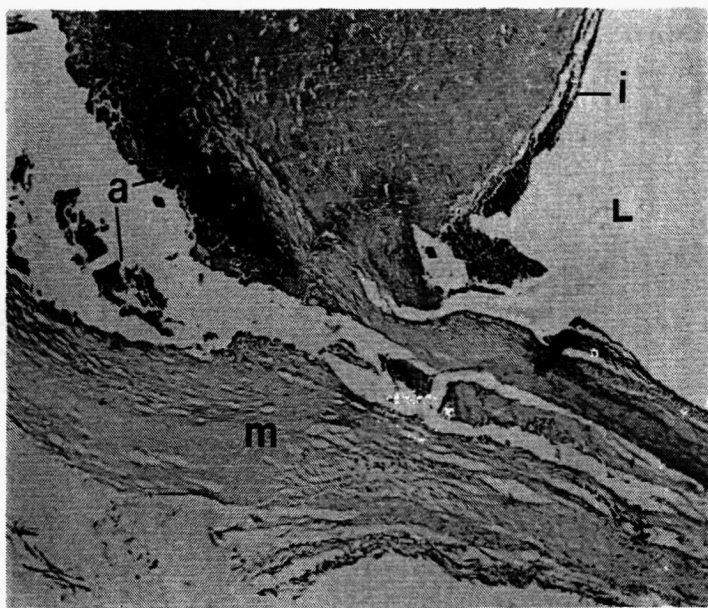
dekompenzacije. Uz simptome opšte slabosti, bezvoljnosti sa usporenim govorom i krvnim pritiskom 80/60 mm Hg, te pulsom 45/min. tretirana kardiotonicima da bi se nakon kratkotrajnog poboljšanja pojavila hemipareza lijeve strane radi čega je i primljena na Neuropsihijatrijsku kliniku Medicinskog fakulteta u Sarajevu. U neurološkom statusu se zapaža midrijaza desne zjenice, devijacija desnog očnog bulbusa udesno uz cerebralnu hemiparezu lijevo te pozitivan Babinski na istoj strani. Znaci dekompenzacije srca, prisutni pri prijemu, se pogoršavaju te uz ureu od 168 mg% bolesnica umire nekoliko sati nakon prijeme usljed popuštanja srčane radnje.

Obdukcioni nalaz (broj 436/75 Institut za patologiju Sarajevo). Pored teške opšte arterioskleroze, abscedirajućeg gnojnog pielonefritisa, gnojne upale bronha i bronhiola te obostrane upale pluća, na krvnim sudovima baze mozga se dijelom nađu ateromatozna zadebljanja zidova i suženja lumena. U predjelu desne arteriae cerebri posterior nađe se kuglasto proširenje veličine lješnika u kome se na presjeku zapaža raslojavanje medije te medije i adventicije uz djelomično očuvan lumen suda (Slika 1.). U serijskim histološkim rezovima zapaža se da je prostor

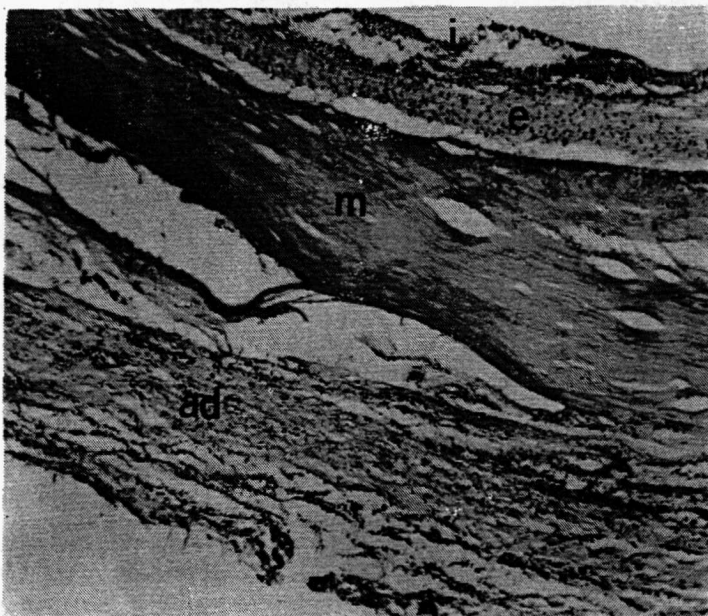


Slika 1. Makroskopski izgled aneurizme na presjeku. L — očuvani dio lumena, T — trombotični materijal u raslojenom zidu suda.

između raslojenih dijelova krvnog suda mjestimično ispunjen trombotičnim materijalom u organizaciji, a mjestimično svježim trombotičnim materijalom i eritrocitima (Slika 2.). Pored toga se na granici intime i medije nailazi na odlaganje lipidnih materija i kalcijevih soli što upućuje na arteriosklerotičnu leziju u području disekcije (Slika 2.). U dijelovima gdje disekcija suda nije kompletna vide se manje pukotine lamelarnih struktura ispunjene eritrocitima (Slika 3.).



Slika 2. Histološki rez kroz aneurizmu (HE, 125 x). L — očuvani dio lumena suda, i — dio intime koja je odvojena od m — medije u kojoj se nalazi a — aterom dijelom sa odloženim solima kalcija, t — trombotični materijal u prostoru disekcije.



Slika 3. Histološki rez kroz nepotpuno disecirani dio zida na rubu aneurizme (HE, 125 x). i — intima, e — eritrociti na mjestu početnog raslojavanja, m — medija, ad — adventicija.

Diskusija

Pored rijetke lokalizacije aneurizmi na arterii serebri posteior [14] posebnu pažnju zaslužuje objašnjenje mehanizma nastanka disekcije koji je prema našem mišljenju u uskoj vezi sa arteriosklerotično promjenjenim zidom krvnog suda. Naime, odsustvo anamnestičkih podataka i neuroloških ispada u periodu koji je prethodio naglom pogoršanju, koje je završilo letalno, ukazuje da je srčana dekompenzacija, praćena vrlo niskim krvnim pritiskom, u prethodno oštećenom krvnom sudu dovela do medionekroze sa prodorom krvi kroz lediranu intimu i raslojavanjem zida krvnog suda uz sekundarnu trombozu te jako suženje lumena suda koje je rezultiralo opisanim neurološkim ispadima. Svakako da će ostati dijelom otvoreno pitanje da li je prije disekcije na istom mjestu postojalo aneurizmatsko (cilindrično ili vrećasto) proširenje krvnog suda jer ne dostaju anamnestički podaci o neurološkim smetnjama a nema ni ranijih arteriografskih nalaza. Obzirom na veličinu opisane aneurizme, najvjerojatnije je do disekcije došlo u već prethodno aneurizmatski proširenom sudu, pri čemu je naglo povećanje volumena uzrokovano prodorom krvi u stejnku dovelo do ispada okulomotorijusa na istoj strani, usljed pritiska, a tromboza do ishemije mozga koja se manifestovala kontralateralnom hemiparezom, što su prema nalazima u literaturi [16, 20] karakteristični simptomi.

Ovakva interpretacija nastanka disekcije na bazi arterioskleroze, patogenetski je identična mehanizmu nastanka disekcije aorte [9, 11, 12], a rijetko je opisivana i u manjim krvnim sudovima [7, 8, 13]. Medionekroza sama po sebi predstavlja jedan od važnih uzroka nastanka disekcije [7, 17] a razvija se i kao posljedica naglog pada krvnog pritiska, što je već davno u eksperimentima na kunićima, pri izazivanju ortostatskog kolapsa, utvrdio de Faria [6]. Imajući u vidu rijetku lokalizaciju aneurizmi na arterii cerebri posterior te opisani mehanizam nastanka disekcije, smatramo da je prikazani slučaj vrijedan pažnje te da se nakon stanja sa niskim krvnim pritiskom, koje duže traje, mogu očekivati medionekroze sa stvaranjem disekcija naročito na sudovima koji su prethodno zahvaćeni arteriosklerotičnim procesom.

LITERATURA

1. *Asuncion C. M., Hyn J.*: Dissecting intramural hematoma of the coronary artery in pregnancy and the puerperium. *Obstet. Gynecol.* 40, 202—210, 1972.
2. *Boquist L., Berg P.*: Multiple dissecting aneurysms in peripheral arteries. *J. Path.* 100, 145—148, 1970.
3. *Brass K.*: Bilaterale Hirnerweichung bei bilateralen dissezierenden Aneurysmen der Carotis internae intrapartum. *Virchows Arch. Abt. A. path. Anat.* 349, 163—169, 1970.
4. *Callicott J. H., Hoke H. F.*: Dissecting aneurysm of the common hepatic artery. *Arch. Path.* 85, 681—685, 1968.
5. *Campiche R., Anzil A. P., Zander E.*: Anévrysme dissequant du tronc basilaire. *Arch. suisses Neurol. Neurochir. Psych.* 104, 209—223, 1969.

6. *de Faria L. J.*: Histopathological changes in the coronary arteries following shock or hypotension in man. Their relation to thrombosis and atherosclerosis. *Path. Microbiol. (Basel)* 26, 385—398, 1963.
7. *Dourov N., Flament-Durand J.*: L' hémidissection pariétale oblitérante des vaisseaux intracraniaux chez le sujet jeune. *Ann. Anat. pathol. Paris*, 20, 7—22, 1975.
8. *Friedman M., Byers S. O., Brown A. E.*: Induction of hemorrhage in pre-existing arterial plaques. *Amer. J. Path.* 47, 447—455, 1965.
9. *Gore J.*: Evolution of the atherosclerotic plaque. Univ. Chicago Press, Chicago, 1963
10. *Guerrero C. E.*: Primary dissecting aneurysm of the hepatic artery. *Arch. Path.* 89, 569—573, 1970.
11. *Guthrie W., Maclean H.*: Dissecting aneurysms of arteries other than aorta. *J. Path.* 108, 219—235, 1972.
12. *Hirst A. E., Johns V. J., Kime S. W.*: Dissecting aneurysm of aorta: review of 505 cases. *Medicine* 37, 217—279, 1958.
13. *Isler W.*: Sammlung psychiatrischer und neurologischer Einzeldarstellungen. Thieme, Stuttgart, 1969.
14. *Locksley H. B.*: Natural history of subarachnoid hemorrhage, intracranial aneurysms and arteriovenous malformations. *Neurosurg.* 25, 219—239 et 321—368, 1966.
15. *Nikulin A., Marković B.*: Primarna dissecirajuća aneurizma interlobarne arterije bubrega. *Med. arhiv*, 29, 609—613, 1975.
16. *Paillas J. E., Combaldert A., Pellet W.*: Symptomatologie des anévrysmes artériels intracrâniens. *Rev. prat.* 37, 4075—4095, 1967.
17. *Périer O., Brihaye J., Dhaene R.*: Hémidissection pariétale oblitérante («anévrisme disséquant») de l'artère basilaire. *Acta neurol. belg.*, 66, 123—141, 1966.
18. *Pikula B., Plamenac P., Ferković M.*: Anévrysme disséquant (hématome disséquant) d'une artère cérébrale après un effort physique intense. *Rev. Neurol., Paris*, 128, 125—130, 1973.
19. *Smith J. Ch.*: Dissecting aneurysms of coronary arteries. *Arch. Path.*, 99, 117—121, 1975.
20. *Soni S. R.*: Aneurysms of the posterior communicating artery and oculomotor paresis. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.*, 37, 475—484, 1974.
21. *Tuquan N. A.*: Primary dissecting aneurysms of the renal artery. *J. Path. Bact.*, 89, 369—370, 1965.
22. *Wildi E.*: Anatomie pathologique des vaisseaux cérébraux. *Ophtalmologica (Basel)* 167, 193—223, 1969.



POVODOM DVA SLUČAJA BINAZO-BITEMPORALNOG PTERIGIJA

MUSTAFA SEFIĆ I ALEKSANDAR PIŠTELJIĆ

U radu smo prikazali naše desetogodišnje iskustvo s pterigijem, uz posebni osvrt na dva veoma interesantna i rijetka kazusa s binazo-bitemporalnim pterigijem. Pokušali smo djelimično osvijetliti etiologiju i histopatogenezu ove bolesti. Zaključili smo da je ona kompleksne prirode i da su u njoj od utjecaja ne jedan već više ranije spomenutih faktora.

Dva interesantna slučaja binazo-bitemporalnog pterigija su nam bili povod da malo više pažnje posvetimo etiologiji i patogenezi pterigija, bolesti poznatoj od davnina još iz doba Hipokrata i dr. Ali, usprkos činjenici da se za ovu bolest zna više od 3.000 godina, do danas su njena etiologija, patogeneza, pa i liječenje, samo djelimično riješeni [8, 19].

Kliničku sliku i histološku građu pterigija opisali su brojni autori. Bolest je klinički karakterizirana triangularnom duplikaturom konjuntive koja se, idući preko limbusa, navlači na rožnicu, a histološki, stvaranjem Fuchsovih otočića u blizini Bowmannove membrane sa njenim razaranjem i bujanjem vezivnog tkiva ispod epitela, što poprima degenerativni karakter u području glave pterigija [8, 18, 27].

Bolest se najčešće javlja u sunčanim i suhim predjelima svijeta, gdje ima mnogo prašine, na geografskim dužinama 37° sjeverno i južno od ekvatora [3, 5, 8, 9, 11, 12, 18—21, 23, 25, 33].

Subjektivne smetnje su u početku uglavnom kozmetske naravi sa nešto češćim iritacijama konjuntive. U kasnijoj fazi dolazi do smetnji u vidu, katkad i dvoslika, a u vrlo uznapredovalim i zapuštenim slučajevima čak i do sljepila.

Materijal

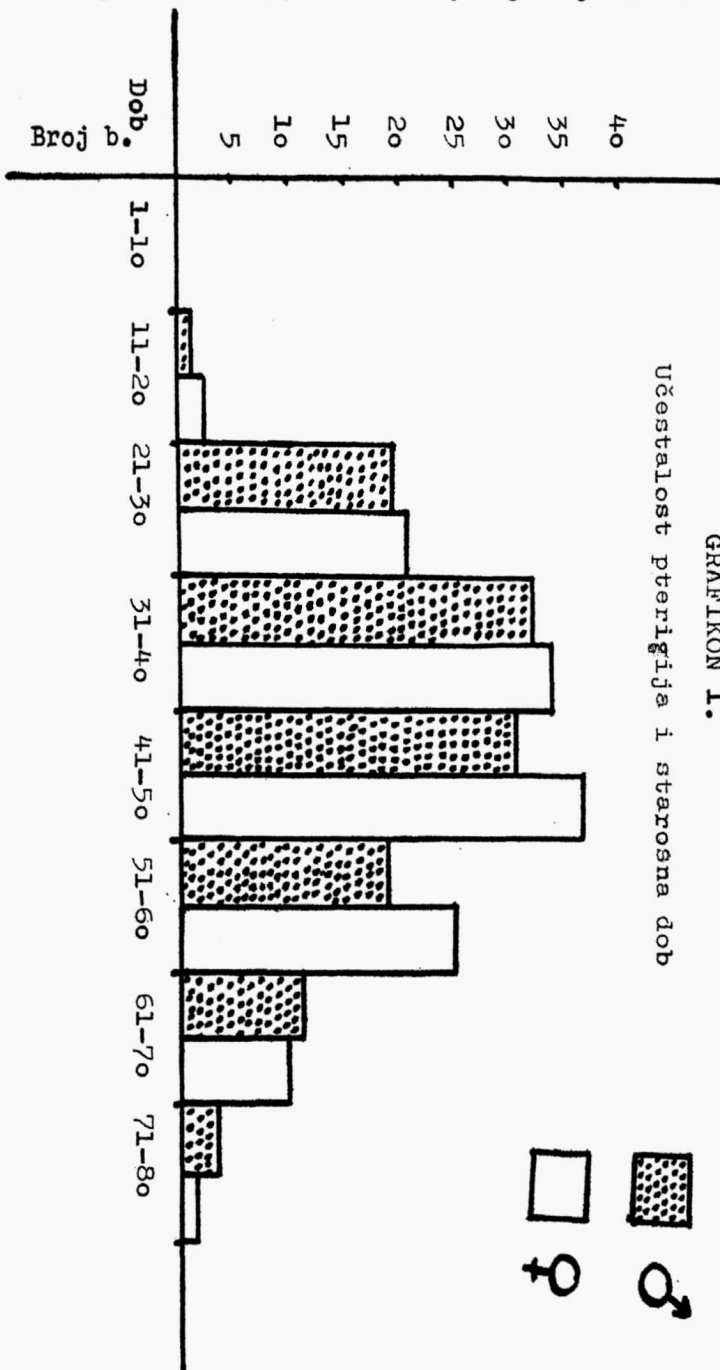
U periodu od 1967. do 1976. godine (zaključno s mjesecom oktobrom) imali smo 245 slučajeva pterigija, što predstavlja 2,03% svih hospitaliziranih.

Ustanova:
Regionalni medicinski centar
OOUR Kirurške službe
78000 Banja Luka

Adresa prvog autora:
Dr sci. Mustafa Sefić
78000 Banja Luka
Regionalni medicinski centar
Ul. Z. Korde br. 1

Rad referiran na II oftalmološkim danima Bosne i Hercegovine u Tuzli (1976).

ranih bolesnika u Oftalmološkoj službi Regionalnog medicinskog centra u Banjaluci. Od toga je bilo 28 (11,4%) bolesnika s recidivom, a prvi put se recidiv javio u 20 (8,2%) bolesnika. U jednog našeg bolesnika došlo

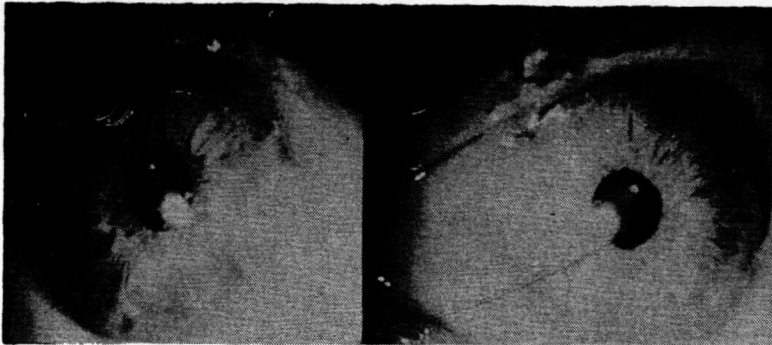


je do maligne alteracije u carcinoma planocellulare conjunctivae. Zastupljenost po spolu bila je približno jednaka (muških 116, ženskih 129), a najčešća učestalost je bila u starosnoj dobi od 30 do 50 godina (Grafikon 1). Nismo primijetili razliku u pojavljivanju pterigija s obzirom na godišnje doba, niti desnu ili lijevu stranu. Svi naši bolesnici su podvrgnuti kirurškom liječenju, najčešće operativnom zahvatu po Arltu. Načine liječenja smo prikazali na tabeli 1.

TABELA 1.
PRIMJENJENA VRSTA LIJEČENJA PTERIGIJA

Vrsta liječenja	Op. Arlt	Op. M. Raynold	Op. Arruga	Keratoplastica lamellaris	Plastica mucosae oris	Zračenje	Ukupno
Broj bolesnika	191	34	11	1	5	3	245
%	77,8	13,8	4,5	0,4	2,0	1,2	100

Dva naša bolesnika su imali po četiri pterigija, na svakom oku po jedan s nazalne i po jedan s temporalne strane, s tim što su oni s nazalne strane bili osjetno veći (slika 1 i 2). Prvi je imao 63, a drugi 52



godine života, po zanimanju zemljoradnik i radnik. Ovo su upravo zanimanja u kojih smo imali daleko najviše pojava pterigija. Jedan od spomenuta dva bolesnika je pomoću klizajućeg reznja po Arrugi podvrgnut operativnom zahvatu i u postoperativnom periodu od tri godine nije došlo do pojave recidiva. Drugi bolesnik nije pristao na operativno liječenje.



Diskusija

Klinička slika pterigija je jasna i dijagnoza se lako postavlja. Najčešće ga nalazimo u predjelu rime palpebrarum na nazalnoj strani, nešto ispod horizontalnog meridijana, često i bilateralno. Rjeđe se javlja temporalno, izolirano temporalno sasvim rijetko [8]. Kod jednog bolesnika veoma rijetko se našu četiri pterigija [8, 10, 22, 29, 31]. Takva dva bolesnika s binazo-bitemporalnim pterigijem, koga *Duke-Elder* [8] naziva dvostrukim bilateralnim pterigijem, prikazali smo i mi i bili su nam povod da malo više pažnje obratimo na ovu bolest, posebno na njenu etiopatogenezu.

Klinički razlikujemo dva oblika pterigija i to progresivni, crveni oblik, koji se pojavljuje u ranijim dobnim skupinama i koji često recidivira, i drugi, stacionarni, blijedi, atrofični oblik, koji se pojavljuje u starijim dobnim grupacijama i bolje reagira na kirurški tretman *Kerkenezov* [17] i *Cameron* [3] su mišljenja da se tu radi samo o različitim fazama prirodnog razvoja pterigija.

Što se tiče etiologije pterigija postoji mnogo različitih mišljenja. Još 1.000 p.n.e. *Susruta* [33] je smatrao deficitarnu ishranu za etiološki faktor u nastanku pterigija. O pterigiju, zatim, pišu Hipokrat, Galen, Celsus, Aetius i dr. [19, 20, 21].

Međutim, u 19. stoljeću se posebno mnogo raspravlja o pterigiju i različiti autori ga dovode u vezu s kroničnom upalom konjunktive [11, 13, 16, 26, 28], zatim duplikaturom konjunktive koja je adherentna na kornealni ulkus [1], s neoplastičnom teorijom [24, 30], s »vibrionom« spora nađenih u glavi pterigija [23], s herpetičnim ulkusom [32], s konjunktivalnim naborima, koje nalazimo kod starijih ljudi [2] i dr. Ove teorije nisu, međutim, potvrdili kasniji autori. One nisu mogle objasniti njegovu geografsku rasprostranjenost.

Fuchs [12], »otac pterigija«, je 1892. godine, slično Richteru [25], smatrao da pterigijumu uvijek prethodi pingvekula, dok su neki drugi autori [3, 7, 15] pokazali da se pterigij može pojaviti i neovisno od pingvekule, ali da je on povezan sa specifičnim degenerativnim promjenama rožnice.

Mnogi autori [4, 5, 8, 9, 18, 20, 31] su pokazali da je znatno veća učestalost pterigija u toplim, suhim i prašnjavim predjelima gdje ima dosta toplih vjetrova. Drugi autori su ukazali na važnost infracrvenog zračenja, koje se reflektira od zemljine kore [5], kao i ultravioletnog zračenja [3, 14, 16, 17, 34, 35], a neki su ga povezali s ishranom [4, 33], kroničnim konjunktivitisom [11, 13, 28] i keratokonjunktivitisom [16]. Doherty [6] je, čak, smatrao da je pterigij, u stvari, nadoknada prirode za niktacionu membranu životinja. Duke-Elder [8] i Kerkenezov [17] su mišljenja da i hereditet ima utjecaja i da se naslijeđuje dominantno ne bolest već predispozicija za nju. Zanimljivo je ovo mišljenje uporediti sa stanjem u okolini Banjaluke, u Prnjavoru, gdje živi 18 različitih nacija i među kojima postoji jednolika rasprostranjenost pterigija, bez obzira na nacionalnu pripadnost.

Iz svega do sada izloženog možemo zaključiti da je etiopatogeneza pterigija kompleksne prirodne i da su u njoj od utjecaja mnogi od ranije spomenutih faktora.

SUMMARY

ON TWO CASES OF BINASO-BITEMPORAL PTERYGIUM

Mustafa Sefić and Aleksandar Pišteljić

In this paper the authors wanted to present their ten years experience concerning pterygium, with a special consideration of two very interesting and rare cases of binaso-bitemporal pterygium. They also tried to throw some light on the aetiology and histopathogenesis of this disease. They concluded the disease to be of a complex nature and determined by not only one but by a number of factors mentioned in the paper.

LITERATURA

1. *Arlt R.*: cit. Redslöb i Mèrigot de Treigny.
2. *Bond C. J.*: Note on the origin of pterygium and ulcers of the cornea. *Ophthal. Rev.* 8, 161—162, 1889.
3. *Cameron M. E.*: Pterygium throughout the world. C. C. Thomas, Springfield, Illinois, 1965.
4. *Dimitry J. T.*: The diet factor in the production of pterygium. *Amer. J. Ophthal.* 20, 40—44, 1937.
5. *Diponegro R. M. A., Houwer A. W. M.*: Statistički prilog u proučavanju etiologije pterigija. *Folia Ophthal. Orient.* 2, 195—210, 1936.
6. *Doherty*: cit. Saif i sur.
7. *D'Ombrain A.*: The surgical treatment of pterygium. *Brit. J. Ophthal.* 32, 65—71, 1948.
8. *Duke-Elder S.*: System of ophthalmology, Kimpton, London, vol. 8, 573—576, 1965.
9. *Elliot R.*: The aetiology and pathology of pterygium. *Trans. Soc. Aust.* 25, 71—74, 1966.
10. *Fernandez-Repeto*: cit. Duke-Elder.
11. *Friede R.*: Die Pathogenese des echten Pterygiums. *Acta Ophthal. Kbh.* 27, 507—517, 1949.

12. *Fuchs E.*: Über das Pterygium. Arch. Ophthal. 38, 1—7, 1892.
13. *Gerundo M.*: The aetiology and pathology of pterygium. Amer. J. Ophthal. 34, 851—856, 1951.
14. *Gillan J. G.*: The cornea in Canada's Northland. Canad. J. Ophthal. 5, 146—151, 1970.
15. *Hubner W.*: Der Lidspaltenfleck. Arch. Augenheilk. 36, 70—91, 1898.
16. *Kamel S.*: The pterygium, its aetiology and treatment. Amer. J. Ophthal. 38, 682—688, 1954.
17. *Kerkenezov N. A.*: A pterygium survey of the Far North Coast of New South Wales. Trans. Ophthal. Soc. Aust. 16, 110—119, 1956.
18. *Mérigot de Treigny C.*: Le ptérygion.: Bull. Soc. Ophthal. Paris. 45, 722—732, 1933.
19. *Pavišić Z.*: Oftalmologija, Medicinska knjiga, Beograd—Zagreb, 1971.
20. *Peckar C. O.*: The aetiology and histo-pathogenesis of pterygium. Doc. Ophthal. 31, 141—157, 1972.
21. *Pišteljić A., Miljević J.*: Učestalost pterigija na Očnom odjeljenju Banja Luka. Scripta Medica. 1/2, 31—34, 1972.
22. *Pišteljić A.*: Slučaj binazo-bitemporalnog pterigija, Jug. Oftalm. Arh. u štampi.
23. *Poncet F.*: Du ptérygion. Arch. Ophthal. aPris. 1, 21—44, 1880.
24. *Redslob E.*: Contribution á l'étude de la nature du ptérygion. Ann. Occulist. Paris. 170, 42—48, 1933.
25. *Richter*: cit. Saif. i sur., Redslob i Peckar.
26. *Saif S., El Gammal Y., Barrada A., Mahfouy M. M.*: Ispitivanje epidemiologije pterigija i njegovih etioloških faktora u U.A.R. Bull. Ophthal. Soc. Egypt. 60, 539—554, 1967.
27. *Sasso B.*: Doprinos operativnoj tehnici pterigija. Acta Ophthal. Iug. 3, 274—279, 1975.
28. *Scarpa A.*: cit. Poncet.
29. *Schmoeger*: cit. Duke-Elder.
30. *Schreiter*: cit. Mérigot de Treigny.
31. *Sedan D., Sealy R.*: Sur le ptérygion — ptérygion et trachome. Marseille Med. 69, 365—366, 1932.
32. *Stellwag-Carion K.*: cit. Poncet.
33. *Susruta*: cit. Saif i sur.
34. *Youngson R. M.*: Pinguecula and pterygium in Caucasians in Singapore. J. Royal Army Med. Corps. 116, 117—121, 1970.
35. *Youngson R. M.*: A case of artificial ultra-violet light-induced pterygium. J. Royal Army Med. Corps. 116, 126—130, 1970.

MIKSOM LIJEVOG ATRIJA

JOVO DESANČIĆ

Tumori srca i perikarda dijele se na primarne i sekundarne. Primarni tumori mogu biti benigni i maligni po svojoj histološkoj strukturi, ali s obzirom na lokalizaciju i benigni tumori, zbog ugrožavanja života, mogu u jednoj fazi svoga razvoja, postati maligni, i dovesti do egzitusa. Osim ovih tumora, srca i perikard, mogu biti mjesto metastaziranja tumora iz okoline, kao što je bronhijalni karcinom ili sa udaljenih mjesta, kao što su slučajevi generalizovanog melanoma, leukemičnih infiltrata, Hočkinove bolesti itd.

S obzirom na lokalizaciju, primarni tumori srca i perikarda mogu biti lokalizovani: intrakavitarno, intramuralno ili u perikardu intraperikardialno.

Kliničke manifestacije primarnih i sekundarnih tumora srca i perikarda su zavisne o histološkom tipu tumora, njegovoj veličini, poziciji tumora, sesilnosti i pedunkularnosti tumora.

Miksomi su najčešći primarni kardijalni tumori, benigni po svojoj histološkoj građi, embrionalnog, mezenhimalnog porekla.

Miksoma je građen od sluzavog tkiva.

Poznato je da je sluzavo tkivo predstadijum masnog tkiva i da se kod fetusa nalazi tamo gdje će doznije doći masno tkivo. On se razvija od ćelija koje perzistiraju u organizmu usljed zaostatka embrionalnih sluzavih ćelija. Čist miksom je veoma rijedak tumor, ali u kombinaciji sa drugim tkivom javlja se češće.

Najčešće je udružen sa lipomima-lipomyxoma, a zatim može biti u obliku myxochondroma, myxochondrosarcoma, myxochondroosteosarcoma itd. Miksom je učauren i raste ekspanzivno, čvornovat je i reznjast, mekane konzistencije. Njegova lokalizacija je tamo gdje ima masnog tkiva, a pored toga, ako je udružen sa drugom vrstom tkiva i tamo gdje se nalazi tkivo sa kojim je udružen. Veličina dostiže nekada do veličine muške pesnice. Obuhvata 50% primarnih tumora srca. Miksom se najčešće nalazi u atrijsima i to 75% u lijevom, a 25% u desnom. U skoro svakom slučaju tumor je polipoidan i hvata se peteljkom za foramen ovale ili njegovu ivicu. Miksom izuzetno rijetko zahvata multiplo šupljine srca. Prema dostupnoj literaturi do sada je referisano 10 slučajeva bilateralnog atrijsalnog miksoma.

Mikroskopski miksom je sazdan od malog broja ćelija, one su velike, često zvjezdolike, multinuklearne, bez mitoze i sadrže malo vaskularnog

tkiva, hemoragije, limfocita, plazmocita, mucinoznog materijala i kolagena. Od primarnih tumora srca, po učestalosti, iza miksoma dolaze sarkomi. Oni se češće lokalizuju u desnom atrijumu.

Histološki može biti: fibrosarcom, fibromyxosarcom, myosarcom i leiomyosarcom. Zatim, lymphosarcom, lymphom, rhabdomyosarcom i angiosarcom. Rjeđe se sreću i benigni tumori: angiomi, hemangiomi, limfangiomi itd. Fibromi srca najčešće se nalaze u lijevom ventrikulu.

Zbog svojih klinički promjenljivih manifestacija predstavlja veliki problem za ljekara praktičara.

Ranije se najčešće miksom dijagnostikovao, post mortem, ali se posljednjih godina sve češće dijagnostikuje za života.

Prikaz bolesnika

Bolesnik star 39 godina, moler po zanimanju, oženjen, umjereno pušio i pio alkoholna pića. Socijalno-materijalne prilike, osrednje. Porodična anamneza bez osobitosti. Lična anamneza: prebolovao dječje bolesti. Od tridesete godine pati od prstobolje. 1963. god. operisan zbog duodenalnog ulkusa, sa urednim operativnim tokom. Rezultati operativnog zahvata, zadovoljavajući. Nije imao nikakvih podataka u istoriji bolesti o reumatskoj bolesti, hipertenziji, angini i sinkopi. Bolesnik se javlja nadležnom ljekaru opšte medicine, januara mjeseca 1974. godine zbog polimorfnihtegoba što je okarakterisano kao, psihoneuroza.

4. 8. 1974. godine, bolesnik je pao u nesvijest i nakon osvjetejenja pregledan je od neuropsihijatra koji je utvrdio dg: Heamiparesis n. facialis lat. sin.

28. 8. 1974. god. kontrolni pregled neuropsihijatra sa slijedećim nalazom: »bolesnik se dobro osjeća, isčezla pareza facijalisa, bolesnik je i dalje osjetljiv, često ima muku na povraćanje. Organski neurološki nalaz uredan«. U međuvremenu bolesnik je još u dva navrata bio na kontrolnom pregledu kod neuropsihijatra sa sličnim nalazom.

10. 9. 1974. god. ponovo pregled kod neuropsihijatra. »Stanje se pogoršalo! Dg: Psychoneurosis, Lumbago« sa prijedlogom da se bolesnik uputi na neuropsihijatrijski odjel, što je i učinjeno, radi obrade i liječenja. Dežurni neuropsihijatar je nakon pregled konstatovao da se liječenje može nastaviti ambulantno.

Nakon toga bolesnik se osjećao relativno dobro sve do 10. 9. 1974. godine kada se javlja, nadležnom ljekaru opšte medicine zbog respiratornih tegoba. U okviru obrade radiofotografija pluća registrovala je maglušavo-mrljasto zasjenjenje, obostrano hilo-bazalno, što je shvaćeno kao Pneumonia hilo-bas. bilat. susp. Ordiniran je ePnicillin 800 000, STM 1,0 i Codipront tbl.

Kontrolna radiofotografija pluća, nakon sedam dana, pokazala je progresiju promjena zbog čega je bolesnik smješten na Grudni odjel mjesne bolnice, 22. 10. 1974. god. pod dg: Infiltratio hilo-bas. bilat.

Iz statusa: osrednje razvijenosti i uhranjenosti, srednje visok. Koža i vidljive sluznice blijede. Lifne žlijezde tijela se ne pipaju. Pri-seban, pokretan, afebrilan, dispoičan pri manjem naporu. Cor: akcija

ritmična, nakon testa opterećenja čuje se po neka ekstrasistola, tahikardična. Na vrhu diskretno dijastoličko dobovanje, a prema aksili, pri opterećenju, oštar dijastolni šum koji se proteže kroz cijelu dijastolu. Tonovi se diferenciraju. Prvi ton je nejasan, a drugi pojačan, RR: 130/80, puls: 100 u minuti. Ostalo: bez osobitosti.

Laboratorijski nalazi, pri prijemu: Se: 1/29 do 32/65, E: 4,200 000, L: 5 000, Hb: 83 mg% (13,5) u urinu albumen opalescentan, Hepatogram: UB: 020, DB: 0 10, IB: 0 10, Thy: 1 jed, SGOT: 15, SGPT: 10, sputum na antibiogram: sterilan, šuk: 82 mg%, sputum na Bk: negativan, EKG: sinus tahikardija sa niskom voltažom.

Zbog sumnje na upalni proces bolesnik je tretiran antibioticima prvog reda i to: Penicillin 3,200 000, Streptomycin 1,0 i Bisolvon drg 4×1 dnevno. Konsultovan je i mjesni internista koji je zbog znakova kardiorespiratorne insuficijencije ordinirao: Cedilanid, Isoptin, Efortil i sedativa.

Jedanaestog dana boravka na Pulmološkom odjelu, bolesnik dobija jednu sinkopalnu epizodu sa pojačanom dispneom i suvim kašljem, a maglušavo-mrljasto zasjenjenje je zauzelo oba plućna krila, sem vrhova, na kontrolnim radiografijama. Zbog navedenih tegoba, bolesnik je hitno premješten u bolnicu za plućne bolesti i tuberkulozu pluća »Jordanovac« Zagreb, gdje narednog dana umire.

Dva sata prije smrti, pacijent je naglo postao nemiran, jako dispoičan sa bšolovima u predjelu zatiljka i u predjelu srca. Krvni pritisak je padao sa 140 na 90 do nemjerljivog. U toj fazi bolesti bolesnik je primio sljedeću terapiju: Aminophyllin amp I, Ceporin amp. I, Ultracor tren amp. I, Phenergan amp. I i Baralgin amp. I.

I u ovoj bolnici, na osnovu kliničke slike i rtg nalaza, prije obdukcije, postavljena je sljedeća dijagnoza: Neo in obs, Insuff. cardiorespiratoria.

Obdukcioni nalaz: dan smrti 3. 11. 1974. god. dan obdukcije 4. 11. 1974. god.

Pato-anatomska dijagnoza:
 Myxoma (pseudomyoma) atrii sinistri cordis
 ad ostium mitrale.
 protuberans
 Dilatitio cordis totius
 Oedema pulmonum
 Pneumonia incipientis bilateralis.
 Cyanosis universalis gravis
 Atrophy syanotica hepatis
 Induratio cyanotica lienis
 Hydrothorax bilateralis
 Adhesiones pleurarum utriusque.

Diskusija

Prikazani miksom lijevog atrija, razvija se kod bolesnika, 39 godina starog, sa simptomatologijom koja datira godinu dana prije egzitusa.

Bolest se manifestuje polimorfnim tegobama označenim od neuropsihijatra, psihoneurozom i parezom nervus facijalisa, stenokardičnim te

gobama, a u terminalnoj fazi bolesti, zatajivanjem lijevog srca i edemom pluća.

Povremeno su se javljali i fizikalni znaci, stenoze mitralnog ušća, dijastolni šum.

Poznata je činjenica da bolesnici sa imtralnom greškom imaju polimorfne tegobe i kako bolest progredira to su izraženije. Analizirajući raspoloživu medicinsku dokumentaciju, literaturu i pomenute tegobe u razvitku bolesti, treba naglasiti, da su te sinkopalne smetnje sa polimorfnim tegobama i stenokardijom, trebale skrenuti pažnju na srce, posebno, mitralno ušće, slušati ga u različitim položajima, kako bi se pobudila sumnja nanja na primarni tumor srca koji se danas veoma lako može operativnim zahvatom ukloniti, što znači izliječiti bolesnika.

Zaključak

Prikazan je 39 godišnji bolesnik sa patohistološki utvrđenim mikromom atrija. Tegobe se počinju javljati u četvrtoj deceniji života i shvaćene su kao psiho-depresivni sindrom. U terminalnoj fazi bolesti javljaju se sinkopalne tegobe, promjene frekvencije i ritma srčane radnje. Kliničkom slikom dominira kardiorespirat, insuficijencija. Potrebno je naglasiti da su tumori srca, najčešće po patohistološkom nalazu benigne prirode, a po lokaciji maligni. Savremena hirurgija srca omogućuje operativno uklanjanje tumora pa zbog toga treba misliti na ove tumore, jer su zahvalni na hiruršku terapiju.

SUMMARY

MYXOMA OF THE LEFT ATRIUM

Myxoma develops in about 50% of primary tumors of the heart. This tumor should always be suspected in patients with polymorphic difficultis — especially the cardiorespiratory ones. That should also be the reason and guide for the correct diagnosis, as without it the surgical intervention cannot be performed. Due to the modern surgical technique this means the total and definitive cure.

Reference

1. Goodwin, J.: Diagnosis of left atrial. myxoma. *Lancet* 1: 464—468. 1963.
2. Lajtchuz, R., Colonel, L., Fiterer, J., Stravey, T. and Wilson, W.: Bilateral atrial myxomas. *J. thor. card. vasc. surg.* vol. 69, br. 2, str. 291, 1975.
3. Kabbani, S. and Cooley, D.: Atrial myxoma. *J. thor. card. vasc. surg.* vol. 65, br. 5. str. 731, 1973.
4. Vinde, B., Atsmar, A., Angin, M. and Lewy, M.: Right atrial myxoma. Case report and Revie of the literature, *Izrael, J. Med. sci* 7:1196, 1971.
5. Dragojević, B.: *Hirurgija I*, str. 164, 1964.

GOJAZNOST I KRVOTOK

MILENKO PERINOVIĆ I MIRKO GRUJIC

Srčana insuficijencija i arterijalna hipertoniya spadaju među najvažnija popratna ili posljedična oboljenja kardiovaskularnog sistema kod gojaznih. Problematika Pickwickova sindroma i pulmonalne hipertoniye nakon uzimanja sredstava za smanjenje apetita neće biti razmatrana. Prema studiji Framinghama srčana insuficijencija je kod gojaznih od prilike dva puta češća nego kod onih koji imaju normalnu težinu. Klinička dijagnoza srčane insuficijencije kod gojaznosti nije tako jednostavna. Dispnea kod opterećenja i smanjena radna sposobnost vide se skoro u pravilu kod uznapredovale gojaznosti ali treba spomenuti da transport prekomjerne težine zatim nedostatak treninga kao i ograničenje plućne funkcije mogu biti jedini ili dodatni uzroci ovih simptoma. Povećanje jetre i srca mogu se samo nesigurno utvrditi. Također na snimku toraksa veličine srca odnosno promjer srca može se samo uz ograničenje prosuditi radi visokoga položaja dijafragme, a tako isto i intrapulmonalni znaci zastoja. U elektrokardiogramu znaci koji bi govorili za hipertofiju lijevog srca sakriveni su niskom voltažom koja je uvijek otovana masnim tkivom torakalnoga zida. Zaokret vektora na lijevo uvijek otovan je visokim položajem dijafragme i ne može se uzeti u obzir.

Naročito kod pomanjkanja znakova zastoja dijagnoza srčane insuficijencije usljed opterećenja ili relativne srčane insuficijencije kod gojaznosti često je stvar procjene. Nešto tačnije predstave dobivene su na osnovu hemodinamskih ispitivanja Alexandera i Petersona kod ekstremno adipoznih relativno mladih i normatornih bolesnika. Autori su jednoglasno došli do rezultata da je indeks srca (volumen srčanog vremena/površina tijela) obično normalan. Volumen srčanog vremena je kao i potrošak kisika, a odgovarajući površini tijela povišen. Kod opterećenja na bicikl-ergometru u ležanju gdje se radi dakle o opterećenju kod kojega bolesnik mora ne samo jedanput svoju prekomjernu težinu transportirati ograničena je maksimalna radna sposobnost. Lijevi ventrikularni pritisak punjenja raste kod većine bolesnika do patoloških vrijednosti i označava u prvome redu da postoji insuficijencija usljed opterećenja lijevoga ventrikula.

Patoanatomski a na osnovu povećanog rada srca treba očekivati hipertrofiju. Amad i saradnici našli su kod sekcije gojaznih a koji nisu imali naročite znake koronarnog oboljenja u pravilu hipertrofiju lijevoga srca dok je desni ventrikul bio rijetko pogođen. Težina srca bila je po-

većana proporcionalno težini tijela. Ranije zastupano mišljenje da je masna degeneracija srca tipičan nalaz nije moglo da bude potvrđeno.

Terapeutska redukcija težine dovodi u pravilu do smanjenja disipne kod opterećenja i podizanja radne sposobnosti tijela. Hemodinamski nalazi pokazuju pri tome tendenciju normalizacije. Kao druge ili kod ne dovoljne saradnje alternativne terapijske mjere dolazi u prvome redu u obzir digitalizacija i restrikcija soli. Kod mnogobrojnih pretežno onih kod kojih se radi o lakšoj formi gojaznosti hipertonijska kao patogenetski faktor srčane insuficijencije i kao riziko faktor za druge kardiovaskularna oboljenja igra važnu ulogu. Sa statističke tačke gledišta gojaznost i hipertonijska nalaze se komparativno u uskoj korelaciji tako da gojazni mnogo češće boluju od hipertonijske nego oni koji imaju normalnu težinu. Nakon duže opservacije, češće se razvija kod gojaznih normatonijska hipertonijska nego kod onih koji su normalne težine. Treba napomenuti da češće dolazi do hipertonijska kod onih koji su počeli da debljaju. Treba također razjasniti dali je odnos između hipertonijske i gojaznosti realan ili se djelomično radi o precjenjivanju krvnoga pritiska kod u prosjeku deblje nadlaktice gojaznoga. Prema ispitivanjima Ragana dokazano je da je krvni pritisak mjeren uobičajenim metodama kod ekstremno debele nadlaktice za 20 mm veći nego kod normalno debele nadlaktice. Na osnovu ovoga napravljene su i posebne korekturne tabele. Neki autori preporučuju da bi se dobile stvarne vrijednosti krvnoga pritiska da se kod debele nadlaktice umjesto 13 cm široke manžete primjeni manžeta 17 cm široka i dovoljno dugačka. Uzroci češće pojave hipertonijske kod gojaznih odnosno mehanizam koji kod gojaznosti i realizira hipertonijsku ili je čini manifestom još uvijek nisu jasni a iz metodičkih razloga mogu se teško prihvatiti. Kod gojaznog bolesnika, više od 20 kg preko normale, ukupni periferni otpor u prosjeku je u normalnim vrijednostima. Računski dakle visoki pritisak nije uvjetovan povišenim ukupnim perifernim otporom nego volumenom srčanoga vremena. O učestvovanju raspodjele vode i soli i renin — angiotensin — aldosteron sistema u genezi hipertenzije kod gojaznih postoje samo izvjesne smjernice a to je da gojazni dobro reaguju na restrikciju kuhinjske soli sa gubitkom težine i sniženjem krvnoga pritiska. Volumen plazme i krvi češće je povišen kod gojaznih nego kod onih koji su normalne težine. Također aktivitet plazma renina u odnosu na izlučivanje natriuma u urinu skupljenome za 24 sata izgleda da je kod gojaznih hipertonijskara češće snižen. Već se dugo vremena diskutira o tome da povećano uzimanje kuhinjske soli vezano uz povećano uzimanje kalorija igra ulogu u patogenezi hipertonijske. Izlučivanje natriuma u urinu skupljenom za 24 sata raste sa gojaznosti jače nego izlučivanje kreatinina.

Na osnovu svega ovoga u medikamentoznoj terapiji hipertonijske trebalo bi u prvom redu uključiti bolesnicima diuretika. Međutim, uključivanje saluretika koja se pretežno primjenjuju, mora se kod ovih bolesnika ograničiti pošto kod njih često postoji hiperurikemija ili diabetes mellitus. Najpogodnija i bez sumnje najefikasnija terapija hipertonijske kod gojaznih sastoji se u redukciji tjelesne težine a koja je postignuta dijetalnom ishranom. Neki autori su su dokazali da kod gojaznih hipertonijskara nakon redukcije tjelesne težine skoro uvijek dolazi do smanjenja

krvnoga pritiska a prema nekima opet dolazi do normalizacije krvnoga pritiska u 75% slučajeva.

Prema nekim shvatanjima gojazni hipertoničar je manje ugrožen nego hipertoničar koji je normalne tjelesne težine. Na kraju treba reći da za muškarce u mlađem i srednjem životnom dobu sa laganim oblicima gojaznosti i hipertonije vrijedi da je mortalitet češći kao i kardiovaskularne komplikacije nego kod onih koji imaju samo hipertoniju ili gojaznost. Kod žena i kod starijih bolesnika ovakav eksces riziko nije tako jasno izražen. U cjelosti rečeno, hipertonija kod gojaznih mora se u najmanju ruku uzeti tako ozbiljno kao i kod onih koji su normalne težine.

ZUSSAMENFASUNG

Zumindest für Männer im jüngeren und mittleren Lebensalter mit leichteren Formen von Übergewicht und Hochdruck gilt, das Mortalitäts- und kardiovaskuläre Komplikationen häufiger sind als bei Hochdruck oder Übergewicht allein. Bei Frauen und bei älteren Patienten wird ein solches Exzerisiko nicht so deutlich. Insgesamt ist der Hochdruck bei Übergewichtigen mindestens so ernst zu nehmen wie beim Normalgewichtigen.

LITERATURA

1. *Chiang B. N., Perlman, L. V., Epstein, F. H.:* Overweight and Hypertension. *Circulation*, 39, 403—421, 1969.
2. *Heyden S.:* Umschau in Wissenschaft und Technik, 71, 511, 1971, zit. n. JAHNECKE.
3. *Jahnecke J.:* Risikofaktor Hypertonie. Mannheim, 1974.



Schöfeld R. H.: Das Prüfungswissen der Zahnarthelferin 179 strana, Schlütersche Verlagsanstalt und Druckerei, Hannover, 1976.

Knjiga je namjenjena izobrazbi zubnih asistenata te kao priručnik — podsjetnik u svakodnevnom radu. Prvi dio sadrži ispitna pitanja iz histologije, anatomije i fiziologije, patologije, konzervativnog liječenja zuba, hirurškog liječenja zuba, protetičke ortopedije vilice, rentgenologije, higijene, poznavanja medikamenata te dezinfekcije i sterilizacije. Na ukupno 24 strane su u pitanjima obuhvaćene ključne teme iz navedenih oblasti koje obezbjeđuju sticanje opšteg medicinskog obrazovanja te pružaju solidnu osnovu za praktičnu obuku zubnih asistenata. U drugom poglavlju je prema gore navedenim disciplinama obrađena kompletna materija sadržana u pitanjima. U svakom od navedenih poglavlja opšteobrazovnih disciplina težište je na specifičnim karakteristikama normalnih ili patoloških stanja zuba, vilica, ligamenata odnosno elementima neophodnim za uspješan praktični rad zubnih asistenata. Posebno su detaljno obrađena poglavlja konzervativnog liječenja zuba uz prikaz instrumentarija, vrsta zubnih navlaka i materijala za njihovo učvršćivanje, zatim poglavlje hirurškog tretmana sa prikazom instrumenata za ekstrakcije te poglavlje protetičke sa opisom uzimanja otisaka za protetske radove. U poglavlju rentgenologije su data uputstva za praktični rad a u poglavlju o dezinfekciji i sterilizaciji praktični postupci i preporuke za njihovo izvođenje. Poseban dodatak čine uputstva za vođenje kartoteka i izvršenih usluga te vrlo interesantno poglavlje o vođenju dokumentacije za finansijsku realizaciju izvršenih usluga.

Vrlo jednostavan priručnik, pisan lakim stilom pa se preporučuje zubnim asistentima te stomatolozima koji imaju interesa za poboljšanje rada kroz obuku svojih asistenata.

Trkownik dr Ante

Taatz H.: Kiefer-orthopädische Prophylaxe und Frühbehandlung (Ortopedska profilaksa vilica i rani tretman), 417 slika, 31 tabela, 296 strana, Carl Hans Verlag, München-Wien, 1976.

Nakon kraćeg uvoda o značaju ortopedске profilakse vilica te renom tretmanu eventualnih poremećaja u poglavlju o profiliaksi su posebno obrađeni način hranjenja dojenčadi, uticaj sisanja prstiju na nastanak poremećaja te uticaj upotrebe različitih vrsti cuclji, zatim profilaksa disanja na usta. Posebno je detaljno obrađeno poglavlje profilakse i posljedica preranog gubitka mliječnih zuba te mehanizam nastanka gubitka prostora u vezi sa tim gubitkom uz detaljan opis komplikacija te bogatu fotodokumentaciju. U poglavlju o ranom ortopedskom tretmanu poremećaja na vilicama obrađeni su učestalost i klasifikacije disgnatija, njihova morfologija i klinika uz kriterije za prognozu i ocjenu značaja ranog tretmana nastalih deformiteta. Posebno su značajna razmatranja u vezi

termina u kojima treba otpočeti tretman te načinu i pomagalicama koji se upotrebljavaju u terapiji deformiteta. Ovo posljednje poglavlje ujedno zauzima i najveći dio knjige i sadrži vrlo obiman materijal bogato ilustriran uz prikaze brojnih pojedinačnih kazusa koji će sigurno korisno poslužiti za komparaciju sa kazusima koji se sreću u svakodnevnoj praksi. Na kraju knjige su vrlo bogati bibliografski podaci te predmetni indeks koji omogućava brzu orijentaciju u obimnoj materiji. Oprema knjige je vrlo dobra a posebnu vrijednost predstavlja obimna fotodokumentacija.

Korisno će poslužiti specijalistima ortodontima i svim stomatolozima koji u svakodnevnoj praksi nailaze na brojne deformitete u razvoju vilice i zuba a njihova profilaksa može donijeti dobre rezultate. Preporučuje se i pedijatrima koji takođe u profilaksi mogu puno doprinjeti u smanjenju učestalosti ovih deformiteta.

Trkovnik dr Ante

Sergio U. Rampini: Klinika mupopolisaharidoza (Klinik der Mukopolysaccharidosen), 257 stranica, 124 slike, 32 tabele, Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1976.

Pod mukopolisaharidozama podrazumijeva se grupa genetskih uslovljenih obolenja kojima u osnovi leže smetnje u enzimskoj razgradnji kiselih mupolisaharida. U nastavku prikazan je historijski razvoj u poznavanju ovih obolenja, oznake i podjela mukopolisaharida. U 4. odsjeku prikazana je klinika gdje govori o Morbus Hurler, M. Hunter gdje je obuhvaćena klinička slika u cjelosti. U daljem izlaganju obrađena je Morbus Sanfilippo, Morbus Morquio, Morbus Scheie, M. Maroteux-Lamy, a zatim govori o rtg nalazima kod gore navedenih obolenja koji su u cjelosti i vrlo opširno prikazani, a zatim hematološko citološki nalazi, prikazana je Alder-ova granulaciona anomalija, Reillygranulaciona anomalija, Gasser-ove ćelije, a zatim govori o plazma celularnim ćelijama retikuluma i drugima vrstama ćelija u koštanoj srži. U 8. odsjeku govori o mukopolisaharidima u urinu gdje je obrađena hemija i biohemija, a zatim govori o mukopolisaharidima u urinu kod mukopolisaharidoza. U 9. odsjeku prikazani su rezultati drugih ispitivanja, u 10. patologija, u 11. patogenetski problem gdje su tabelarno prikazani korigirajući faktori i enzimski defekt kod mukopolisaharidoza I, II, III, V i VI. Takođe je prikazano i određivanje različitih lizozomalnih enzima, a u 12. odsjeku govori o geneti, dijagnozi i diferencijalnoj dijagnozi gdje su prikazani pojedini testovi kao i test pomoću toluidinskoga plavila, kao i prenatalna dijagnoza. U slijedećem poglavlju je obuhvaćena terapija i to medikamentozna, ortopedska odnosno fizioterapija, a u 15. poglavlju koje je obrađeno u vidu dodatka, prikazane su dobro definirane nove mukopolisaharidoze i slučajevi koji nisu tačno mogli biti klasificirani.

Na kraju djela vrlo su opširno, savjesno i sistematski citirani bibliografski podaci.

Cjelokupna materija obrađena je na vrlo savremen način, a na os novu najnovijih dostignuća iz ovoga interesantnoga područja. Djelo je bogato ilustrirano, sa velikim brojem originalnih fotosa i tabela što djeluje daje posebnu vrijednost. Premda je knjiga pisana pretežno za pedijatre,

njome će se moći takođe korisno poslužiti internisti i rentgenolozi, a tehnička oprema knjige, papir i štampa su odlični.

Prof. dr Milenko Perunović

Prof. Dr N. Klüken i Prof. Dr B. Schmutzler: Podaci iz angiologije (Ergebnisse der Angiologie), Band 11 (svezak 11), 1976, 132 stranice, 81 slika i 21 tabela, F. K. Schattauer Verlag Stuttgart, cijena DM 39.

U poglavlju koje nosi naslov: Patofiziologija, dijagnostika i terapija, Schneider je obradio patofiziologiju venske insuficijencije sa osvrtom na limfovenozne odnose. Prikazana je funkcija venozne pumpe kao i različito značenje primarnih i tzv. sekundarnih varikoziteta u odnosu na vensku insuficijenciju. Fischer je obradio dijagnostiku i diferencijalnu dijagnostiku hronične venske insuficijencije, a Madar diferencijalnu dijagnostiku dubokoga tromboflebitisa gdje govori o početku ovoga obolenja sa plućnom embolijom. U nastavku Felix je obradio vrlo važno područje a to je farmakologija i farmakoterapija venskih obolenja gdje govori o farmakama koja djeluju na sudove, zatim ona koja djeluju na zid vene, endotel kapilara i intersticium. Schmutzler je obradio do sada poznate terapeut ske principe koji utječu na akutne trombotske procese u klinici gdje je shematski prikazana hemostaza i fibrinoliza, a Klüken obradio je istu temu samo sa osvrtom na praksu gdje je šematski prikazana nastajanje edema kod hronično venozne insuficijencije. Breddin je obradio metode za dokazivanje inklinacije trombozi ili za prepoznavanje procesa u arterijama gdje su prikazane i metode u dijagnostikovanju povećane funkcije trombocita.

U II poglavlju: Hemija i farmakologija Fragivix-a, — gdje je Brotelle referisao o njegovim antitrombotskim svojstvima, a Broekhysen je prikazao farmakokinetiku kod životinja iljudi. U nastavku Charlier je obradio djelovanje Fragivixa na fragilitet i permeabilitet kapilara, a Barchewitz je obuhvatio fibrinolitično djelovanje Fragifix-a u području venskoga zida kod pacijenata koji imaju varikoze.

Iza svakoga pojedinoga referata citirani su bibliografski podaci, a knjiga pretstavlja zbornik iznesenih referata na Simpozijumu u Briselu održanoga 1975. god. U referatima dat je kritički osvrt na iskustva i rezultate koji su dobiveni primjenom Benzaronu kod navedenih indikacija pošto se još uvijek ljekari susreću sa mnogim poteškoćama u terapiji ovih obolenja, knjiga će korisno poslužiti svima onima koji imaju interesa za ovo područje, a to su internisti, angiolozi, dermatolozi i varikolozi. Inače svaki pojedini referat protkan je sa dosta rtg fotosa, šema i grafikona, a tehnička oprema je vrlo dobra.

Prof. dr Milenko Perunović

Hans-Peter-Ludin: Praktische Elektromyographie (Praktična elektromiografija), 1976, 182 stranice, 84 slike, 22 tabele, Ferdinand Enke Verlag, cijena DM 49.—

U 1. poglavlju gdje su prikazane osnove materije dat je presjek anatomije i fiziologije, zatim je prikazana metodika i aparatura i formulari

koji se primjenjuju u elektromiografiji, a zatim govori o elektrodama, elektromiografsom ispitivanju, miografiji pomogu igle, a zatim ispitivanju »teških« mišića, očnih mišića, elektromiografija analne muskulature i mokraćne bešike, ispitivanja sa multielektrodama, kvantitativna elektromiografija kao i elektromiografija pojedinih mišićnih niti. U 2. poglavlju obrađeni su elektromiografski nalazi gdje su opisani nalazi na normalnima mišića kao i elektroneurografske normalni nalazi. Osim toga ovdje su prikazane i potencijalne motoričke jedinice. U slijedećem odsjeku govori o neuropatijama, polineuropatijama, miopatijama, spontanome aktivitetu, distrofijama mišića, infektivnim miopatijama, a drugima »miopati jama« i mišićnim simptomima, smetnjama u neuromuskularnome sprovođenju, a zatim su obrađene centralne smetnje u pokretima. Ovdje su prikazane spastične pareze, Parkinsonizam i nevoljne kretnje centralnoga porijekla. U nastavku su navedene normalne vrijednosti, zatim ispitivanje pomoću multielektroda, elektromiografija pojedinih niti i elektroneurografija.

Na kraju knjige citirani su opširno bibliografski podaci.

U knjizi su prikazana današnja saznanja iz praktične elektromiografije u odnosu na kliničku primjenu ove metode. U djelu su naročito istaknuti elektromiografski nalazi i tehnika ispitivanja kao i nalazi kod neuromuskularnih i drugih obolenja gdje mogu biti od koristi elektromiografske metode ispitivanja. Djelo je ilustrovano sa dosta tabela, šema i grafikona, pisano jasno i pregledno, tako da će korisno poslužiti svima onima koje interesuje ova materija, a to su prvenstveno neurolozi i granični profili ovoga područja. Tehnička oprema djela, papir i štampa su vrlo dobri.

Prof. dr Milenko Perunović

Dr. G. Schnaberth: Acido-bazni status i respiratorni gasovi u cerebrospinalnom likvoru (Säure-Basen-Haushalt und Atemgase im Liquor cerebrospinalis), 1977, 86 stranica, 26 slika, 6 tabela, Georg Thieme Verlag Stuttgart, cijena DM 19,90

Potpuno određivanje acido-baznog statusa omogućeno je za kliničku rutinu tek uvođenjem osjetljivih mikrometoda. U poglavlju koje govori o metodici prikazano je dobijanje materijala, aparatura, određivanje $p\text{CO}_2$, enzimatско određivanje koncentracije piruvata i statistika. U slijedećem poglavlju obrađene su normalne vrijednosti, govori o lumbalnom likvoru, laktatu i piruvatu i regulacionima mehanizmima. Ekstraneuralna odstupanja u acido-baznome statusu i respiratornih gasova obrađeno je takođe gdje govori o metaboličnim smetnjama, ekstraneuralnim obolenjima, kardijalnoj insuficijenciji, plućnome srcu, renalnoj insuficijenciji, dijabetičnoj komi, cirozi jetre i šok sindromu. U slijedećem poglavlju obrađena su obolenja centralnoga nervnoga sistema sa primarnom acidozom likvora gdje su prikazane encefalomalacije, subarahnoidalna krvarenja, virusne meningoencefalitide, migrena, epilepsija i kazuistika. Osim toga prikazane su prognostički kritičke vrijednosti, relacija likvor-krv,

hemijska regulacija disanja i terapijske konsekvence, a rezime je dat na engleskome jeziku.

S obzirom na obim knjige bibliografski podaci citirani su sistematski i izdašno.

U ovoj studiji ispitani su odnosi i različiti parametri kao i veze između primarnih cerebralnih obolenja i različitih hemijskih parametara u krvi i cerebrospinalnome likvoru. Materija je prikazana jasno i pregledno, tako da će zadovoljiti potrebe ne samo neurologa i interniste, nego takođe i granične profile specijalista, a tehnička oprema djela je vrlo dobra.

Prof. dr Milenko Perunović

Mittermayer Ch.: Oralpathologie (Oralna patologija), 296 strana, 104 slike, 26 tabela, Schatauer Verlag, Stuttgart-New York, 1976.

Materija je podjeljena u 10 poglavlja. Prvo poglavlje obuhvata patologiju oralne sluznice i u njemu su sveobuhvatno obrađene manifestacije kožnih oboljenja na oralnoj sluznici te virusne infekcije, sifilis, tuberkuloza, gljivične infekcije, infekcije piogenim bakterijama te poremećaje pigmentacije uključujući i malanim. U drugom poglavlju su obrađeni benigni i maligni tumori mekih dijelova usne šupljine pri čemu je prioreitet dat fibroepitelnim i epitelnim tumorima uz statističke pokazatelje o njihovoj učestalosti, mikroskopskoj podjeli i podjeli u stadije prema ekstezivnosti procesa. Treće poglavlje je posvećeno patologiji jezika sa osvrtom na najvažnije urođene anomalije te upalne i hipertrofične promjene koje se manifestuju kao makroglosija. Četvrto poglavlje obuhvata reperkusije različitih oboljenja unutrašnjih organa na usnu šupljinu a među njima su tumorski sindromi sa oralnom manifestacijom, Recklinghausen-ova bolest, karcinoid sindrom, dermatomiositis, eritematodes, bulozne paraneoplazije itd. Peto poglavlje je posvećeno patologiji gingive i periodoncijuma i u njemu se mogu naći podaci o upalama, raznim vrstama vrlo čestih granuloma te o epilusu. Šesto poglavlje je najobimniji i obuhvata patologiju zuba a u njega su uključene reperkusije poremećaja metabolizma kalcija na pulpu, učestalost, uzroci i lokalizacija karijesa, upale pulpe sa komplikacijama u formi nastajanja cista ili pojave abscesa različitih lokalizacija te odontogeni tumori. Sedmo poglavlje uključuje patologiju koštanih dijelova u kome je posebno mjesto dato koštanim tumorima te njihovim specifičnostima u ovoj regiji. Osmo poglavlje obuhvata ciste i pseudociste u području vilica i lica a u devetom se ukratko obrađuje oboljenja zgloba donje vilice. Deseto poglavlje na nekoliko strana obuhvata praktične probleme iz područja oralne patologije, mogućnosti infekcija stomatologa u toku rada, naglu smrt pri ekstrakciji zuba i uputstva za uzimanje uzoraka za histološke preglede.

Interesantno i sistematično obrađena, inače vrlo bogata patologija usne duplje uz izvanredne šematske prikaze pojedinih promjena, koji olakšavaju vizuelno pamćenje. Dobra tehnička oprema, bogati bibliografski podaci te jednostavan način izlaganja materije ovu knjigu svrstavaju u vrlo dobar standardni priručnik iz područja oralne patologije.

Pikula dr Branko

Hamashima Y.: Immunohistopathology (Imunohistopatologija), 308 strana, 134 slike dijelom u koloru, Georg Thieme, Stuttgart, 1976.

U petnaest poglavlja obuhvaćeni su principi imunologije i imunohistopatologije. Nakon što je autor u prvom poglavlju na 44 strane obradio celularne mehanizme u produkciji imunoglobulina te u drugom imunopatologiju upale u trećem poglavlju vrlo ekstenzivno obrađuje tkivne antigene na bazi proteina (plazma proteine, fibrin i fibrinogen, lipoproteine, alfa-fetoproteine), hormona (hormoni hipofize, paratireoidee, nadbubrega) te posebno enzima (enterokinaze, ribonukleaze, katalaze, laktatdehidrogenaze, fosfataze). U narednim poglavljima su obrađena područja imunohistopatologije pojedinih oboljenja a među njima najznačajnije mjesto zauzimaju u poglavlju 4. bubrežna oboljenja (imunohistološka klasifikacija bubrežnih oboljenja, imunohistologija eksperimentalnog nefritisa, neka zapažanja o patogenezi nefritisa) te u poglavlju 8. oboljenja digestivnog trakta u kome su obuhvaćeni mehanizmi imunih procesa u digestivnom traktu, imunološke promjene u toku perniciozne anemije, infekcije te gastroenteropatija praćenih gubitkom proteina. Značajno mjesto je dato i vezi funkcije jetre sa imunološkim zbivanjima a kratko je obrađena i imunologija dijabetesa.

Svako poglavlje na kraju ima i bogate bibliografske podatke koji će korisno poslužiti svim interesentima za detaljnije ulaženje u problematiku imunohistopatologije.

Iako se radi o knjizi namjenjenoj uglavnom istraživačima iz područja imunomorfologije, korisno će poslužiti svim istraživačima i praktičarima koji se bave imunološkim problemima za cjelovit uvid u imunološka zbivanja te integralno povezivanje različitih metodologija u istraživačkom i praktičnom radu na području imunologije.

Pikula dr Branko

IN MEMORIAM

DR OSMAN KULENOVIĆ

Iznenada je umro u Banjaluci 23. oktobra 1978. godine dr Osman Kulenović. Rođen je 1912. godine u Kulen Vakufu. Medicinski fakultet završio je u Zagrebu 1938. god. Kao ljekar opšte prakse radio je najprije u okružnom uredu Banja Luka do 1941. godine, a zatim do 1945. radi u Bosanskom Novom. Iza toga radi u Glamoču i Jajcu da bi konačno 1947. godine došao na specijalizaciju opšte kirurgije u Banja Luku.

Specijalistički ispit je položio 1951. g. u Sarajevu. Nakon toga i dalje radi kao specijalista kirurg na kirurškom odjelu u Banja Luci, da bi 1957. prešao na rad u kirurški odjel Tuzla. Ali već slijedeće 1958. godine vraća se natrag na kirurški odjel u Banjoj Luci.

Do zadnjeg časa svog života dr Osman Kulenović radio je zdušno na svom teškom radnom mjestu kirurga. Godinama je točno u minutu dolazio na posao. Kad 23. X 1978. godine nije došao na posao, a ništa nije javio znali smo da se najvjerojatnije dogodilo nešto neugodno. I ubrzo smo saznali da ga je u snu nemilosrdna smrt istrгла iz naših redova.

Godinama je neprekidno dan i noć pružao kiruršku pomoć građanima Banja Luke i bli i dalje okoline. Godinama je svoje bogato iskustvo prenašao na mlađe kolege koji su učili teški kirurški zanat.

Dr Osman Kulenović je godinama u našem gradu bio pojam ne samo kao odličan stručnjak kirurg, već prvenstveno kao dobar čovjek, koji je svakome želio svešrdno pomoći. Njegovo ime ostati će ispisano krupnim slovima u historiji kirurgije u Banjoj Luci.

Našeg dragog druga i prijatelja zadržati ćemo u trajnom sjećanju.

Neka mu je slava i hvala!

Doc. dr S. Rac