

22

C-II-200-1979

**SCRIPTA
MEDICA**

STRUČNI
ČASOPIS
LJEKARA
BOSANSKE
KRAJINE

GODINA XIV — BROJ 1/2 — 1979.

Januar/Mart
1979.

Broj 1/2
Godina XIV

SCRIPTA MEDICA

STRUČNI ČASOPIS LJEKARA BOSANSKE KRAJINE



Banjaluka, 1979.

SCRIPTA MEDICA

Stručni časopis ljekara Bosanske krajine

Vlasnik i izdavač:

Regionalni medicinski centar Banja Luka

Glavni i odgovorni urednik

Branko Pikula

Redakcioni odbor

Kastelic Zvonimir	Jamnicky Mirko
Batačev Branka	Pišteljčić Dušan
Novkinić Medžid	Hadžikarić Nedim

Lektor za engleski jezik

Karahasanović Adnana

Tehnički redaktor

Jahić Muhamed

Adresa uredništva: Scripta medica, Regionalni medicinski centar, Banjaluka

Štampa: NIGRO »Glas«, Banja Luka

Časopis izlazi četiri puta godišnje. Godišnja pretplata za ustanove 300,000 dinara, a za pojedince 200,000 dinara. Žiro račun broj: 10500-607-523 Regionalni medicinski centar Banja Luka.

Štampa



Inv. broj

26

SADRŽAJ — CONTENTS



RADOVI — RESEARCH REPORTS

- Marić M., Miljković Lj., Jovanović D. i Mikeš A.:* Peptichemia u kombinovanoj citostatokoj terapiji uznapredovalog karcinoma dojke 5
Peptichemia in combined cytostatic therapy of an advanced breast carcinoma
- Pišteljić A.:* Prikazi benignih i malignih tumora rožnice i spojnice 11
Corneal and conjunctival benign tumors and malignancy record
- Čurić F.:* PGF₂ a kao abortivum podmakle trudnoće 17
PGF₂a as abortivum in an advanced pregnancy
- Petrović — Jovanović R. i Tomić P.:* Z Učestalost i mehanizam recidivirajućih herpetičnih keratita 25
Freguency and mechanism of the recidivant herpetic keratitis

PRIKIZI BOLESNIKA — CASE REPORTS

- Desančić J.:* Plućne metastaze karcinoma štitne žlijezde 31
Pulmonary metastases of the thyroid gland carinoma

OSVRTI — REVIEWS

- Mikeš A.:* Perspektive razvoja odnosa interne medicine i njenih subspecijalističkih grana 37
Perspectives in development of relationship between the internal medicine and its subspecialist branches.

PRIKAZI KNJIGA — BOOK REVIEWS





PEPTICHEMIO U KOMBINOVANOJ CITOSTATSKOJ TERAPIJI UZNAPREDOVALOG KARCINOMA DOJKE

MARIĆ MILICA, MILJKOVIĆ LJILJANA, JOVANOVIĆ DUŠAN i
MIKEŠ ANDRIJA

PTC je lek koji je u arsenalu lečenja karcinoma mammae ima svoje mesto. Terapijski efekti se mogu (kad je reč o uznapređovaloj bolesti) komparirati sa efektima klasične sheme CMF i CAF.

PTC u ozbiljnoj meri oštećuje kosnu srž, ponekad do ireverzibilne aplazije, što iziskuje veliki oprez u sprovođenju tretmana, primenu leka u umerenim dozama i redovnu hematološku kontrolu bolesnika.

Naše iskustvo pokazuje da je PTC vrlo efikasna antitumorska supstancija i da su sticanja daljih iskustava u lečenju karcinoma dojke vredna pažnje.

U svetu postoji oko 100 citostatika koji se primenjuju u lečenju malignih neoplazmi, s manje ili više uspeha. Međutim njima je Peptichemio, koji je sintetizovan i ispitan prvenstveno u Italiji od 1960 — 1970. godine. Ovo je vrlo aktivan antineoplastički lek. On se sastoji iz kompleksa od 6 pepitida m—/di—/2chlorothy—L—phenylalanin i alikilirajući kompleks —N—/CH₂CH₂CL/2. Ova kombinacija deluje na dve faze mitotskog kompleksa ćelije i to na dva različita načina: kao antimetabolit i alkalirajuće.

PTC je ispitan u poslednjih 10 godina u nizu malignih neoplazija, a najveći su doprinos, pored već pomenutih autora, dali Astaldi, i Karanović [3]. O efektima PTC u lečenju hronične granulocitne leukemije referisali su i skopski autori na Kongresu hematologa u Skoplju, avgust, 1978.

Mi smo ispitali vrednost PTC u kombinovanim hemoterapijskim shemama u bolesnica sa uznapređovalim karcinomom dojke.

Materijal i metodologija

Na Internom odeljenju instituta za onkologiju u Sremskoj Kamenici tokom 1978. godine, kombinovanom terapijom sa Peptichemio lečeno je 17 bolesnica. Kod svih je izvršena operacija mammae i kod svih je dijagnoza verifikovana patohistološki. U 16 je lečenje nastavljeno sa TCT, u jedne je izvršena kastracija zračenjem, a u jedne je posle operacije provedena citostatska terapija.

Interno odeljenje, Institut za onkologiju, Sremska Kamenica.

Adresa: dr Milica Marić, Interno odeljenje, Institut za onkologiju, Sremska Kamenica

Tabela 1

Prethodno lečenje	
Operativna terapija	17 bolesnica
TCT zračna terapija	16 bolesnica
TCT kastracija	1 bolesnica
Citostatska terapija	1 bolesnica

Tabela 2

Broj kura citostatskog lečenja

1 kura	1 bolesnica
2 kure	6 bolesnica —
3 kure	4 bolesnice X = 3,94
4 kure	5 bolesnica
5 kura	1 bolesnica

Najčešća kombinacija je sa Oncovinom i Methotrexatom (13 slučajeva), u tri bolesnice je to kombinacija sa 5—FU i Endoxanom, i u jedne sa Endoxanom i Oncovinom. U svim kombinacijama bolesnice su primale i Pronison.

Tabela 3

Kombinacija citostatika

1. Peptichemie	4 dana po 40 mg	
Methotrexat	4 dana po 5 mg	
Oncovin	1 dan po 1 mg	
Pronison tbl.	15 mg u 5 dana	13 bolesnica
2. Peptichemie	4 dana po 40 mg	
5—FU	4 dana po 500 mg	
Endoxan	4 dana po 400 mg	
Pronison tul.	15 mg u 5 dana	3 bolesnice
3. Peptichemie	4 dana po 40 mg	
Endoxan	4 dana po 400 mg	
Oncovin	1 dan po 1 mg	
Pronison tbl.	15 mg u 5 dana	1 bolesnica

Citostatici su davani intravenski u odvojenim brizgalicama, a PTC u infuzijama sa 5% glukoze. Vena je posle injekcije »ispirana« sa fiziološkim rastvorom.

Sve bolesnice su sa generalizovanom bolešću sa metastazama u različitim organima. Rezultati lečenja ocenjivani su morfološkim kriterijima, kad god je to bilo moguće, primenjujući preporuke Karnofskog, a pored toga, ocenjeno je i subjektivno stanje bolesnice, njena sposobnost za razne aktivnosti (porodične, društvene, profesionalne).

Utvrđivanje stepena generalizacije bolesti, vršeno je uobičajenim dijagnostičkim postupcima, a pre svega, radiološkim i nuklearnim metodama, scintigrafijom jetre i dr.

U toku lečenja bolesnice su podvrgavane redovnim hematološkim kontrolama.

Posmatrali smo promene pre I kure, a kod bolesnica koje su primale 3 i više kura, promene pre I i nakon III kure lečenja. Parametri su nam bili: objektivno smanjenje patoloških promena dostupnih merenju u operativnom rezu, pored reza, žlezde u aksili promene na RTG-u pluća i kostiju, te na scinitigramu jetre.

Efikasnost terapije je gradušana kao:

1. potpuno povlačenje promena
2. delimično smanjenje promena — smanjenje veće od 50% od prvobitne veličine
3. bez efekta — promena je iste veličine kao i pre terapije
4. progresija promena — promene su se povećale za više od 50% nakon terapije, poredeći ih sa promenama pre terapije
5. letalni ishod

Rezultati su poređeni sa grupom bolesnica na lečenju polihemioterapijom, a najčešće sa onim na kurama sa CMF ili CAF.

REZULTATI

Starost ispitivanih bolesnica je između 49 i 68 godina, prosečno 56,06.

Tabela 4

Starost bolesnica

min.: 49 godina	—
max.: 68 godina	X = 56,06
41—50 godina	3 bolesnice
51—60 godina	10 bolesnica
16—70 godina	4 bolesnice

Lokalizacija procesa je prikazana na Tab. 5:

Tabela 5

Lokalizacija procesa

Leva dojka	8 bolesnica
Desna dojka	9 bolesnica

Recidivi se nalaze u proseku 3,06 godina nakon operacije (tabela 6). Oni su posebno tretirani kao lokalni recidivi (tabela 7) i/ili kao metastatski proces (tabela 8).

Tabela 6

Vreme javljanja recidiva nakon operacije

do 1 godine	2 bolesnice	
1-2 godine	3 bolesnice	
2-5 godina	10 bolesnica	
	2 bolesnice	— jedna nakon 6 god. druga nakon 13 god.
	—	
	X = 3,06	

Tabela 7

Lokalni recidivi

u operativnom ožiljku	1 bolesnica
u blizini operativnog ožiljka	1 bolesnica
u istostranim limfnim žlezdama	8 bolesnica
u operativnom ožiljku i istostranim limfnim žlezdama	1 bolesnica
UKUPNO:	11 bolesnica

Tabela 8

Lokalizacija metastatskog procesa

u plućima	7 bolesnica
u pleuri	1 bolesnica
u kostima	1 bolesnica
u jetri	1 bolesnica
u plućima i kostima	3 bolesnice
u plućima i pleuri	1 bolesnica
u plućima i jetri	2 bolesnice
u medijastinalnim limfnim žlezdama	1 bolesnica
UKUPNO:	17 bolesnica

Tokom terapije bile su sledeće komplikacije:

Tabela 9

Komplikacije u toku terapije

Bez komplikacija	8 bolesnica
lokalni flebitis	6 bolesnica
gastrointestinalni poremećaji	4 bolesnice
tranzitorne leukopenije	2 bolesnice
opadanje kose	2 bolesnice
letalno	1 bolesnica

Imali smo jedan letalan ishod lečenja kod bolesnice koja je nakon III kure zapala u leukopeniju, toksični enteritis sa stomatitisom.

Rezultati terapije su prikazani u tabeli broj 10.

Tabela 10

Rezultati lečenja

	posle Ik.	posle IIIk.
potpuno povlačenje promena	1	1
delimično smanjenje promena	4	2
bez efekta	7	2
progresija promena	5	4
letalno		1
UKUPNO:	17	10

Iz prethodne tabele je evidentno da se u 30% slučajeva postiže usporavanje rasta tumora ili njegova regresija, a u jedne bolesnice (5,7%) i potpuno povlačenje prethodno prisutnih promena. U 70% slučajeva veličina malignoma je ostala nepromenjena ili je bolest napredovala.

Kada se posmatra efekat lečenja posle završne 3 citostatske kure, odnosi su približno identični sa rezultatima posle primene prve kure lečenja (30 : 70%).

Kada se uporede ovi rezultati sa rezultatima postignutim drugim kurama lečenja, može se samo preliminarno reći da su ti rezultati približno isti sa drugim u ovom radu pomenutim kurama lečenja. Treba se podsetiti da je reč o bolesnicama sa uznapredovalom generalizovanom bolešću.

Konačna korelacija između vrednosti policitostatskih shema sa PTC ili bez PTC moći će se dati kada broj lečenih bolesnika bude nešto veći.

Nismo uporedili terapijske rezultate prema histološkim tipovima karcinoma, ocenjujući da je broj slučajeva za takvu analizu nedovoljan.

SUMMARY

PEPTICHEMIO IN COMBINED CYTOSTATIC THERAPY OF AN ADVANCED BREAST CARCINOMA

MARIĆ MILICA, MILJKOVIĆ LJILJANA, JOVANOVIĆ DISAN
MIKEŠ ANDRIJA

1. PTC has been proven as an agent in the arsenal of the breast carcinoma treatment. Therapeutic effects, when we are talking about an advanced disease, can be compared with those of the classical CMF and CAF schemes.

2. PTC considerably damages bone marrow, sometimes to an irreversible aplasia, which requires great caution in treatment performance, agent administration in moderate dosages and regular hematologic control of patients.

3. According to our experience, PTC is very efficient antitumor substance and further experience in management of breast carcinoma is worthy of attention.

LITERATURA

1. *Brzaković N.*: Peptichemio — nove mogućnosti u lečenju maligne neoplazije, Medicinski pregled, u štampi.
2. *Gingold N., Hossu T., Vilcu A., Smarindoiu G.*: Sperimentazione del Peptichemio nel trattamento dei tumori maligni, *Terapia*, 60: 18—21 (1975).
3. *Karanović D., Mai L., Karanović J., Astaldi G.*: Effeto del Peptichemio (PTC) sulla blastogenesi de i linfociti del sangue periferico del ratto. *Boll. Ist. Sieroter. Milanese*, 53: 351—354 (1974).
4. *Đorđević O., Kostić Lj., Astaldi G.*: Peptichemio (PTC) and DNA—synthesis in mammalian cell system in vitro. *Wadley medical Bul letin*, 5: 357-365 (1975).
5. *Paparopoli G.*: Effetti clinici di un complesso peptidico (Peptichemio) sulle metastasi da carcinoma mammario. *Terapia*, 59: 3—6 (1974).
6. *Pipino G.*: Il Peptichemio in schemi di polichemioterapia. *Terapia*, 59: 19—22 (1974).
7. *Atzeni G.*: Risultati immediati della associazione tra Paptichemio e Bleomicina nella diffusione metastatica di neoplasie solide. *Terapia*, 9: 23—31 (1974).
8. *Battelli T., Bonsignori M., Manocchi P., Perilli A.*: Valutazione della tolleranza epatica in 100 pazienti neoplastici trattati con Peptichemio. *Terapia*, 59: 32—35 (1974).
9. *Zanotelli F.*: Impiego di un complesso multipeptidico antitumorale nel trattamento delle sierositi neoplastiche primitive o secondarie. *Giorn. It. Chemiot.*, 21: 13—17 (1974).
10. *Calderini P., Calciati A., Bumma C., Santoro L., Valli M.*: Risultati in 67 pazienti paotatori di tumaore maligno trattati con Peptichemio. *Giorn. It. Chemiot.*, 21: 18—21 (1974).
11. *Pacillio G., Annunciato I., Lobefalo G.*: Valutaziononi cliniche sul Peptichemio in alcune emoblastosi e nei tumori solidi. *Giorn. It. Chemiot.*: 21: 22—27 (1974).
12. *Batteli T., Bonsignori M., Manocchi P., Perilli A.*: Risultati di 18 mesi di chemioterapia con Peptichemio. *Giorn. It. Chemiot.*, 21: 28—32.
13. *Paparopoli G.*: Ulteriori esperienze cliniche nel trattamento dei tumori solidi con il Peptichemio da solo e in associazione, *Giorn. It. Chimiot.*: 21: 33—35 (1974).
14. *Ausili-Cefaro G. P., Crupi M., Pastore G.*: Contributo all 'impiego del Peptichemio nel trattamento del carcinoma mammario in fase avanzata. *Giorn. It. Chemiot.*, 21: 36—40 (1974).
15. *Mariani B.*: Il tarttamento locale dea varsamenti pleurici neoplastici con Peptichemio. *Giorn. It. Chemiot.*, 21: 41—43 (1974).
16. *Cariati E., Valente U., Pellicci R., Campisi C.*: L'associazione della terapia citostatica locale a quella parenterale nel trattamento del carcinoma della mammella. *Giorn. It. Chemot.*, 21: 47—48 (1974).
17. Peptichemio mono — and/or polychemithery? Proceadings of the Round Table held in Milan, June 15th, 1976. 155. strana.

PRIKAZ BENIGNIH I MALIGNI TUMORA ROŽNICE I SPOJNICE

ALEKSANDAR PIŠTELJIĆ

Za period od 11 godina (1968—1979) prikazani su benigni i maligni tumori kornee i konjunktive liječeni na Očnom odjeljenju Reg. med. centra Banja Luka.

Pojava benignih i malignih tumora rožnice je veoma rijetka, svaki slučaj izaziva posebnu pažnju i obradu. Ovim prikazom želimo da iznesemo pojavu ovih tumoroznih afekcija rožnice sa osvrtom na klasifikaciju, dijagnostiku, komplikacije i terapiju.

Sve kornealne, limbalne i konjunktivalne promjene dostupne su našem posmatranju, što nam omogućava da utvrdimo boju, veličinu, ograđenost, vaskularizaciju, malignitet tumora, kao i to da ga diferencijalno dijagnostički odvojimo od upala i degenerativnih oboljenja. Kompletan dijagnoza je moguća samo biopsijom odnosno histopatološkim pregledom.

Tumore kornee i konjunktive *DUKE ELDER* dijeli na epitelijalne, mezoblastične, retikularne, vaskularne, pigmentne i nervne. *OFFRET* i *DONALDSON* (1971) ih dijele na kongenitalne (dermoidne ciste, nevuse, lipidne infiltracije) i akvirirane epiteliome (benigne akvirirane melanoze, intraepitelijalne epiteliome i pločaste karcinome).

ZIENGRINOVA i *BROWKIN* (1974) iznose klasifikaciju tumora oka na osnovu (morfologije i rasprostranjenosti. U grupi A su tumori konjunktive, rožnice i suznog aparata, u grupi B svi tumori unutrašnjih dijelova oka i u grupi C tumori očne duplje. U svakoj grupi registrovani su dobroćudni, na mjestu destruktivni i maligni. Prema veličini tumora, zahvaćenosti drugih dijelova i njegovoj raširenosti, daju četiri stadijuma.

Našu klasifikaciju kornealnih tumora prikazujemo na tabeli I i svstavamo ih na kongenitalne i akvirirane, a između njih nalazi se leukom i fibrom koji pripadaju u jednoj i drugoj grupi. Najčešće opisani benigni tumor rožnice je kongenitalni dermoid. Lokalizacija mu je na limbusu, rast prema rožnici, eliptičnog je oblika, a dovodi do astigmatizma i smanjenja vida. Često je udružen sa kongenitalnim anomalijama. Kao dio Goldenharovog sindroma (okulo-aurikulo-vertebralne displazije) dermoid tad može biti i bilateralan i u zajednici sa kolobomima gornjeg kapka. Do 1973. god. prema *Baummu* opisano je 127 slučajeva Goldenharovog sindroma.

Dermoid je najčešće lokalizovan u inferotemporalnoj, a lipodermoid u supertemporalnoj regiji.

Henkind i saradnici (1973) su dali prikaz kongenitalnog, bilateralnog kornealnog dermoida u dvojice dječaka bez drugih kongenitalnih anomalija. Iznose da su to prvi opisani slučajevi. *HUTCHISON* i saradnici (1973) iznose slučaj dermoida sa stafilomom sklere, gdje se radi o prebačaju moždanog tkiva.

Lipoderomid je varijacija dermoida. Lokalizovan je u kantalnoj regiji sa prodiranjem prema limbusu. Histološki se sastoji od kolagenog tkiva, kose, folikla i sebaceum žlijezda. Prvi slučaj lipodermoda objavili su *WOOD* i *SCOTT* 1925. *IDE* (1972) daje prikaz lipodermoda u Goldenharsovom sindromu.

Limbarni nevusi su najčešće konjunktivalni tumori. Amelanotični može da se javi prije puberteta. Što se tiče primarnih tumora rožnice, oni dolaze od Švanovih ćelija kornealnih nerava ili od melanoblasta, koji se nalaze u bazalnom sloju epitela. Boja melanotičnih tumora je siva ili crna, što zavisi od količine melanina u melanocitima. *THEODOSSIFIS* (1973) iznosi dva slučaja primarnih tumora nevusa na rožnici.

Klasifikacija i terminologija kornealnih leukoma je vrlo konfuzna i različita. Tako u XIX vijeku su kornealni kongenitalni leukomi obilježavani kao perinatalni keratiti. 1897. godine von *HIPPEM* opisuje prvi leukom poslije perforacije i označava ga kao »intersticijalni ulkus.« *TOWNSEND* (1974) je iznio tri slučaja iz literature i 9 kongenitalnih leukoma sa mikroftalmusom, hipoplazijom cilijarnog tijela i embriotoksonom.



Keloid je hipertrofični ožiljak poslije povrede. Posmatrano histološki sastavljen je od fibroplasta, kolagenih vlakana i krvavog tkiva. Za razliku od onih na koži, na rožnici je bijele boje. Prema GRADY-u je do 1972. referisano svega 43 slučaja keloida.

Ksantom nastaje zbog disfunkcije metabolizma i to hiperholesterinemije, hiperlipemije i normoholesterinemije. GRAYSON je 1970. godine dao prikaz solitarnog ksantoma koji je nastao bez traume i poremećaja metabolizma.

Fibrom je najrjeđi tumor rožnice, mezenhimalnog porijekla, uglavnom benigni. Javlja se u dvije forme i to fibroma durum i fibroma molle. Jedna od formi fibroma durum je i fibromultinuklearna koji se svojom histološkom građom nalazi na granici maligniteta.

Papilom konjunktive pojavljuje se u svim životnim dobima, oblik mu je peteljast, izgleda malinastog, konzistencije mekane, a boje crvenkaste.

Hemangiom i limfangiom su tumori vaskularnog sistema.

Plasmom je tumor koji je nastao iz plazma ćelija, a uzrok mu je hronični podražaj.

Maligni tumori korneo-konjunktive pojavljuju se prema El Bayadi-u u 0,015, THIEL-u u 0,1 a u našem materijalu u 0,04% slučajeva prema svim ostalim očnim oboljenjima.

Maligni tumori rožnice pojavljuju se u našem materijalu u 1,5% prema svim drugim tumorima oka, a u 3,3% prema malignim tumorima oka, orbite i adneksa (Pišteljić). Prema Duke-Elderu dijagnostika malignih tumora spojnice i rožnice je veliki problem, jer treba napraviti razliku između inflamcije i epidermalizacije s jedne, i između malignih i benignih tumora s druge strane.

U patohistološkom nalazu samih epitelioma razlikujemo intraepitelijski epitelium-carcinom in situ (M. Bowen), bazalni i pločasti karcinom. RESSE nalazi deset puta više pločastih karcinoma od baseocelularnih.

Izgled karcinoma rožnice u svom početnom stadijumu je sličan flikteni, zatim difuzan, proziran, boje crveno sivkaste, nekad želatinoznog izgleda, dobro vaskulariziran, bezbolan. Prodiranje kroz epitel rožnice je brz, dok je Bowmanova membrana otporna na prodiranje tumora i kroz nju prolazi u vidu perforacije, put kroz supstanciju propriju je dalkeo lakši, ponovo nailazi na otpor u Descemetovoj membrani i odavde put ka unutrašnjosti oka je kroz skleralne trabekule i perivaskularne, odnosno perineuralne limfatične puteve. Smrt dolazi nakon nekoliko godina zbog metastaza. Pojava karcinoma korneo-konjunktive je spontana ili nakon dužeg podražaja. Bilo da se radi o zapaljenju, ultra violetnom zračenju, prašini, hemijskim supstancama ili deficitu A vitamina. Prve promjene su u vidu epidermalizacije nakon kojih nastupaju prekancerozne promjene. Dob je između 50 i 70 godina. THIEL govori o lokalizaciji tumora sa određenim predilekcionim mjestima, tako da je u predjelu karunkule papilom, nazalni dio limbusa epitelium, lateralni dio limbusa melanom, a gornji i donji forniks mjesto za limfom. OLIVE, ROBERTS (1952) našli su karcinom poslije operacije katarakte. Razvoj iz pterigijuma opisao je SNELLEN (1895) i SIEROSLAVSKA (1960).

Prema mišljenju *IRWINA* i *ZIMMERMANA*, karcinomi rožnice su u histološkoj slici pravi karcinomi, a što se tiče njihovog izgleda i toka, jednom riječju »malignosti« imaju neujednačen tok iako su sa kliničkog stanovišta pretežno benigni. U histološkoj slici danas se zna da je *M. Bowen* jedan stadijum u razvoju karcinoma. *TIMM* smatra da basalioma nema, dok su *ASH* i *WIDMER* na 48 karcinoma u oblasti limbusa našli samo jedan basaliom, tako i *FRANCOIS* na 18 malignih epibulbarnih tumora nalazi jedan basaliom.

RADONT (1970) govori o ultrastrukturi kornealnih karcinoma, a klinički su prilično benigni, zahvaljujući svom položaju.



Terapija — Liječenje tumora korneo konjunktive putem kauterizacije vršio je *ROULAI* (1914), zračenjem radiumom *MATTICE* (1914), diatermijem *SHAHAU* (1922) X zračenje *BECKEL* (1922) Ekscizija tumora bila je dugo vremena kao jedini operativni zahvat, nju zastupaju i preporučuju *ROCKA*, *MUGURA*, *MATHUR*, *DUKE-ELDER* i *ZEIGET*. Eksciziju sa kauterizacijom predlaže *CHAVARIA* (1951) *WILDERMUTH* i *KAAE* rade beta zračenje sa Stroncijumom 90. *SIEROSLAWSKA* i *KOTELANSKY* dijatermokoagulaciju, a nalaz je bio dobar i poslije pet godina. Ove razlike u terapiji govore za traženje najpogodnijeg načina, a uspjesi su različiti od autora do autora.

Naš materijal

Za period od 11 godina na Očnom odjeljenju Reg. med. centra Banja Luka, tumora korneo konjunktive benignih i malignih klinički i histopatoloških potvrđenih bilo je 58 ili 0,4% na sve primljene pacijente.

Kod benignih tumora muškaraca je bilo 18, a žena 30 u dobu od 4 do 73 godine. Prema dijagnozi našli smo: dermoida — 2, lipodermoida — 4, hemangiona — 2, lipoma — 5, epitelioma — 3, plasmoma — 1, cista — 21, amiloidoza — 1, papiloma — 4, keratoza — 4 i nevusa — 1. Imali smo 10 slučajeva karcinoma korneo-konjunktive. Histopatoloških je bilo 5 spinocelularnih (i) 5 M. Bowen (prekancero ze intraepitelijalne). Muškaraca je bilo 6 a žena 4. Najstariji pacijent je imao 71 godinu, a najmlađi 52 godine. Desno oko je zahvaćeno u pet, a lijevo u pet slučajeva. Lokalizacija tumora u nazalnom dijelu je bilo u 6 a temporalnom u 4 slučaja. Trauma je prethodila karcinomu u dva, a ostalih 8 pacijenata je negiraju. Pojava prvih vidljivih znakova oboljenja do operativnog zahvata je između dva ili tri mjeseca i četiri godine. Kod svih slučajeva je vršena ekscizija sa termokoagulacijom, u jednom slučaju je vršeno rendgensko zračenje. Endoxan kao citostatik je primijenjen kod tri slučaja. Recidiv za jedanaest godina vidjeli smo samo u jednom slučaju i to sedam godina nakon operativnog zahvata. Laboratorijskim pretragama ustanovili smo da je sedimentacija kod svih slučajeva povišena između 43 do 98.

Naši slučajevi potvrđuju mišljenje Irwina i Zimmermana da izgled tumora, histopatološki nalaz odgovara karcinomu, ali se u svom daljnjem toku ponašaju dobroćudnije. Kod svih tumora operativnim zahvatom se ljušti u komadićima, slično sirastoj masi, ali se ima utisak da se ono u cijelosti skine. Krvarenje u početku zahvata je izraženo, ali se diatermokoaguloagulacijom isto zaustavlja. U svim slučajevima imali smo poboljšanje vida. Svi slučajevi se redovno kontrolišu i prate.

ZUSAMMENFASSUNG

Für die Zeit von 11. Jahren wurden benignen und malignen tumoren forzeigt cornae et conjunctivae behandelt auf Klinik der Augenkrankheit Reg. Med. centrum Banja Luka.

LITERATURA

1. *BIJEDIĆ M.*: PRILOG KLINICI I PATOLOGIJI FIBROMA KORNEE I KONJUKTIVE. Jug. oftal. arhiv 3/4, 25, 1966.
2. *BARTLEY E. MARTIN F.*: FIBROMA OF THE CORNEA. Arch. Of Ophthal. 91, 4, 178, 1974.
3. *BAUM J., FERNGOLD M.*: OCULAR ASPCTS OF GOLDENHARS SYNDROME. Amer. J. Ophthal. 75, 250—257, 1973.
4. *DHERMY P.*: LA LEUCOKERATOSE DU LIMBE. Masson-Parirs, 1966.
5. *DONALDSON D.*: CORNEA AND SCLERA. MOSBY, ST. LOUIS, 1971.
6. *DUKE ELDER SYSTEM OR OPHTHALMOLOGY* vol. VIII, 1185, 1965.
7. *ČAVKA V., PISTELJIĆ A.*: DOPRINOS KLINICI I TERAPIJI TUMORA KONJUNKTIVE I KORNEE. Zbornik radova, Sarajevo 387—406, 1970.
8. *ČAVKA V.*: Jug. oftal. arhiv 12, 93, 1967.

9. GRAYSON M. PIERRONI D.: SOLITARY XANTHOMA OF THE LIMBUS. Brit. J. Ophthal. 54, 563, 1970.
10. GRADY R. KIRK H.: CORNEAL KELOIDS Amer. J. Ophthal. 75, 206, 1972.
11. HUTCHISON S., DAVIS M., WILLIAM G., ILLEFF C.: ECTOPIC BRAIN TISSUE IN A LIMBAL DERMOID ASSOCIATED WITH A SCLERAL STAPHYLOMA. Amer. J. Ophthal. 76, 984, 1973.
12. LITRICN O.: EPITHELIALE GESCHWÜLSTE DER BINDEHAUT OPHTHALMOLOGICA (Basel) 151, 575, 1966.
13. LITRICIN-STANKOVIĆ: PRVI SLUČAJEVI INTRAEPITELIJALNOG EPITELIOMA. Srpski arhiv, 9, 1020, 1955.
14. LOMMATZSH P.: BETA RAY TREATMENT OF MALIGNANT EPITHELIAL TUMORS OF CONJUNCTIVA — Amer. J. Ophthal. 81, 198, 1976.
15. PISTELJIĆ A., PIKULA B. KUSTRIĆ S.: PRIKAZ LUČAJA KVARCINOMA KORNEE I KONJUNKTIVE. Jug. oftal. arhiv 3/4, 301, 1974.
16. PISTELJIĆ A.: KLINIKA I TERAPIJA BENIGNIH I MALIGNIH TUMORA OKA ORBITE I OSTALIH ADNEKSA. Glas, Banja Luka, 1973.
17. PISTELJIĆ A., PIKULA B.: PRIKAZ SLUČAJA M. BOWEN. Anali bolnice »Dr Mladen Stojanović« 103, XIV, 1976.
18. ZIANGIROVA G., BROWKIN A.: KLASIFIKACIJA OPUHOLEI ORGANA ZRENIA. VESTNIK OFTALMOLOGII 2, 84-87, 1974.
19. TOWNSEND W.: CONGENITAL CORNEAL LEUCOMAS. Amer. J. Ophthal. 77, 80-97, 1974.
20. REESE A. B.: TUMORS OF THE EYE AND ADNEXA NACIONAL ACADEMY WASHINGTON.

PGF_{2a} KAO ABORTIVUM POODMAKLE TRUDNOĆE

FRANJO ČURIĆ

Autor na skromnom materijalu od osam slučajeva iznosi svoje iskustvo sa jednokratnom intraamnijalnom aplikacijom PGF_{2a} u dozi od 10—25 mg u svrhu prekida podmakle trudnoće. Na svom materijalu u šest slučajeva je imao potpun uspjeh, u jednom djelomičan, a u jednom slučaju neuspjeh.

Sve su bolesnice veoma dobro podnijele intraamnijalnu jednokratnu primjenu PGF_{2a}, osim jedne gdje se je neposredno nakon aplikacije pojavila kratkotrajna tresavica. PGF_{2a} nije imao nikakvog djelovanja na promjenu laboratorijskih nalaza.

Autor smatra da se PGF_{2a} može prihvatiti kao sredstvo u rješavanju poodmaklog indiciranog prekida trudnoće.

Otkriće prostaglandina (u nastavku PG) datira od 1930 godine zaslugom *Kurzrock-a i Lieb-a. Goldbatt 1933 g. i Euler 1934 g.* nastavlja istraživanja sa ovom supstancom kojoj ovaj posljednji i daje naziv prostaglandin. Tek otkrićem kemiske strukture 1962 g. dolazi do snažnijeg i plodonosnijeg ispitivanja ovih bioloških veoma aktivnih lipida.

Veliki broj autora [1—26] u novije vrijeme dao je svoje priloge boljem upoznavanju djelovanja ovog jedinjenja u humanoj medicini.

U ljudskom organizmu PG se nalazi u većim količinama u spremi, gl. seminales, ves. seminales, menstrualnoj krvi, endometriumu, amniotskoj tečnosti, pupkovini (Bygdemann, Samuelson). U životinjskom carstvu u znatno većim količinama PG se nalazi prisutan kod ovnova i jara.

Prostaglandini se biosintetiziraju iz C₂₀ masnih kiselina ciklizacijom i uvađanjem molekule kisika. Prema sastavu ciklopentanskog prstena imamo 4 glavne skupine PG i to: A, B, E i F skupinu. Svi prirodni PG imaju hidroksilnu skupinu (OH) na C 15. Interesantno je napomenuti da bilo kakve strukturalne promjene ovih lipida do gubitka njihove aktivnosti. Sasvim neočekivano se kod stereoizomera, dobivenih sintetičkim putem otkrilo pojačano biološko djelovanje [24]. Ova jedinjenja su se pokazala osobito djelotvorna i interesantna na području ginekologije i porodništva.

Publikacije koje se javljaju u najnovije vrijeme svjedoče o njihovoj aktuelnosti kao i značaju koji im se pridaje [14, 15, 16, 17, 18].

U centru pažnje ginekologa nalazi se djelovanje PG na mogućnost indukcije poroda odnosno terapijskih pobačaja [2—6, 9, 11, 12, 14—16, 18, 20, 21, 23, 26] dok su druge terapijske mogućnosti trenutno od se-

kundarnog značaja (Hawkins cit 24.) Obzirom na selektivno djelovanje PG na uterus [1, 7, 10, 13, 17, 22, 24] može se sa sigurnošću reći, da je on postao pravi abortivum. Brojni autori su ga ispitivali upotrebljavajući ga na razne načine i to i. v. [3, 4, 6, 9, 11, 14], intraamnijalno [5, 7, 21, 22] extraamnijalno [2, 23] intrauterino [26] intravaginalno [15] peroralno [18], sa više ili manje dobrim uspjehom.

O načinu djelovanja PG unutar organizma ima raznih i neusaglašenih mišljenja. Kuehl i sur [cit. 24] su mišljenja da PG ima bitnu ulogu u gonadotropnoj stimulaciji staroidogeneze odnosno corticosteroidogeneze. Isto mišljenje zastupa i Marsh [cit 24]. Smatra se da je djelovanje PG luteolitičko, te da ima važnu ulogu u domenu transporta ovulma, te nidacije odnosno implantacije jajašca. Aplikiran u sekretornoj fazi ciklusa uvjetuje krvarenje slično menstruaciji [7]. PG ima izraženo vazokonstriktorno i mitonično djelovanje s osobitom predispozicijom na muskulaturu gravidnog uterusu. Neki autori [8] smatraju da PG ima direktan utjecaj na funkcionalni integritet placente, drugi pak da mu je aktivnost i pored jakog lokalnog djelovanja uvjetovana centralno preko hipofize [cit. 13].

PG nema nikakvog štetnog utjecaja na fetus kao niti na funkciju placente, te se pokazao veoma dobar u indukciji poroda [19] PG sjemene tečnosti veoma se brzo resorbira u vagini i izlučuje putem urina u roku 24—32 sata. Radioaktivnim ispitivanjem razgradnje PG ustanovljeno je da se radioaktivnost gubi već nakon 20 minuta i da je transfer preko posteljice potpuno slobodan zahvaljujući niskomolekularnoj težini ovog jedinjenja [1]. Inače se PG veoma brzo metabolizira u jetri, plućima kao i digestivnom traktu.

Dva glavna lipida, koja stimuliraju aktivnost gladke muskulature nalaze se u endometriumu i menstrualnoj krvi, a to su PGF₂ i PGE₂. Izračunato je da u kompletnom sadržaju menstrualnog sekreta ima oko 450 nanograma PGF₂a i 12 nanograma PGE₂.

Što se tiče efekta PG na prekidanje trudnoće mišljenja brojnih autora su veoma povoljna, mada ima i onih koji su postigli slabije rezultate. Uspjesi su veoma često ovisni o načinu aplikacije. Također je primjećeno da su i nuzpojave: mučnina, povraćanje, proljev, učestalo mokrenje, povišen RR, ubrzan puls, flebitis, tresavice, bol u prsima, smetnje disanja, također ovisne o načinu primjene [8, 14]. Konstatirano je da su nuzpojave najslabije izražene nakon intraamnijalne aplikacije medikamenta uz maksimalnu tolerantnu dozu 50—100 mg PGF₂a [16, 21, 23, 25].

Ispitujući razne laboratorijske nalaze prije i poslije primjene PG došlo se do zaključka da ovi pod djelovanjem PG ne podliježu bitnijim promjenama.

Budući da je djelovanje PG identično djelovanje oxytocina to se primjenom jednog i drugog u indukciji poroda, metodom komparacije, došlo do zaključka da PG »would be superior to oxytocin for induction of labor at term [13]. Dapače i u slučajevima refrakternim na oxytocin, PG se pokazao veoma djelotvoran. Veoma dobri uspjesi su postizani kombinacijom PG sa oxytocinom gdje se i sa manjim dozama PG došlo do izvrsnih rezultata [21].

Hinmann [13] smatra da će se PG uskoro moći određivati u krvi i u tkivima putem kromatografije odnosno otkrivanjem markiranih elektrona.

NAŠ MATERIJAL I METOD RADA

Budući smo raspolagali sa veoma ograničenom količinom PGF_{2a} (10 amp. a'25 mg) to smo obradili samo 8 slučajeva sa trudnoćom od 14—24 tjedna.

Tabela br. 1

R. br.	Dob	Zanimanje	U braku	P.	Ab.
1.	18	đak	Ne	0	0
2.	23	radnica	Ne	0	0
3.	43	težak	Da	11	0
4.	18	đak	Ne	0	0
5.	24	radnica	Da	1	1
6.	16	đak	Ne	0	0
7.	17	đak	Ne	0	1
8.	32	službenik	Ne	1	1

Iz ove se tabele najočitije vidi statistička struktura žena iz koje se regrutiraju bolesnice sa podmaklom trudnoćom. U našem prikazu to su u 50% učenice odnosno 75% neudate žene. (Na temu podmakle trudnoće kod maloljetnica smo se osvrnuli u jednoj publikaciji X i mislimo da ona predstavlja problem većine ginekoloških odjeljenja urbano-industrijaliziranih sredina). Nakon detaljnog upoznavanja o djelovanju medikamenata, a shodno našim mogućnostima i uslovima rada, odlučili smo se za jednokratnu intraamnijalnu upotrebu PGF_{2a} u količini od 10—25 mg koju bi dozu u slučaju neuspjeha ponavljali nakon 24 sata time da bi se bez obzira na ishod rezultata prestali sa daljnjim ispitivanjem nakon 48 sati.

Tabela br. 2.

R. br.	Tjedan trudnoće	Doza PGF _{2a}	Uspjeh	Vrijeme ekspanzije	Orasthin	Komplikacije
1.	24	2x25	+	45.30	Ne	Ne
2.	19	15	+	35.40	Da	Ne
3.	14	2x10	—	—	Ne	Ne
4.	16	15+25	+	44.15	Ne	Ne
5.	18	25	+—	42.00	Da	Ne
6.	18	25	+	15.20	Da	Ne
7.	20	25	+	15	Da	Ne
8.	22	2x25	+	28.30	Ne	Da

PGF2a smo uštrcavali intraamnijalno transabdominalnim putem. Slučajeva nismo odabrali nego smo ih sakupili u roku od mjesec dana redosljedom kako su se javljali komisiji za prekid trudnoće u vremenu od 22. I 1973 — 19. II 1973. g.

Sve su bolesnice prethodno podvrgnute detaljnom internističkom pregledu sa kompletnom laboratoriskom obradom. Nakon završenog ispiti vanja svima bolesnicama su kontrolirani laboratoriski nalazi, ali nisu nađene nikakve signifikantne promjene. Sve su bolesnice izvanredno dobro podnijele intraamnijalnu upotrebu PGF2a, tako da u sedam slučajeva nije bilo nikakvih reakcija osim nešto češćeg mokrenja. Jedino kod posljednje žene koja je anamnestički imala S. C. nakon ponovljene aplikacije PGF2a u količini od 25 mg pojavila se kratkotrajna tresavica, a nakon 4 sata i 30 minuta od ponovljene injekcije PGF2a došlo je do izbacivanja fetusa. Moramo napomenuti da je kod ovog slučaja u dva navrata za vrijeme punkcije cavuma uteri došlo do pojave krvi.

S obzirom na ograničen broj medicinskog osoblja te otežane uslove rada ordinirali smo najedanput određenu količinu PGF2a kako slijedi (tabela br. 2.): u jednom slučaju 2x10 mg, jedan put 15 mg, u jednom slučaju 15 mg, te nakon 24 sata 25 mg, kod tri slučaja smo ordinirali po 25 mg i konačno kod dva slučaja 2x25 mg PGF2a. Dakle u slučajevima gdje nakon prve aplikacije medikamenta u roku od 24 sata nije došlo prekida trudnoće mi smo davali po drugi put odgovarajuću dozu PGF2a ne premašujući ukupnu količinu od 50 mg i ne premašujući vremenski period od 48 sati.

U šest slučajeva smo imali potpun uspjeh, u jednom djelomičan, a u jednom neuspjeh. Budući smo imali jako ograničene količine medikamenta nastojali smo da sa manjim količinama postignemo što bolje rezultate (r. br. 2, 5, 6, i 7) što nam je uz primjenu sol. glucesae 5% 500 cm+orasthin 5V. j. uspjelo. Svim smo ovim bolesnicama ordinirali Orasthin u razmaku od dva sata nakon intramnijalne aplikacije PGF2a.

U slučaju r. br. 3, gdje smo u dva navrata davali po 10 mg PGF2a nije došlo do ekspulzije ovuluma, mada je bolesnica imala trudove praćene neznatnim smeđkastim krvarenjem. Pobačaj smo završili na drugi način.

Djelomičan uspjeh smo imali u slučaju r. br. 5, gdje je došlo do izbacivanja fetusa ali posteljica nije izlazila spontano te se moralo instrumentalno završiti pobačaj nakon jedan sat iza izbacivanja fetusa.

Početak trudova kod svih bolesnica javljao se već nakon 10—20 minuta iza aplikacije PG.

Temperatura, RR, puls kroz cijelo vrijeme promatranja ostali su u granicama normale uz neznatne oscilacije. Somnolentnost nismo zapazili kod nijedne pacijentice.

Vrijeme ekspulzije ovuluma je u prosjeku bilo 32,10 sata nakon primljenog PG. Ako pak odvojimo bolesnice koje su uz PGF2a primile i Orasthin i v. tad je izbacivanje ovuluma znatno kraće i iznosi prosječno 27 sati, dok je kod bolesnica koje nisu primile Orasthin prosjek izbacivanja ovuluma 39,25 sati.

ma
dva
varosn
sre
nek
rati
razi
jedi
u rkao
njiv
abosan
kad
lika
se
nonrim
noć
doc

rezi

witl
abc
onetion
rati

indi

Sve su bolesnice već treći dan nakon pobačaja zdrave otišle kućama. U pet slučajeva je došlo do potpunog izbacivanja ovuluma a u dva slučaja smo morali pobačaj završiti instrumentalno zbog jačeg krvarenja.

Prosječan gubitak težine bolesnica iznosio je 1 kg.

KOMENTAR

Na osnovu brojnih publikacija izašlih u skorije vrijeme kao i na osnovu našeg skromnog iskustva, čini nam se da smo dobili još jedno sredstvo u rješavanju neželjene trudnoće uvodeći PG u svakodnevnu ginekološku terapiju. Obzirom da PG predstavljaju važnu kariku u generativnoj funkciji, njegovo će djelovanje imati nesumnjivo snažnog odraza u kreiranju populacione politike u budućnosti. Ubikvitarnost ovog jedinjenja u ljudskom organizmu samo je potvrda njegove bitne uloge u reproduktivnoj funkciji čovjeka od koncepcije pa sve do poroda.

Netoksičnost, dobra podnošljivost, raznovrsna mogućnost primjene kao i efikasnost uz skraćen interval »aplikacija — ekspulzija« su nesumnjivo povoljni medicinski atributi ovog do sada jedinstvenog i pravog abortivuma.

Smatramo da je naš način aplikacije veoma jednostavan i bezopasan te pogodan za zdravstvene ustanove sa manjim brojem medicinskog kadra gdje nije moguć stalan nadzor pacijenta, koji je kod drugih oblika primjene PGF2a neophodan. Pomoću i. v. primjene Orasthina može se uspjeh PG znatno poboljšati a vrijeme ekspulzije skratiti. Sa količinom od 10 mg PGF2a apliciranom u dva navrata nismo imali uspjeha.

Naš uspjeh u 7 slučajeva od osam tretiranih smatramo veoma dobrim, a ovo sredstvo prikladnim u rješavanju slučajeva poodmakle trudnoće, što do danas nismo imali, i gdje smo ne sasvim rijetko bili svjedoci i fatalnih završetaka dosadašnjim načinom tretiranja.

Obzirom na suviše mali broj obrađenog materijala, naši se skromni rezultati moraju uzeti uz izvjesne mjere predostrožnosti.

SUMMARY

PGF2a AS ABORTIVUM IN AN ADVANCED PREGNANCY

Franjo Čurić

The author is presenting his experience in treatment of eight patients with single intraamniacal application of PGF2a in dose of 10—25 mg for an abortion of advanced pregnancy. There was a full success in six, partial in one case and failure in one case too.

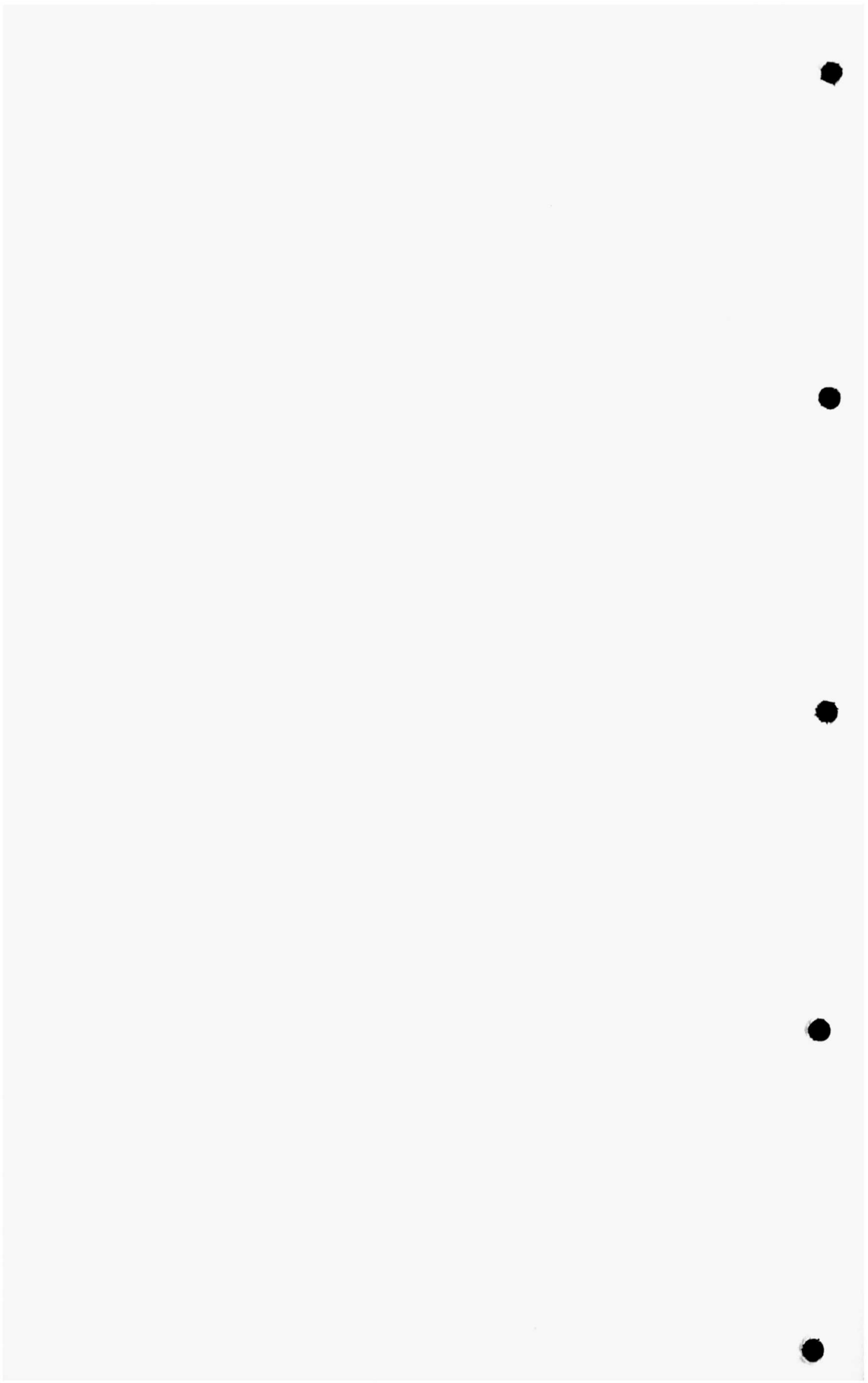
All, but one patient who suffered a transient tremour after the application, responded very well to intraamniacal single application of PGF2a. Laboratory findings change was not affected by PGF2a at all.

According to the author, PGF2a should be recognized as an agent in an indicated abortion of advanced pregnancy.

LITERATURA

1. *Beazley J., Brunmer H., Kurjak A.*: Distribution of 9H3 Prostaglandin F2 in pregnant and non-pregnant Subjects. *Jour. of Obst. a. Gynec. of the British Commonwealth* 79 : 800, 1972.
2. *Braaksma J., Brenner W., Fishburne J., Staurovski L.*: Intrauterine extra-amniotic damistration of Prostaglandin F2a for therapeutic abortion. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 114 : 511, 1972.
3. *Brat T., Decoster M.*: Interruption de grossesse a'l'aide de Prostaglandin F2a. *J. Gyn. Obst. Reper.* 1 : 385, 1972.
4. *Brenner W.*: Intravenous Prostaglandin F2a for therapeutic abortion The efficacy and tolerance of the three dosage schedules. *Am. J. Obst. Gynecel.* 113 : 1037, 1972.
5. *Brenner W., Hendricks C. H., Braaksma J. T., Fishburne J. I., Kroncke F. G., Staurovsky L.*: Intraamniotic administration of Prostagland F2a to induce therapeutic abortion. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 114 : 781, 1972.
6. *Bygdemann M., Kwon S. U., Mukherjee T., Wiqwist N.*: Effect of intravenous infusion of Prostaglandin E1, E2 on motility of the pregnant human uterus. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 102 : 317, 1968.
7. *Bygdemann M., Kwon S. U., Mukherjee T., Roth-Brandel U., Wiqwist N.*: The effect of the Prostaglandin F compounds on the contractility of the pregnant human uters. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 106 : 567, 1970.
8. *Cantor B., Jelowitz R., Warren M., Dyrenfurth I., Patner A., Vande Wiele R. L.*: Hormonal changes during induction of midtrimester abortion by Prostaglandin F2a. *Am. J. Obstet. Gynecol.*: 113 : 607, 1972.
9. *Dreher E., Lippert T. H.*: Inductio of abortion by intravenous infusions Prostaglandin F2a: *Arch. Gynäk.* 213 : 48, 1972.
10. *Embrey M.*: Prostaglandine zur Wehenstimulirung. *Gynäk. Rdsch.*: 10 : 268 1970.
11. *Embrey M., Hillier K.*: High dose intravenous administration of Prostaglandin E2 and F2 the termination of midtrimester pregnancies. *Jour of Obst. a. Gynec. of the british Commonwealth* 79 : 14, 1972.
12. *Hendriccks C. H., Benner W. E., Ekbladh L., Brotane K. V., Fishburne J. I.*: Efficacy and tolerance of intravenous Prostaglandin F2a and E2. *Am. J. Obstet. Gynecol.*: 111 : 564, 1971.
13. *Hinmann J. W.*: Developing applications of Prestaglandins in Obsstetrics and Gynecology. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 113 : 130, 1972.
14. *Karin S. M., Filshie G. M.*: The use of Prostaglandin E2 for therapeutic abortion. *Jour. of Obst. a. Gynec. of the British Commonwealth.* 79 : 1 1972.
15. *Karim S. M., Sharma S. D.*: Termination of second trimester pregnancy with 15 Methylanalogues of Prostaglandins E2 and F2a. *Jour. of Obst. Gynec. of the British Commonwealth* 79 : 737, 1972.
16. *Karim S. M., Sharma S. D.*: Therapeutic abortion and induction of labour by intravaginal administration of Prostaglandins E2 and F2a. *Jour. of Obst. a. Gynec. of the British Commonwealth* 78 : 294, 1971.
17. *Karim S. M., Sharma S. D.*: The effect of the ethyl alcohol on Prostaglandins E2 and F2a induced intrauterine activity in pregnant Women. *Jour. of Obst. Gynec. of the British Commonwealth.* 78 : 251, 1971.
18. *Karim S. M.*: Effects of oral administration of Prostaglandins E2 F2a on the Woman uterus. *Jour. of Obst. Gynec. of the British Commonwealth.* 78 : 289, 1971.
19. *Keller J. P., Ruppen M., Gerber C., Schmig J.*: Placental function in Prestaglandin induced labour. *Jour of Obst. a. Gynec. of The British Commonwealth* 79 : 804, 1972.
20. *Kinoshita K., Wagatsuma T., Hogak M., Sakamoto S.*: The induction of abortion by Prostaglandin F2a. *Am. J. Obstet. Gynecol* 111 : 855, 1971.
21. *Kochenour N., Engel T., Henry G., Droegemueller W.*: Midtrimester abortion produced by intraamniotic Prostaglandin F2a augmented with intravenous oxytocin. *Am. J. Obstet. Gynec.* 114 : 516, 1972.

22. *Lippert T. H.*: Therapeutische aspekte der Prostaglandin—Forschung in der Frauenheilkunde. *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 32:13, 1972.
23. *Midwinter A., Bowen M., Shepard A.*: Continuous intrauterine infusion of Prostaglandin E2 for ter ination of Pregnancy *Jour. of Obst. a. Gynec. of the British Commonwealth* 79:807, 1972.
24. *Speroff L., Ramwell P.*: Prostaglandins in reproductive physiolo gy. *Am. J. Obst. Gynecol.* 107:1111, 1970.
25. *Symonds E. M., Fahmy D., Morgan C., Roberts G., Gomersall C. R. Turnbull A. C.*: Maternal plasma Oestrogen and progesteron levels during therapeutic abortion induced by intraamniotic injection of Prostaglandin F2a. *Jour. of Obst. a. Gynec. of the British Commonwealth* 79:976, 1972.
26. *Wentz A. C., King Th.*: Intramyometrial Prostaglandin F2a: *Am. J. Obstet. Gynecol.* 114:112, 1972.



UČESTALOST I MEHANIZAM RECIDIVIRAJUĆIH HERPETIČKIH KERATITA

R. PETROVIĆ — JOVANOVIĆ i P. TOMIĆ

U toku našeg posmatranja u periodu od 1970—1976. godine lečeno je 108 bolesnika sa recidivirajućim oblikom herpetičkog keratita. Kroz analizu našeg materijala obuhvatili smo najvažnije faktore koji bi mogli da utiču na bolesnika ili uzročnik, bilo pre pojave ili u toku bolesti.

Zapaženo je da procenat recidiva raste sa težinom kliničke slike. Recidivi su u blagom porastu sa godinama starosti, vezani su za promenu temperature, kao i za neke metode lečenja, od kojih pojedine deluju povoljnije od drugih.

Svi navedeni činioci bilo da su za nas vidljivi ili nevidljivi, utiču na dužinu lečenja, oštrinu vida, pojavu recidiva i odbranu organizma.

Izvesna znanja iz umunologije nude zaključak da zaštitni mehanizmi domaćina pod normalnim okolnostima mogu da spreče bolest ili bar da ograniče njeno širenje i ozbiljnost, a sve to uzeti uslovno, odnosno zavisno od psihološke ravnoteže i stanja imuno-biološkog sistema čoveka.

Kad govorimo o herpetičkoj infekciji mislimo na opšte oboljenje organizma, a oftalmoherpese je u sklopu diseminiranog oboljenja organizma. Herpetička oboljenja kao takva treba da budu posmatrana sa medicinsko-socijalnog i društvenog aspekta.

U kliničkoj slici herpetičkih keratita dominira problem recidiva čija je pojava česta i ne može se predvideti. Procenat recidiva u toku evolucije raste bez oktrivanja aktivnosti V. H. S.* Imajući u vidu težinu kliničke slike, dužnu lečenja kao i pad funkcije vida sa svojim kasnijim posledicama odlučili smo da ovaj problem donekle sagledamo delom kroz literaturu nama pristupačnu, delom kroz materijal koji smo obrađivali. Mnogobrojne metode primenjivane u lečenju herpetičkih keratita, odnosno ponovna pojava herpetičkog oboljenja govori o nedovoljnom efektu dosadašnje terapije. I to je baš ono što od nas traži ne samo da tragamo za novim terapijskim metodama već i tražimo uzroke ponovne pojave herpesa oka i preduzimamo mere za njegovo sprečavanje davanjem lekova koji obezbeđuju imunološku zaštitu i mogu da spreče pojavu primarnog i recidivirajućeg herpesa. Brojni autori preporučuju interferon [2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11] i antiherpetičku vakcinu [12, 13.].

Uzroci pojave recidiva nisu na zadovoljavajući način objašnjeni ili bolje rečeno o njihovoj pojavi postoji više pretpostavki nego pravih objašnjenja.

Više autora pojavu recidivirajućih herpesa vezuje za virulenciju virusa, odnosno tip virusa od koga zavisi klinička slika vezana za enzimatološka iskretanja [14, 15, 16] i faktor čovek-ćelija na koga utiču izvesni faktori reaktivacije, mada kod mnogih slučajeva nisu bili dokazani.

Naš materijal

U našem materijalu posmatrano je 108 bolesnika odnosno 50,1% sa recidivirajućim herpesom u odnosu na ukupan broj lečenih (212) u periodu od 7 godina. Najveći broj bolesnika lečen je kao prvi recidiv (63) 58,3%, sa drugim recidivom ima samo (24) 22,2% u (11) 10,2% slučajeva došlo je do pojave recidiva po treći put, dok se po četvrti put recidiv herpesa ispoljio kod 10 bolesnika (9,3%).

DISTRIBUCIJA LEČENIH RECIDIVA U PERIODU 1970-1976.

Tabela 1.

Godina lečenja	Ukupno obolelih	R e c i d i v i			
		I	II	III	IV
Ukupno:	108	63	24	11	10
1970.	21	10	6	2	3
1971.	21	14	5	2	-
1972.	14	10	1	1	2
1973.	17	8	6	2	1
1974.	9	3	2	2	2
1975.	9	6	-	1	2
1976.	17	12	4	1	-
Struktura:	100,0	58,3	22,2	10,2	9,3

Naši podaci u vezi sa učestalošću recidiva pokazuju izvesna odstupanja u poređenju sa drugima [17, 18]. Po Gillu, 1976. [17] broj recidiva se vremenom povećava. Njegovi izvještaji pokazuju da primarni oblici daju manji procenat recidiva, do 20%, a primarni recidivi 43% u periodu za dve godine.

Zatim je Gill našao 50% recidiva koji su se pojavili u toku dve godine, kod bolesnika sa različitom kliničkom slikom, lečenih različitim terapijama. Posle 9 godina praćenjem bolesnika koji su ranije imali atak herpetičke infekcije našao je 85% recidiva, dok kod onih koji nisu imali herpetičnu bolest procenat recidiva je bio gotovo duplo manji — 45%. Binder [8] je našao da je posle prve infekcije recidiva bilo 18 — 25% a posle jedne ili više epizoda stepen recidiva se povećava na 43%.

Kao što je poznato, duboki keratiti — keratouveiti koji u najvećem broju slučajeva recidiviraju izazvani su uglavnom virusom tipa 2. Mi nismo imali mogućnosti da izolujemo virus, da identifikujemo tip i antigene grupe i da ispitamo količinu imunoglobulina, ali analizom našeg materijala posmatrajući procenat recidiva u odnosu na primarni oblik zapazili smo da su oni u direktnom odnosu sa težinom kliničke slike. Tako smo

našli da je procenat recidiva kod površnih oblika bio 46% a kod keratouveita 91%.

Imunološke studije su izučavanjem antitela prema bakterijskim i tkivnim antigenima kod obolelih od oftalmoherpese ukazale da se kod recidiva radi o mešanoj bakterijskoj i virusnoj infekciji. Takvi slučajevi imaju, takođe, težak klinički tok i pokazuje tendenciju da se šire ne samo u dublje slojeve rožnjače nego i u dužicu, horioideju, nerv i skloni su čestim recidivima [19].

Prateći pojavu recidivirajućeg herpesa u odnosu na uzrast bolesnika, našli smo da je pojava recidiva u izvesnom stepenu zavisila od godina starosti. Mada se recidivi prema našim podacima javljaju i u mlađim dobnim grupama, od 1 do 40 godina starosti imamo 45,3%, a od 40 do 80 godina 54,7% bolesnika, što bi se moglo da objasni smanjenim imunološkim odgovorom u starijim godinama (grafikon 1).



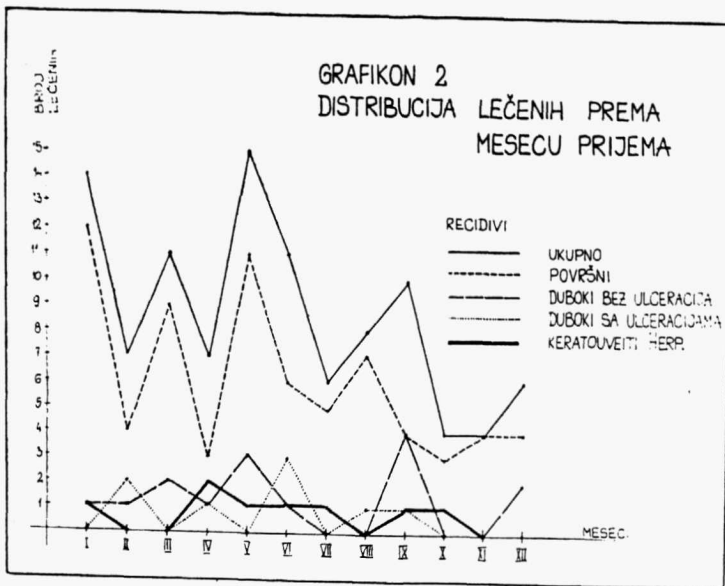
U pogledu vremena ispoljavanja recidivi pokazuju izvesna odstupanja od nama poznatih provokativnih faktora, odnosno analiza našeg materijala nije potvrdila sezonsku korelaciju. Recidivi su se javljali na lečenje najčešće u petom mesecu, u trećem i šestom nešto manje, kao i devetom mesecu (grafikon 2).

No ipak treba dodati da na pojavu recidiva izgleda da su uticali vetar, sunce, hladnoća, male povrede i stresovi. Pretpostavlja se da bi pojava recidiva mogla da se dovede u vezu sa promenom temperature okoline i tela, koja bi uticala na početak stvaranja interferona ili njegove inhibicije [20] i antitela [21].

Efekte pojedine vrste terapije je bilo teško oceniti s obzirom da je kod jednog bolesnika upotrebljavano više terapijskih metoda. Izdvojiti upravo onaj lek koji je delovao na poboljšanje bolesti bilo je veoma teško. Uzeli smo u obzir ipak onu terapiju posle čije primene je došlo

do poboljšanja, pri čemu treba imati u vidu i mogućnost spontanog izlječenja [22].

Najveći broj recidiva se javljao kod onih bolesnika gde smo primenjivali standardnu terapiju, a najmanji kod bolesnika lečenih krioterapijom i abrazijom.



pijom i abrazijom. Ove rezultate treba uzeti sa rezervom jer su kliničke slike bolesti kod lečenih bile različite težine.

Mišljenja smo stoga da standardna terapija nije uticala na pojavu recidiva već da je neadekvatno lečenje ovom terapijom omogućilo dalje razmnožavanje virusa. Izlečenje ili pogoršanje nismo mogli da povežemo ni sa dozom ni načinom davanja lekova. Zaključili smo isto tako da ishod bolesti ne zavisi od visokih doza preparata jer su i niske koncentracije leka mogle da obezbede izlečenje, verovatno time što su delovali inhibitorno na specifičnu DNK polimerazu ili mutaciju virusa. Druge metode na izgled mehaničke kao krioterapija na primer, uticale su na imunološki sistem čoveka [22]. U drugom slučaju, gde nije došlo do ozdravljenja, pretpostavljamo da je virus bio rezistentan na datu terapiju, a organizam imunološki nepripremljen da ograniči infekciju. Dodajmo na kraju da terapijski postupci i zaštitni faktori dovode do kliničkog ozdravljenja, ali ponovna pojava iste bolesti jasno dokazuje da organizam nije oslobođen latentnog virusa.

Diskusija

Pojavu recidiva sa sigurnošću ne možemo objasniti ali ih možemo dovesti u vezu sa izvesnim pretpostavljenim činiocima koji utiču na njihovu pojavu. Provokativni faktori, od kojih mnogi nisu dokazani, remete psihičku ili fizičku ravnotežu organizma, što dovodi do promene u odnosu između virusa i ćelije, tako da dotadašnje zavisno stanje prelazi

u nezavisno. Tada sintetski mehanizmi ćelije preorijentišu svoju sintezu u smislu sinteze virusa, a drugi ili isti mehanizmi kočē sintezu interferona. Tada skriveni virus u Gasserovom ganglionu [23, 24], suznim žlezdama [25] i senzitivnim nervima rožnjače [26] počinje da se razmnožava, naime da realizuje svoje genetičke informacije, da ubija enzimski sistem ćelije i da ćelija domaćina počinje da trpi degenerativne promene, koje u većini slučajeva dovede do njenog potpunog uništenja.

SUMMARY

FREQUENCY AND MECHANISMS OF THE RECIDIVANT HERPETIC KERATITIS

R. Petrović — Jovanović i P. Tomić

During the period of follow-up, from 1970—1976, 108 patients with recidivant type of herpetic keratitis were treated. In our study we have considered the most important factors that could affect the patient, or the cause, either prior to the onset of disease or during its course.

It has been recognized that the percentage of recidivs is increasing with the state o the clinical feature.

Recidivs are slightly increasing with age, they depend on temperature change, so as on particular methodes of treatment, some of which being more efficient than the others.

All of the mentioned factors, either apperent or unvisible to us, affect the duration of tretment, sharpness of sight, development of recidivs and defense of the organism.

Certain knowledge in immunology leads one to conclusion that the disease or, at least, its expansion and condition, can be prevented by the protective mechanisms of the host under normal circumstances, speaking, relatively, since all this depends on psychologic balance and the condition of human immuno-biologic system.

LITERATURA

1. *Sundmacher, D. Neuman-Haetlin*: Klin. Mbl. Augenheik. 169 (1976) 728—737 F. Enke, Verlag, stuttgart.
2. *Oh J. O. Gilbe J.*: Imm. of Bacteriology, 1966, 91, 1, 251—256.
3. *A. A. Kasparov, N. A. Zeitlenok, N. S. Zaiceva, Fadeeva L. L. Viljner L. M. R. H. Oganjesjak, T. V. Muraveva, V. L. Vinogradova L. M. Brodskaja*: Oftalmolog. Žurn. 1972, 1, 49.
4. *Demaiilly Ph., Hamnard H., Luton J.*: Bull. Soc. Franc Ophthalm, 1975, 87, 1.
5. *N. S. Zajceva Ju. A. Čeglakov, T. V. Muravjeva, A. A. Kasparov, T. M. Majevskaia*: 1975, 5, 67, Vesmnik Ofmalmolg.
6. *N. S. Zajceva T. V. Muravjeva, N. M. Furer, V. L. Vinogradova, G. G. I. Kričevskaia A. N. Litvinov*: Vestnik oftalmolog 1976. 3, 39.
7. *Mc Mill, Fraunfelder Jones*: Surv. Ophthalmol, 20 (5) 358—365, March-April, 1976.
8. *Perris. Binder M. D.*: Surv Ophthalmol, 2 (4) Januaky — Februar, 315, 1977.
9. *Kasparov A. A. Popova Z. S.*: Vestnik Oftalmol, 1978, 2, 40.
10. *Špak T. H.*: Oftalmologl. Žur. 1978, 6, 448; 1979, 2, 82.

11. P. Tomić i R. Petrorvić-Jovanović: Zbornik, VII Jugoslovenski sinposium o zdravstvenoj zaštiti na nivou doma zdravlja, Priština, 24, 25, 26. oktobar, 1979.
12. Šubladže A. K., Majevskaja T. M., Anajev V. A.: Voprosi virulooi, 1960, 6, 735.
13. Kasparov A. A. Majevskaja T. M.: Oftalmolog, Žurl. 1972, 2, 119.
14. Oh Y., Stavens T. R.: Arch. Ophthalmol, 1973, 90, 437—476.
15. Majčuk Ju. F., Pozdnjakov V. I., Ščinanova A. I.: Virusgije zabojevanija glaz, Medecina, 1978, 73.
16. Ščipanova A. I., Majčuk V. Ju.: Oftalmolog. Žur. 1979, 1. 50.
17. Francois J.: Ann. Oculist. Paris, 1973, 206, 613—618.
18. Dimšić L. A., Citir. po Kisparovu Z. S., Polova, T. I., Kričevskaja: Vestnik Oftal. 1972, 3, 6.
19. Zajceva N. S., Ržečickaja O. B., Muravjeva T. V., Ljudogovskaja L. A.: Oftasmol. Žur, 1979, 2, 91.
20. Isaacs A.: Antivinal action of interferon Britsh. Med. J., 1962, 2, 353—355.
21. Marshall J. D.: The Influence of Ambient Temperature on the Course of the Mylomatosis in Rabbits: J. Hug. 1959, 57, 484—497.
22. Schulman Sidney and Zappi E.: Cryogenics in Surgery, Vansunger Publises, Bern, Stuttgart, Vienna, 1971, 3, 42.
23. Baringer J. R., Swoveland P.: Recovery of Herpes-simplex virus from human trigeminal ganglions.: N. Engl J. Med. 288. 648—650, 1973.
24. Nesburn A. B., Cook M. L., Stevens J. G.: Latent Herpes simplex virus. Isolation from rabbit trigeminal ganglia between episodes of recurrent ocular infection. Arch Ophthalmol 88 : 412—417, 1972.
25. Brown D. C., Kaufman H. E.: Chronic herpes simplex infection of the ocular adnexa. Arch. Ophthalmol 81 : 837—839, 1969.
26. Dawson C., Tagni B., Moorc T. E. Jr.: Structural changes in chronic herpetic keratitis, studied by light and electron microscopy. Arch. Ophthalmol 79 : 740—747, 1968.

PLUĆNE METASTAZE KARCINOMA ŠTITNE ŽLIJEZDE

JOVO DESANČIĆ

Ovim prikazom bolesnika autor želi svojim skromnim iskustvom iz pulmološke prakse da doprinese sagledavanju složene problematike, vezane za karcinom štitne žlijezde, na koga ljekar-kliničar, nerijetko, prvi put pomisli na osnovu radioloških promjena na plućima, koje se dopunskom obradom, na kraju, dovedu u uzročnu vezu sa skrivenom, minimalnom, pri marnom neoplazmom štitnjače.

Karcinom štitne žlijezde spada u red najzanimljivijih i najspornijih tumora u oblasti onkologije po svojim makroskopskim, mikroskopskim i kliničkim osobinama [1, 4]. Rijedak je i na njega otpada oko 0,6% svih karcinoma [1, 6]. Rasprostranjen je na svim geografskim širinama. U literaturi nema podataka da je na jednom području manje a na drugom veće učestalosti. Dodoše, njihova rasprostranjenost i učestalost nije precizno utvrđena zbog pomanjkanja jedinstvenih kriterijuma, mogućnosti i interesa [2]. Prema nekim autorima, na 100.000 stanovnika umire, jedan, uz evidentan porast mortaliteta. U svijetu postoji više klasifikacija karcinoma štitne žlijezde, od kojih se često primjenjuje, ona, koja ih djeli na diferencirane i nediferencirane.

A) Diferencirani

1. Papilarni
2. Folikularni

B) Nediferencirani

1. Medularni
2. Anaplastični

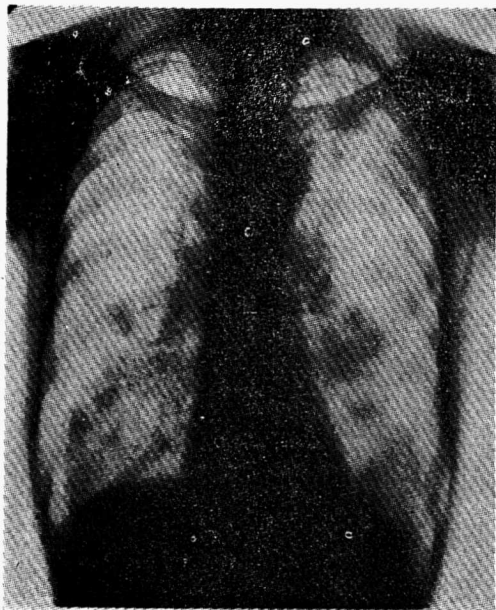
Sve se, manje više, baziraju na histološkom izgledu tumora, na načinu rasta, odnosno širenja, osjetljivosti prema radioaktivnom jodu i stepenu maligniteta.

Dijagnostika ovih tumora je veoma teška i složena zbog čega zahtjeva timski rad stručnjaka raznovrsnih profila sa visokim stepenom uzajamnosti i međuzavisnosti što se, nažalost, ne primjenjuje u velikom broju naših zdravstvenih institucija. Zasad se primjenjuju sledeće dijagnostičke metode: klinički pregled, metoda fiksacije radioaktivnog joda, punkciona citodijagnostika i biopsija extempore. Terapija je aktivna hirurška u kombinaciji sa hormonskom, zračnom, citostatskom i radiojodnom [3]. Folikularni karcinom je zloćudniji od papilarnog, ali je zato dobroćudniji od medularnog i anaplastičnog.

Prikaz bolesnika

1. bolesnica: T. R. (76 godina) boravila je na Grudnom odjelu, mjesne bolnice, marta mjeseca 1978. god. zbog plućnih metastaza karcinoma štitnjače.

Bolesnica je u svojoj dvadeset i šestoj godini, navodno, napipala neki čvorić u donjem, desnom kvadrantu, prednje strane vrata, veličine lješnika koji je bio tvrd, pokretan i bezbolan. Pomenuta tvorevina, vremenom je rasla do veličine muške pesnice ne pričinjavajući joj značajne tegobe sve do 1965. god. kada je primijetila da otežano diše i lako se zamara uz nervozu i eksplozivnost. Radi navedenih tegoba upućena je u bolnicu gdje je iste godine operisana zbog utvrđenog karcinoma štitne žlijezde, nakon čega je zračena u području vrata. Sve do 1971. godine osjećala se dobro, redovno se kontrolisala, kada je počela mršaviti i fizički propadati. Te godine, prvi put su registrovane, radiološki plućne metastaze. Od 1971. do 1974. godine, sedam puta je boravila na klinici za unutrašnje bolesti »Rebro« u Zagrebu. Do 1972. godine primila je u tri navrata, ukupno 370 mC J—131 zbog metabolički aktivnih plućnih



Slika 1.

metastaza. Uz to je uzimala i Thyral kao trajnu supsticionalnu terapiju. Do prvog boravka u mjesnoj bolnici Bos. Gradiška, 1977. godine bila je pod kontrolom dispanzera za plućne bolesti. Sada dolazi na odjel zbog teškog disanja i lakog zamaranja.

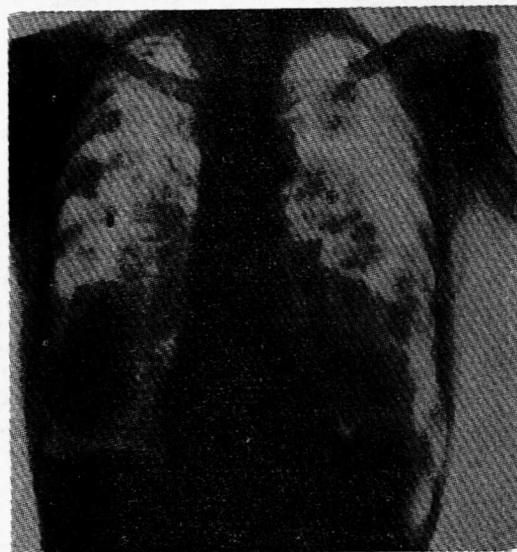
Bolesnica je slabo razvijena i uhranjena, prisebna, pokretna, afebrilna, dispnoična, cijanotična sa nabrklim, pulzirajućim vratnim venama u sjedećem položaju. Na vratu, sprijeda, pravilan, polukružni operativni

ožiljak — nakon strumektomije. Na desnoj strani vrata koža je atrofična hiperpigmentovana — stanje nakon zračenja.

Nalazi: Se: 60/89, u hemogramu policitemija sa poliglobulijom. Ostali rutinski laboratorijski nalazi kreću se u granicama normalnih vrijednosti. RR: 110/70, Ekg: sinus ritam, 80/min. sa devijacijom električne osovine udesno.



Slika 2.



Slika 3.

Rtg pluća: obostrano, od vrha do baze, mnogobrojne, kružne i ovalne sjene, jasno ocrtane, različite veličine djelom pojedinačne, djelom slivene. kako na P—A snimci pluća tako i na profilnoj projekciji i frontalnoj tomografiji. (slika 1, 2, 3). Nije bilo radioloških znakova metastat-

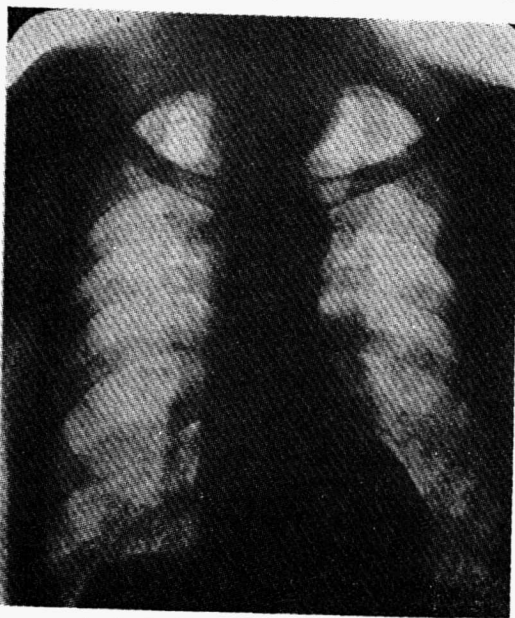
skih promjena na kraniogramu, kičmi i dugim kostima. Po izlasku iz bolnice samo je jedanput bila u Dispanzeru na kontroli i to u julu mjesecu 1979. godine da bi nakon nekoliko dana umrla pod nepoznatim okolnostima.

2. bolesnik: P. R. (51 godina) penzioner, boravio na Grudnom odjelu Medicinskog centra Bos. Gradiška, krajem 1979. godine zbog opsežnog izljevica u lijevom hemitoraksu.

IZ ANAMNEZE: bolesnik je 1966. godine operisao štrumu kada je izvađen lijevi režanj, a 1970. godine odstranjen je ostatak štitnjače. 1976. godine zbog recidivirajućeg karcinoma štitne žlijezde sa infiltracijom laringsa i traheje te obostranih metastaza na vratu — restrumektomija sa parcijalnom resekcijom laringsa i traheje i obostrana radikalna disekcija vrata. Budući da se radi o folikularnom karcinomu koji akumulira radiojod bolesnik je kasnije primio terapijske doze J-131 i Thyral kao trajnu supstitucionalnu terapiju. Bio je pod stalnom kontrolom nadležne zdravstvene službe. Dobro se osjećao sve do novembra mjeseca 1979. godine, kada je osjetio otežano disanje, razupiranje u grudnom košu sa bolovima u predjelu srca, uz suvi kašalj, zbog čega je smješten na pulmološki odjel, mjesne bolnice.

Bolesnik je osrednje razvijen i uhranjen, priseban, pokretan, afebrilan, dispnoičan u miru, promukao. Perkutorno skraćen plućni zvuk nad lijevim hemitoraksom sa skoro nečujnim disanjem. Srce fizikalno, bez osobitosti. RR: 120/90. Na vratu, sprijeda više pravilnih, operativnih ožiljaka, horizontalnog smjera sa dubokom jugularnom jamom.

Nalazi: Se: 40/60, dok se ostali rutinski laborat. nalazi kreću u granicama normalnih vrijednosti. Ekg: orijentaciono bez osobitosti Rtg



Slika 4.

pluća: homogeno zasjenjenje lijevog hemitoraksa sa dislokacijom srčano-žilnog masiva udesno. (slika 5) koja registruje brzu i veliku progresiju radioloških promjena u poređenju sa slikom 4.

U dva navrata dobio se pleuralnom punkcijom po četiri litra sukrvičavog punktata sa 85 mg % šećera i 5,70 ukupnih proteina — Rivalta pozitivtan. Otpušten je kući, po savjetu, uz simptomatsku terapiju.



Slika 5.

Diskusija

Prikazano je dvoje pacijenata sa folikularnim karcinomom štitne žlijezde, različitog spola i uzrasta, slične kliničke evolucije i vremena preživljavanja — oko četrnaest godina. I kod jednog i kod drugog pacijenta učinjena je u terapijske svrhe totalna tireodektomija uz zračnu i hormonsku terapiju. Kod bolesnice metastatske promjene na plućima ranije su se pojavile i duže trajale, sedam godina prije smrti uz primjetnu progresiju radioloških promjena. Ova progresija je najvjerojatnije posljedica ne uzimanja ili neurednog uzimanja supstitucione hormonske terapije koja djeluje inhibitorno na metastaze u plućima [6]. Bolesnica je godinama živjela sa opsežnim, obostranim, od vrha do baze, bizarnim metastatskim promjenama na plućima bez upadljivih kliničkih tegoba.

Kod bolesnika plućne metastaze kasnije su se pojavile, godinu dana prije očekivane smrti i u drugoj formi u vidu okrugle lezije, lijevo, latero-infraklavikularno sa naknadnim opsežnim, pleuralnim izljevom. Koštane metastaze kod prikazanih bolesnika nisu radiološki registrovane.

Folikularni karcinom javlja se u oko 25% slučajeva karcinoma štitne žlijezde. Jedino je on osjetljiv na radioaktivni jod za razliku od papilarnog i nediferenciranog karcinoma kod kojih dobijemo nalaz »hladnog nodusa« na scintigrafiji [6]. Javlja se kod osoba srednje dobi, oba

spola i širi se hematogenim putem dajući udaljene metastaze na plućima i kostima. Zloćudniji je od papilarnog, a dobroćudniji od nediferenciranog karcinoma štitnjače.

Iako su malignomi štitne žlijezde rijetki u onkologiji, treba na njih češće misliti u polumologiji, pošto, nerijetko, opsežne radiološke promjene na plućima predstavljaju sekundarne tvorevine, sitnih, asimptomatskih, primarnih neoplazmi štitnjače.

SUMMARY

PULMONARY METASTASES OF THE THYROID GLAND CARCINOMA

Jovo Desančić

By this report the author, with his modest experience in pulmonary practice, would like to contribute to the recognition of a complex problem, concerning the thyroid gland carcinoma. It is the thing recognized by the clinical physician, no unfrequently, on the basis of radiological changes on lungs, which finally, by an additional procedure, accounts for a latent minimal primary neoplasm of the thyroid gland.

LITERATURA

1. *Anderson W. A. D.*: Patologija, Naučna knjiga, Beograd, 1975.
2. *Gušić B.*: Maligna struma, Medinska enciklopedija — Dopunski svezak. Jugoslovenski leksikografski zavod. Zagreb 1974.
3. *Ivančić P., Sinčić V.*: Problemi kiruškog liječenja karcinoma štitnjače, Zbornik radova, Treći jugoslovenski simpozijum o štitnoj žlijezdi, Zlatibor, 298—302, 1976.
4. *Jančuljak I.*: Patohistološka klasifikacija i dijagnostika karcinom štitnjače. Zbornik radova, Treći jugoslovenski simpozijum o štetnoj žlijezdi, Zlatibor, 175—183, 1976.
5. *Jančić — Zguricas M., Vujadinović B., Dimitrijević A., Tomić Lj., Dragičević B.*: Mikrokarcinomi štitaste žlezde, nemi scintigrafski, otkriveni putem metastaza u limfnim žlezdama vrata na materijalu II hiruške klinike (1971—1975), Zbornik radova, Treći jugoslovenski simpozijum o štitastoj žlezdi, Zlatibor, 188—195, 1976.
6. *Nikolić V.*: Karcinom štitaste žlezde, Zbornik radova, Treći jugoslovenski simpozijum o štitastoj žlezdi, Zlatibor, 208—212, 1976.
7. *Velojić D.*: Metastatske promjene u plućima kod karcinoma štitaste žlezde, Plućne bolesti i tuberkuloze, 30, 283—288, 1978.

PERSPEKTIVE RAZVOJA ODNOSA INTERNE MEDICINE I NJENIH SUBSPECIJALISTIČKIH GRANA

ANDRIJA MIKEŠ

Medicinska znanja se akumuliraju i produbljuju vrlo brzo i ekstenzivno. Klasične organizacione sheme i discipline prilagođavaju se i neprekidno se mijenjaju. To možda vrijedi više u internoj medicini nego u drugim disciplinama, jer razvoj i opstanak te kliničke grane zavisi od tehničkih inovacija, razvoja funkcionalne dijagnostike i laboratorijskih tehnika i primorana je da kontinuirano mijenja svoje koncepte o biološkim sistemima i o patološkim zbivanjima.

Ne povećava se samo kvantum znanja unutar jedne grane medicine, već se rađaju nove koje interna medicina treba da inkorporira u svoje sisteme i da se služi njima u svakodnevnom dijagnostičkom i terapijskom postupku. To su npr.: klinička, laboratorijska i eksperimentalna imunologija, genetika, imunogenetika, klinička i eksperimentalna farmakologija, molekularna biologija, primjena hemiskenera, kompjutera i mnogo toga još.

Interna medicina postaje sve tješnijom, njene grane sve agresivnije u težnji k osamostaljivanju. U ranijim vremenima, od nje su se izdvojili tuberkuloza i zarazne bolesti, kao ozbiljan socijalno-medicinski problem, pedijatrija kao interna medicina jednog uzrasta, neuropsihijatrija možda jedina kao organska cjelina koja se bavi patologijom sistema vjerovatno suštinskim u evoluciji ljudskog roda. Ono što se sada dešava je kvalitetno drukčije, to je pokušaj podjele medicine po organskim sistemima, po sindromima (hipertenzija npr.). I ma koliko to izgledalo prirodnim i neizbježnim, konfrontacija interne medicine kao cjelovitosti i njenih podgrana kao parcijalnost — pobuđuje niz dilema. Medicina uopšte, njeno samarićanska, humanitarna i ljudska uloga je suprotna koncentraciji oblika (morfologiju) ili funkcije, detalja sa mnoštvom znanja i brojnim akvizicijama ljudskog uma i ljudski lik je sve maglovitiji, u nestajanju.

To su etička pitanja s praktičnim posljedicama: u svakodnevnoj dijagnostičkoj i terapijskoj praksi, u kliničkom eksperimentu, u nastavi i obrazovanju ljekara. Ne prolazi ni jedan skup internista u svijetu, a koji se, manje ili više, ne osvrne na ove savremene kontraverzije. Tako je to bilo u Hagu 1975 g. na kongresu AEMIE udruženje »internista opšteg tipa«, a nakojem je ovu temu prezentirao Lichtein, kardiolog; ili na kongresu ISIM-a Helsinkiju 1976 g. na kojem je o tom pitanju govorio s puno žara prof. dr Miescher, sekretar međunarodne asocijacije Udruženja za internu medicinu.

Uistinu, i na ovom pitanju, kao i na problemima opšte organizacije zdravstva, mi se suočavamo s jednom osnovnom suprotnošću, s velikim

neskladom, »kvantum znanja koji medicini stoji na raspolaganju da bi efikasnije pomogao bolesniku nije bio nikada veći nego sada, i nesnažljivosti i nedovoljnoj vještini da iznađemo takve organizacione oblike kojima bismo ih na najpogodniji način mogli primijeniti«. (Parafrazirana misao D. Blacka u članku »The paradox of Medical Care«).

Šta je u praksi donijelo nagomilavanje znanja u internoj medicini i njenim granama:

— produbljavaње znanja i bolje razumjevanje uže problematike i specifičnih problema,

— povećana je mogućnost usmjerenih i ciljanih istraživanja (ali i sve manje samostalnosti i sve više potrebe ujedinjavanja stručnjaka raznih struka),

— data je mogućnost da se bolesnici obraćaju izravno stručnjacima koji o njihovoj bolesti najviše znaju,

— poboljšani su uslovi za školovanje kadrova s usmjerenim znanjima (postdiplomska školovanja i dr.).

Sve to rađa i nove probleme. Ovakva specijalizirana medicina iziskuje i vrhunske laboratorije, funkcionalnu i drugu dijagnostiku, posebnu skupu opremu, što znači da se ona može da ograniči samo na velike centre... Bolesnik se razapinje u našim formalnim normama i razgovorima o tome šta neka medicina može i treba da radi u jednoj manjoj sredini, šta u nekoj višoj, šta u najvišoj itd... Možda je »normiranje« neizbježno, ali je sigurno to, da teško onom bolesniku o kojem se raspravlja s gledišta na kojem nivou on treba da se liječi.

U SAD nekoliko godina traje diskusija o tome kako obrazovati i kako razgraničiti zadatke ljekara opšte prakse i interniste opšteg tipa. Diskusija pokazuje da jaz između praktičara i subspecijalista ogromno raste, i u tom jazu bi trebalo da propadne, ukoliko se nastavi to kretanje, (u SAD) klasični internista, a vjerujem s njima i bolesnik.

Značajan, mi malo za podcjenjivanje, jeste problem edukacije internističkih kadrova, a pre toga i obrazovanje studenata u internoj medicini. postoji rizik da student nauči mnogo o bolestima i organima, a premalo o bolesnicima.

Paradoksalno, ali je evidentno, da bi takav, nekorigovani i nekontrolisani put razvitka interne medicine i njenih grana u krajnjoj konsekvenciji doveo do dehumanizacije medicine uopšte, do nestajanja hipokratskog odnosa prema čovjeku. Bolesnik postaje apstrakcija, predmet obrade u pojedinostima, a sve manje cjelovitost ličnosti...

Ovako ovlaš nabačena problematika, koju ne pokušavam detaljnije argumentovati — jer vjerujem da je toliko prisutna i očevidna da to nije ni potrebno, može da se analizira s nekoliko aspekata, ali dva su osnovna.

a. kakav treba da je odnos pojedinih aktera u novoj konstelaciji — interiste, subspecijaliste, ljekara opšte prakse i bolesnika.

b. ili — kako sintetizovati narasle suprotnosti unutar bolničke ili kliničke organizacije, da se izbjegne put negacije osnovnih medicinskih stremljenja, da u poplavi novih činjenica ne propadne osnovni predmet našeg interesovanja — taj nesrećni bolesnik.

Imam utisak da je drugi aspekt pitanja u nas važniji i na njemu ću se pretežno zadržati. Mislim, da kada bismo našli takva rješenja koja bi obezbjeđivala sinhronizovani i razumni razvoj, da bi i suprotnosti iz prvog pitanja bila ublažena i mnogo lakše rješiva.

Apriorno, vjerujem da mogu tvrditi, da većina internista svih profila, uključiv i učesnike kongresa koje sam pomenuo, misli da se ne smije dozvoliti dezintegracija bolničkih (kliničkih) odjeljenja. Dezintegracija bi značila »degradaciju i destrukciju« interne medicine. Kako onda, u sadašnjim uslovima obezbjediti »jedinstvo u različitosti«? Evo moguće tri sheme, kako ih je prezentirao Lichtlein (u Hagu):

1. potpuna jedinstvenost odjeljenja (klinike), bez podjele na odsjeke (odjeljenja). Bolesnici se primaju na sve djelove institucije, bez izbora. Diferencirani su kadrovi, koji vode bolesnika prema svojim domenima, bez obzira u kojem dijelu odjeljenja su oni locirani. — To je sistem koji je do skoro bio dominantan u SAD, a ima primjera takve organizacije i u nas. Prednosti su da se izbjegava monotonija u bolesničkim sobama, izbjegavaju depresije uslijed zajedništva bolesnika s istim oboljenjima, raznovrsniji je posao za osoblje, pogodnije je za nastavu, obezbjeđuju šire obrazovanje i šire horizonte ljekara. Međutim, sistem je nedovoljno efikasan, praćen je gubitkom vremena uslijed hodanja i koordiniranja aktivnosti ljekara i sestara, neekonomičan. Sve se više napušta i u SAD.

2. Interno odjeljenje je u osnovi opšteg tipa, prima razne bolesnike na sve svoje odsjeke (odjeljenja), a ima jedan do dva »subspecijalistički« orijentisanih odsjeka. Npr. u jednoj bolnici u Hagu pored opšte interne, postoje specijalizovani odsjeci za trombozu, kao i odsjek malignih bolesti. Ovakva bolnica obezbjeđuje zdravstvenu zaštitu opšteg internističkog tipa za većinu bolesnika, a na višem subspecijalističkom nivou samo za izabrane grupe. Izbor je vezan vjerovatno za raspoloživi kadar, a izdržavanje takvog odjeljenja je ekonomičnije. Naravno, takva organizacija je moguća samo gradovima u kojima postoji više bolnica, a svaka se bavi nekom od podgrana interne medicine.

3. Odjeljenje (klinika) je sinteza više ili »svih« subspecijalističkih odsjeka (odjeljenja). Jedinstvo je stručna koordinacija i administrativno rukovođenje (putem kolegija i drugih društvenih tijela), mada svaki odsjek uživa potpunu stručnu samostalnost, ima samostalnu ulogu u nastavi. Npr. u Hanoveru internistička ustanova ima 500 postelja s nizom klinika (između ostalih i pulmološku i infektološku), na čelu kojih stoje u svjetu poznate i priznate ličnosti... Ovaj sistem organizacije dominira u Evropi, pa i u nas. Vjerovatno je takva organizacija najpovoljnija i sa stručnog, ekonomskog, nastavnog i organizacionog stanovišta. Moguća je koordinacija najvećeg stepena u svim poljima aktivnosti, a da je ne samo omogućen, već i podstican najviši stepen stručne samostalnosti, inicijativa — ambicija, istraživanja, edukacija i dr. Lichtlein je istakao kao osnovni problem u takvoj organizaciji, neophodnost kontinuiranog svakodnevnog timskog (konzultativnog) rada s bolesnicima. Iz razloga o kojima sam govorio ocjenjujući prvu varijantu, sva ta superspecijalizovana interistička odjeljenja (klinike) — primaju od SVOG bolesničkog materijala najviše do 30% mogućeg kapaciteta, a ostali posteljni fond je raznovrstan

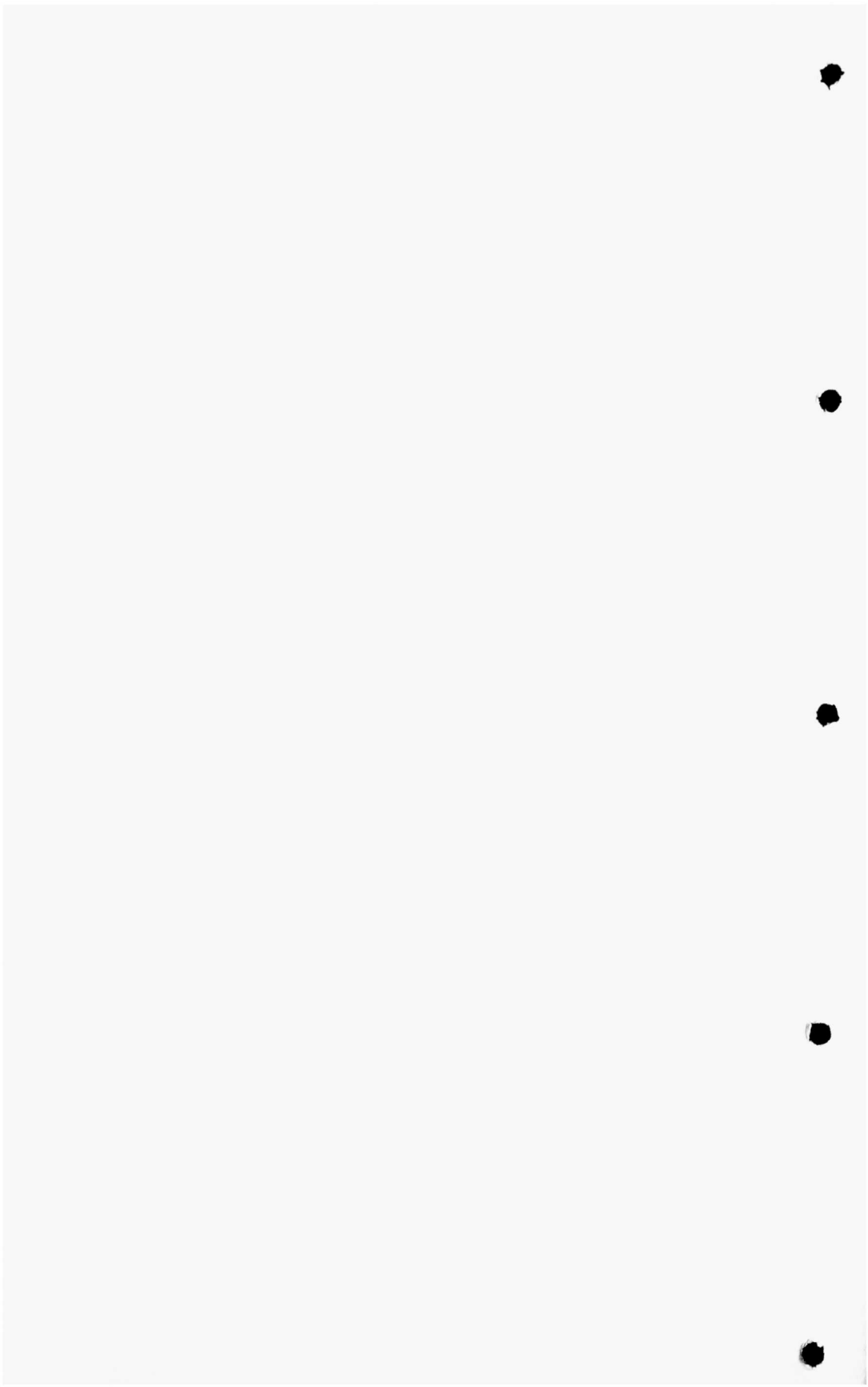
Podvlačim da je Hanoverska »Medizinische Hochschule« — jedna od vodećih ustanova na polju reforme nastave medicine sa prihvaćenim avangardnim stavovima, koje sprovodi i u sopstvenom nastavnom programu...

Postoji, dakako, i četvrta alternativa, koja to u stvari i nije — rasparčavanje interne medicine na samostalne podgrane, koje djeluju centrifugalno, a prema matičnoj struci poražavajuće i uništavajuće. Riječ je o »institutomaniji« u nekim našim sredinama, koja ne može da ima opravdanja, posebno u onim sredinama u kojima bi te samostalne (institutske) grane bile i jedine subspecijalističke ustanove. U velikim urbanim sredinama, sa više zdravstvenih ustanova sa subspecijalističkim odsjecima i odjeljenjima, mogu da se formiraju ustanove prvenstveno sa istraživačkim ciljevima. Tu se ispituju i liječe najkomplikovaniji slučajevi upućeni neposredno iz subspecijalizovanih odjeljenja, tu se primjenjuju dijagnostički i terapijski postupci koji treba da su jedini u zemlji ili većem regionu, raspolažu sa najskupljom opremom, sa ambicijama koje prevazilaze rutinsku medicinsku praksu. Prije prijema bolesnika, prethodi rigorozna selekcija. Međutim u sredini koja nema razgranate bolničke mreže, »institut« treba da je jedini, nema prethodne selekcije. Ova institucija je neopravdana, neekonomična i »nerazborita« ustanova. Neekonomična zbog toga, što će biti primljen (i prima se) »običan« bolesnik, na njega se primjenjuju komplikovane sheme ispitivanja i skupi programi liječenja. Ustanovljeno je, ne jedanput, da su mnogi bolesnici za koje zajednica daje ogromna sredstva mogli da budu dijagnosticirani vrlo uspješno i u ambulancama opšte medicine, a liječenje je moglo da se sprovede uspješno i kod kuće. To se dešava i kada su u pitanju danas već rutinske kornarne jedinice ili jedinice za intenzivnu terapiju. Ovim rječima ne pokušavam da umanjim značaj ni jedne od navedenih ustanova ili jedinica, hoću da istaknem da u opštem »trendu« poskupljivanja zaštite zdravlja, takve institucije i ovakva institucionalizovana medicina ima svoj golemi udio, posebno kada njihovo korištenje nije realna potreba.

»Institucija« — u našim prilikama i u sredinama u kojima je medicinsko obrazovanje, ono fakultetsko, još u dječijim cipelama, — može samo da zadovolji taštitne i ambicije, a za zajednicu je neekonomična, a u stručnom pogledu postaje promašaj — suprotnost svemu onom zbog čega bi se takva institucija trebala da formira. Ima tu i još jedno pitanje. Ako institut treba da bude regionalna ili recimo pokrajinska ili republička institucija, ako se u nju stvarno upućuju zamršeni slučajevi, građaninu iz mjesta s institutom a bez bolničkog (kliničkog) odjeljenja, biće veoma otežan put za svakidašnjom bolesti na »institut«. Mogao bi nastupiti paradoks, da se on mora obraćati bolnici u drugom gradu, i vjerujte to nije daleko od današnjih realnosti u nekim našim sredinama. Ako imamo u vidu način finansiranja zdravstvene ustanove i usluge tzv. paušalnih i »deviznih« područja. Građanin iz grada s Institutom mogao bih da bude upravo zdravstveno ugrožen ako bi se pojavila potreba za hospitalizacijom. On je i danas nerado viđen pacijent — jer je s »paušalnog« područja, a zatim... Dok ovo pišem, čini mi se da sve to ima neki prizvuk nedovoljne ozbiljnosti, ali mislim da je to ipak ozbiljna realnost.

Rezimirajući ova razmišljanja s većinom internista i subinternista svih grana, mogu reći da bi trebalo zaustaviti kretanja k razgrađivanju interne medicine, to je porazni trend za ljekare, za bolesnike, za studente. Treba obezbjediti sve mogućnosti za najkvalitetniji razvoj subspecialističkih grana, ali utoliko više sačuvati jedinstvenost struke. To se i u nas čini kada je u pitanju nastava (kao npr. »katedra« za internu medicinu»), a to je u praksi već godinama evolucija u zapadnom svijetu... Kada ocjenjujemo organizovano i ono što već jeste, i ono što treba da postane, valja biti temeljit, razuman, dosledan i dalekvid. Velikim zadacima se ne pristupa s uskogrudnih stanovišta... Sigurno je da ne mislim da sam rješio sve probleme i pružio jedini izlaz iz dileme. No, uvjeren sad da o tim problemima vrijedi razgovarati, i to možda na nekom širem frontu (opšteinternističkom), možda bi svima nama mnogo što šta poslije takvih razgovora postalo jasnijim... Uvjeren sam, konačno, da iako sam internista i razgovaram o jednom problemu s internističkog stanovišta, da ta pitanja nisu isključivo internistička, čak ni isključivo specijalistička, već da su mnoga rješenja o revalorizaciji, rehabilitaciji i reafirmaciji opšte medicine. Ona bi, valjano organizovana i pravilno vrednovana, rješila polovinu naraslih teškoća specijalizovanih ustanova. Naime, ako opšta služba ne rješava neki problem, ili ga ne rješava dobro, neko drugi to mora učiniti, a taj drugi su hospitalne ustanove uz nepotrebne hospitalizacije i s visokim troškovima liječenja.

Osnov savremene organizacije u medicini jeste razumnost, intelektualizam, dobronamjernost i široki horizonti. Neizbježno bi bilo eliminisati monopolizam, čuvanje stečenih pozicija i privilegija, karijerizam i pogrešno usmjerene lične ambicije, kao bezuslovne kočnice svakog napretka.



BARAC, Boško: OSNOVNE NEUROLOGIJE. Biblioteka udžbenici. Jugoslovenska medicinska naklada, Zagreb 1979. strana 260, cijena 340 din.

Udžbenik prof. Barca predstavlja, poslije dužeg vremena, osvježenje u neurološkoj literaturi hrvatskosrpskog jezika, posebno u literaturi udžbeničkog profila. Pripremljen i pisan prvenstveno za studente defektologije, kojima je neurologija sporedniji predmet, ovaj udžbenik može veoma korisno poslužiti i studentima medicine, stomatologije te više medicinske škole.

Knjiga je nevelika i specijalno koncipirana, s obzirom na publiku kojoj je u prvom redu namjenjena. Opšti dio je izrazito obiman dok je specijalni dio — koji autor i naziva izabranim poglavljima iz kliničke neurologije — srazmjerno mali.

U opštem djelu mogu se naći veoma savremene koncepcije o neuroanatomiji neurofiziologiji i neurohemiji, što nije slučaj u drugim našim udžbenicima, pa i stranim. Ove tzv. osnovne neuronauke treba da budu i jesu ključ za razumjevanje funkcionisanja centralnog i perifernog nervnog sistema u zdravlju i bolesti. Prof Barac je na jednostavan i dobro odabran način pretstavio savremena dostignuća ovih nauka, prilagođena znanju i mogućnostima studentske čitalačke publike. Na taj način je ispunio osnovni pedagoški zadatak — dati studentu ključ za riznicu znanja.

U poglavlju o organizaciji nekih funkcija nervnog sistema autor je na pogodan, rekao bih najbolji mogući, način izložio principe hijerarhije funkcionisanja nervnog sistema, na zanemarujući autonomnost funkcija, receptivnu analizatorsku i efektornu integrativnu organizaciju, polazeći od osnovnih funkcija nadražljivosti i pokretljivosti do najviših svijesti, volje, učenja i pamćenja. Služio se pri tom osnovama veoma modernih saznanja koje smo uspjeli dobiti za posljednje dvije decenije.

Poglavlje o neurološkoj dijagnostici je kratko, ali obuhvatno, sasvim dovoljno da čitalac može naći osnovne elemente neurološke propedeutike i da se može njim svakodnevno poslužiti. Komplikovane laboratorijske metode su praktično samo spomenute, ali je dovoljno naglašena njihova upotrebljivost i domet.

Na malom prostoru od 60 stranica autor je prikazao kliniku najčešćih neuroloških oboljenja, ili tačnije, grupa oboljenja, vodeći računa da čitaoca ne preopteretiti detaljima, a da mu predoči znanja za svakodnevnu praksu.

Cijeli tekst, ukupno uzev, ne boluje od istorizma i enciklopedizma ali se može ponositi didaktičnošću i preciznošću. Stoga je i koristan i veoma upotrebljiv, za razumjevanje, potsjećanje i djelovanje.

Lijepi jezik, pogodne ilustracije (bilo bi dobro da ih je više), jasnost i sistematičnost izlaganja su osobine ove knjige koje ju čine čit-

ljivom Stoga se može toplo preporučiti studentima stomatologije defektologije i više medicinske škole kao udžbenik, studentima medicine kao odličan tekst za razumjevanje neurologije i potsjetnik za sistematiku, a ljekarima kao štivo kojem se treba vraćati.

Knjiga je dobro opremljena, praćena iscrpnim indeksom i prihvatljivom, iako ne malom cijenom.

Prof dr Risto Bokonjić

Kecmanović, D., Loga, S., Cerić I.: URGENTNA STANJA U PSIHIJATRIJI Biblioteka Praxis medica, Medicinska knjiga Beograd — Zagreb 1979. strana 223. Cijena

Monografija Kecmanovića i saradnika predstavlja jedinstveno štivo u našoj medicinskoj literaturi, a rijetko i u svjetskoj, posvećeno problemu hitnih psihijatrijskih stanja sve češćih u posljednjim decenijama. Stoga se može s pravom reći da je knjiga došla u pravi čas. Autorska koncepcija psihijatrijske hitnosti je veoma precizno a ipak obuhvatno data. Hitnost u psihijatriji, po njima nije samo životna ugroženost oboljelog ili poremećenog, nego i ugroženost drugih od njega, kao i akutna bol i patnja. Stoga u rasporedu materije ne dominira klasična psihijatrijska nozologija, nego je ona raspoređena prema dominantnom psihičkom poremećaju koji i čini uregentnost stanja.

Poslije kraćeg uvoda o klasifikaciji hitnih stanja u psihijatriji, kao specifičnoj medicinskoj disciplini, monografija je u skladu sa autorskim konceptom, podijeljena u tri velika poglavlja.

Prvo veliko poglavlje, tačnije dio, razmatra dominantne simptome ili sindrome, unutra većih nozoloških jedinica koji čine hitnost — a koji ugrožavaju neposredno i akutno bolesnika ili okolinu u najširem smislu riječi — suicidalnost, alkoholičarska hitna stanja, epileptični status te akutna psihijatrijska stanja narkomana i kod drugih trovanja

Posebno poglavlje je posvećeno jatrogeno izazvanim stanjima, koja su sve češća, s obzirom na značajnu i raširenu primjenu psihofarmaka.

Drugi dio knjige obuhvata psihičke poremećaje kod kojih ne postoji opasnost po život neposredno, ali koji se odlikuju akutnim i nepsrednim narušavanjem socijalnog odnosa bolesnika i sredine — što je prevashodno psihijatrijski problem, ali i duboko socijalni. Čitalac može u ovom poglavlju naći opširne i precizne opise ovih stanja kao i terapeutska uputstva u najširem smislu riječi. Etiološki veoma različita ali po manifestacijama veoma slična stanja kao akutna katatonija, akutna histerija, epileptična sumračna stanja te patološko napito stanje i stanje akutne anksioznosti su majstorski obrađena sa aspekta hitnosti dijagnostički i terapeutski.

Napokon, treći i završni dio, govori o tzv. kriznim stanjima predstajumu u psihijatrijsku hitnost, odnosno psihičko oboljenje ili poremećaj, u koje se preventivno može najviše djelovati. Prepoznavanje kriznog stanja i aktivan zahvat mogu u veliko spriječiti izbijanje psihičke bolesti ili poremećaja.

Jasno i pregledno izlaganje materije, uz poseban akcent na kliničku sliku i terapiju, čini ovu monografiju neophodnim priručnikom svima onim koji u svom radu dolaze u mogućnost kontakta sa psihijatrijskom hitnošću, i koji su dužni da ukažu pomoć na ispravan način i u pravo vrijeme. No. pored toga originalan koncept psihijatrijske hitnosti i međuzavisnost pojave hitnosti sa psihičkim ili somatskim oboljenjem ili poremećajem čini osobitu vrijednost ove knjige.

Obimna literatura, kako naša tako i strana je pregledno citirana poslije svakog poglavlja. Knjizi nedostaje predmetni indeks i indeks autora, koji, doduše, nije neophodan, ali će vjerujemo, postojati u sledećem izdanju

Prof dr Risto Bokonjić

Bräutigam, Walter: REAKTIONEN—NEUROSEN—ABNORME PERSONLICHKEITEN Osnove duševnih oboljenja. 4 prerađeno izdanje, sa 2 slike i 10 tabela. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1978. Strana 223. Cijena DM 11,80.

Druga knjiga, prof. Dr Waltera Bräutigama, direktora klinike za psiho somatiku Univerziteta u Hajdelbergu, čini sa njegovom ranijom knjigom seksualna medicina izvjesnu cjelinu učenja o psihičkim i psihovegetativnim poremećajima. Publikovana u visokotiražnom i pristupačnom izdanju »Medicina«, džepna knjiga, a pisana jasnim i razumljivim stilom, ova savremena, ali ne laka materije pristupačna velikom broju interesenata.

U početnim poglavljima autor iznosi osnove duševnih oboljenja sa gledišta psihoanalize, teorije učenja te teorije komunikacije i na taj način kratko, objektivno i razumljivo predstavlja čitaocima osnovna psihijatrijska teorijska učenja danas.

Metode izučavanja, veoma savremene, duševnih oboljenja, posebno neuroza kao i epidemiologija psihičkih poremećaja su predstavljene u malom ali solidno obrađenom poglavlju, bez prevelikih podataka, ali sa jasnim zaključcima, što je potpuno u skladu sa veličinom i profilom knjige. Osnove dijagnostičkog i terapijskog pristupa ovim bolesnicima, kratko ali obuhvatno date čine završetak ovog opšteg dijela knjige Pročitavši neveliki tekst, od oko 50 stranica, čitalac se može bez muke i nepotrebnih opterećenja upoznati sa osnovama savremene dinamske psihijatrije.

U specijalnom dijelu, koji je značajno veći, autor prikazuje konfliktne reakcije u njihovim različitim kliničkim oblicima. — depresivna stanja, pokušaji samoubistva, akutna anksiozna stanja kao i hronična anksiozna stanja.

U sledećem, najvećem poglavlju knjige, Dr Bräutigam veoma jasno i koncizno iznosi opštu teoriju neuroza, a zatim osnove dječijeg neurotskog ponašanja.

Specijalno učenje o neurozama obuhvata kliničke slike neurotskog razvoje — konverzionu histeriju, neurozu strah, srčanu neurozu, neurot-

sku depresiju, te senzitivno paranoidne reakcije i neurotski razvoj sa depresionalizacijom i derealizacijom. Učenje o neurotskim strukturama obuhvaćene su historična, depresivna i šizoidna neurotska struktura.

Posljednje poglavlje posvećeno je učenju o razvoju abnormalnih ličnosti te graničnih slučajeva.

Dinamska orijentacija, ali bez isključivosti prema različitim osnovnim učenjima, jasno i jednostavno izlaganje, kompletnost i kompetentnost čine odlike ove nevelike, ali potpune knjige.

Prof dr Risto Bokonjić

Eliasson, S. G., Premsky A. L., Hardin W. B.: NEUROLOGICAL PATHOPHYSIOLOGY II izdanje. Oxford University Press, New York, 1978. strana 454. Cijena USA \$ 18,50.

Ova publikacija predstavlja prijatnu novost čak i na tako bogatom tržištu kao što je literatura na engleskom jeziku. Neurološka patofiziologija je relativno mlada disciplina, ako je uopšte to, jer pretpostavlja znanje i povezivanje neurofiziologije, neuroanatomije, neuropatologije i ultrastrukture, te neurofarmakologije, korelativne anatomije i drugih bazičnih neuroloških disciplina sa kliničkom neurologijom kao takvom. Ona treba da obuhvati na razumljiv način znanja kako, zašto, gdje i pod kojim uslovima se u bolesnom stanju nešto odigrava u centralnom ili perifernom nervnom sistemu — što je ekstremno težak zadatak. Stoga je malo ovih publikacija u svijetu, pogotovu modernih. Editori i desetine autora su uspjeli da nam prezentiraju jednu knjigu koja najvećim djelom ispunjava naša očekivanja.

Materija je raspoređena po kliničkom principu što je čini na prvi pogled bližom kliničaru: Poremećaji razvoja centralnog nervnog sistema, poremećaji i oboljenja nerava i mišića, poremećaji autonomnih i visceralnih funkcija, poremećaji pokreta, poremećaji kortikalnih funkcija, specijalni organi (čula), poremećaji cerebralne cirkulacije, intrakranijalni tumori, traumatska oštećenja centralnog nervnog sistema, infekcije centralnog nervnog sistema, te demijelinizirajuće bolesti i poremećaji cirkulacije u kičmenoj moždini su materija ove knjige.

Ovdje se rijetko govori o etiologiji, epidemiologiji ali se simptom ili sindrom kojima je klinička neurologija tako bogata razmatra naširoko uz pomoć svih relevantnih znanja bazičnih neuroloških nauka. Na taj način kliničar, čitajući i pročitavajući ovu knjigu, obnavlja i upotpunjuje svoja znanja iz bazičnih nauka, a svoj slučaj bolje razumjeva. Student u njoj nalazi pouzdanog vodiča u logici neurološkog mišljenja i konzekventnosti neurološkog zaključivanja. Terapeut, bilo koje specijalnosti se sretne sa neurološkim bolesnikom, ili sa neurološkom komplikacijom, nalazi jasna objašnjenja i putokaz za svoje terapeutsko nastojanje.

Knjiga se jednostavno čita, obiluje mnogim podacima, ali nije pretrpana njima, pregledno je napisana i upotrebljiva — tj. može se u svako doba koristiti i kao priručnik.

Ilustrovana je brojnim shemama, neophodnim za razumjevanje ove materije — očigledno izdavač nije žalio prostora ni troška, što mu se isplaćuje prodajom knjige. Citirana literatura je pažljivo odabrana.

Neophodan udžbenik za svakog ko se misli baviti neurologijom ili neurohirurgijom, veoma koristan priručnik za onog ko se već bavi.

Prof dr Risto Bokonić

POSER, S., RITTER, G.: MULTIPLE SKLEROSE IN FORSCHUNG, KLINIK UND PRAXIS (Multipla skleroza u naučnom istraživanju, klinici i praksi). 181 strana sa 32 slike, od kojih jedna u boji i 21 tabelom. F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart — New York, 1980. Cijena 46,00 DM.

Poslije dužeg vremena pojava jedne moderne, cjelovite monografije o multiploj sklerozi iz pera poznatih nemačkih neurologa Prof. Dr Sigrida Posera i Prof. Dr Gerharda Rittera sa Neurološke klinike u Getingenu sa predgovorom šefa pomenute klinike Prof. Dr Bauera.

U prvom kratkom poglavlju o istorijskom pregledu učenja o multiploj sklerozi nalaze se, pored dobro poznatih i neki veoma interesantni i do sada, rijetko pominjani podaci.

U relativno kratkom, ali veoma sadržajnom poglavlju o etiologiji i patogenezi ove još uvijek nedovoljno poznate bolesti nalazi se mnoštvo veoma preglednih i sređenih podataka o geografskim zonama rasprostranjenosti oboljenja, prikaz studija o prevalenciji multiple skleroze kod migranata, zatim genetske studije na blizancima kao i karakteristike tzv. HLA sistema kod bolesnika ili zdravih članova njihovih porodica, naravno krvnih srodnika. Moguća, ali još nedokazana virusna etiologija multiple skleroze je detaljno prikazana u sledećem podglavlju, ukazujući na dalje mogućnosti istraživanja u tom pravcu. Celularni i humoralni imuni odgovor na hipersenzibilizaciju kao vjerovatna patogeneza. Cijelo poglavlje o etiologiji i patogenezi se završava kratkim, preciznim pregledom, ovih brojnih i nerijetko kontroverznih podataka, koji uveliko pojašnjava iznesenu materiju i ima gotovo udžbenički stil, što je veoma korisno i čitljivo i za manje upućenog čitaoca.

U sledećem poglavlju o morfoloiji, kako makroskopskoj tako i mikroskopskoj, pregledno su prikazana dosadašnja znanja o patologiji ove često zagonetne bolesti. Novija biohemijska saznanja o sintezi i raspadu mijelina, što je jedna od glavnih karakteristika diseminirane skleroze, kao i o eventualnoj ulozi nezasićenih masnih kiselina u tom procesu su kompetentno prikazana.

Najveće poglavlje monografije je, naravno, posvećeno kliničkim nalazima kod multiple skleroze, mnogobrojnim manifestacijama ovog nerijetkog oboljenja, kao i njihovim komplikacijama. Posebno su istaknuti rizici infekcije, traume, operacija i trudnoće kod bolesnika koji boluju od multiple skleroze.

Poglavlje o dijagnostici obuhvata na kratak, ali veoma potpun i pregledan način, osnovne laboratorijske analize neophodne u korektnoj di-

jagnostici ovog oboljenja, čije utvrđivanje nije jednostavno. Tipični i atipični nalazi u cerebrospinalnom likvoru, u serumu kao i dijagnostički značaj EEG-a, te optički ili akustičkih evociranih potencijala te nistagmografije.

Napokon, vrijedni i još dosta rijetki podaci o vrijednosti CT centralnog nervnog sistema kao i izotopscintigrafskih metoda u dijagnostici i prognostici multiple skleroze.

Diferencijalna dijagnoza i prognoza oboljenja je predmet sledeća dva nevelika, ali sadržajna poglavlja, koja nam ukazuju na sve teškoće dijagnostike, ali uveliko i daju ključ za razrješavanje dijagnostičkih dilema i korektnu prognozu.

Poglavlje o terapiji je podjeljeno na tzv. kauzlanu terapiju, koja praktično ne postoji te na simptomatsku terapiju, neophodne i korisne fizioterapeutske procedure, te dijetesku i često veoma potrebnu i iniciranu psihoterapiju. Zbog relativno dugog bolovanja i izraženog invaliditeta bolesnici koji pate od multiple skleroze su najčešće i socijalno medicinski problem. Stoga je sledeće poglavlje i posvećeno svestranim mogućim socijalnim aspektima ovog oboljenja kao npr. planiranje porodice, finansijska pomoć zajednice, mogućnosti rehabilitacije i prekvalifikacije, radne sposobnosti itd.

Napokon, s obzirom da se multipla skleroza prezentira, posebno u početku, kao jedan ili dva simptoma, koji ne moraju biti neurološki autori ukazuju na oftalmološke, urološke ili internističke aspekte oboljenja.

Monografija je praćena velikim spiskom domaće i inostrane literature koja govori o dubini zahvatanja i poznavanju problema od strane autora a veoma korisno može poslužiti kao izvor za posebne podatke potrebne čitaocu.

Jedna od najknjižnijih, a sadržajno najbogatijih monografija o ovom problemu koje za sada postoje u svjetskoj medicinskoj literaturi. Pregledna sa mnoštvom informacija, ali i praktično upotrebljiva monografija je pogodna za svakog neurologa, ali i naučnog radnika koji se bavi problemom demijelizirajućih oboljenja, a posebno za ljekara opšte prakse koji na malom prostoru, jasnim jezikom ima na raspolaganju sve ono što se o ovom nerijetkom oboljenju zna danas.

Prof dr Risto Bokonjić

ZARO, J. S., BARACH, R., NEDELMAN, D. J., DREIBLATT, I. S.: EINFÜHRUNG FÜR ANGEHENDE PSYCHOTERAPEUTEN (Uvod za psihoterapeuta početnika). Prevod sa engleskog. Biblioteka Klinička psihologija i psihopatologija. Knjiga 9. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1980. Strana 143. Cijena 38 DM.

U cijenjenoj biblioteci kliničke psihologije i psihopatologije, ovo djelo američkih psihologa i psihoterapeuta, a koje je izdala poznata izdavačka kuća Cambridge University Press, Cambridge, u njemačkom pre-

vodu popunjava značajnu prazninu, i ujedno, široj čitalačkoj publici daje veoma koristan priručnik. Priručnik je namjenjen, kako je u naslovu istaknuto psihoterapeutu početniku, ali može veoma korisno poslužiti i svakom ljekaru, specijalisti ili ne, koji je usputno ili povremeno pozabavi i psihoterapijom.

Poslije uvodnih napomena, u II poglavlju se detaljno i naširoko raspravlja značaj i domet prvog razgovora sa pacijentom sa preciznim savjetima kako ga voditi, kako mu dati sadržaj, koje su mu granice, i napokon kakve greške po cijeli postupak mogu proizaći u toku prvog razgovora sa pacijentom.

III poglavlje — psihoterapeutski proces — je najveći dio i može se reći, osnova ove knjige. Početak psihoterapeutskog postupka je, naravno, prvi razgovor i skupljanje informacija o samom pacijentu, njegovim tegobama i, naročito njegovim emocionalnim relacijama u sadašnjosti i prošlosti, na kojima počiva razumjevanje aktualne psihičke situacije. Poslije toga započinje se, prema autorima sa serijom psihoterapeutskih seansi koje predstavljaju tok psihoterapeutskog procesa. Veoma detaljna uputstva o započinjanju seanse, njenom sadržaju i njenom trajanju kao i načinu završetka seanse su posebna praktična vrijednost ove knjige.

Vezanost pacijenta za psihoterapeuta, tako česta, i ponekad, tako teška za kasnije neophodno odvajanje, je detaljno prikazana. Krize u toku samog psihoterapeutskog procesa, koje nisu rijetke, i koje su nekada više pravilo nego li izuzetak, su detaljno prikazane sa veoma određenim preporukama o postupku psihoterapeuta u toku jedne ili više kriza kod pacijenta. Zaključak terapije, distanciranje psihoterapeuta od pacijenta, držanje pacijenta pritom, kao i eventualna potreba i mogućnost da pacijent zamjeni psihoterapeuta su predmet posljednjeg dijela ovog praktičnog poglavlja.

Napokon u posljednjem poglavlju diskutuje se saradnja ljekara psihoterapeuta sa ostalim značajnim učesnicima u psihoterapeutskom procesu — psihologom, kolegama druge specijalnosti i, svakako porodicom pacijenta, posebno djecom, te ulogom supervizora u psihoterapeutskom procesu.

Sadržajna, obuhvatna dobra i nadasve veoma praktična knjiga o tehnici psihoterapije, bez mnogo teorije, ali sa neophodnim postavkama za korektno vođenje psihoterapeutskog postupka.

Prof dr Risto Bokonjić

BRODAL, A.: NEUROLOGICAL ANATOMY — In Relation to Clinical Medicine (Neurološka anatomija — sa osvrtom na kliničku medicinu) Oxford Medical Publications, Oxford University Press Inc. New York — London, Toronto, 1980. Strana 807. Cijena 18,90 britanskih funti. (oko 1330 dinara).

Klasično dijelo Dr A. Brodala, profesora anatomije univerziteta u Oslu i pređašnjeg asistenta klinike za nervne i duševne bolesti u Oslu, koje se pojavljuje u svom četvrtom dopunjenom izdanju. Već autorove

titule, njegov stručni životni put kao i ogromni naučni renome svjedoče o vrijednosti ove knjige bez koje teško da je moguće razumjeti kliničku neurologiju i, naravno, uspješno se baviti njome. Sadržaj ove knjige je uvijek protkan nastojanjem autora da oživotvori anatomske činjenice od krupnih podataka ali i detalja, da ih što je moguće češće dovede u vezu sa kliničkim simptomom, sindromom ili neurološkim znakom. Na taj način ovo štivo postaje ne samo korisno nego i interesantno za čitaoca prevashodno kliničkog neurologa, ali i onog specijalistu drugih specijalnosti koji u svom svakodnevnom radu dolazi u kontakt, i često se zamisli i zastane pred na oko neobjašnjivim kliničkim neurološkim simptomom ili znakom.

U I poglavlju Uvod, metode, korelacije autor ističe ono što je alfa i omega ove knjige odnos strukture i funkcije i njihovu međuzavisnost. Morfologija neurona ali i teorija sinapse, te osnovne retrogradne ali i transneuronalne promjene na neuronima, vlaknima i sinapsama ukazuju na opredeljenje autora za funkcionalnu anatomiju.

II poglavlje posvećeno somatskim aferentnim putevima nervnog sistema za svim potrebnim detaljima izlaže građu ali i funkcionisanje senzitivnih receptora, perifernih i radikalnih te centralnim senzitivnih neurona za sve kvalitete senzibiliteta. Kliničaru je od posebne koristi uvijek prisutno objašnjenje neuroloških senzitivnih sindroma sa aspekta makroskopske ili mikroskopske anatomije. Sledeće poglavlje na isti način obrađuje funkcionalnu anatomiju perifernog motornog neurona.

III Veliko poglavlje, od ogromnog značaja za razumjevanje funkcionisanja centralnog nervnog sistema i nezaobilazno za kliničara, posvećeno je funkcionalnoj anatomiji puteva koji provode supraspinalne uticaje na sisteme kičmene moždine. Mnogobrojni i ponekada teško razumljivi sindromi oštećenja kičmene moždine, postaju u većini slučajeva kristalno jasni pažljivom i predanom čitaocu ovog nemalog i ne lakog poglavlja. No, trud mu se uveliko isplaćuje. Naredna dva poglavlja su posvećena anatomiji malog mozga i retikularne formacije su tako životvorna za čitaoca kliničara da bi se mogla s pravom nazvati klasičnim obrascem neurološke patofiziologije. Sindromi malog mozga ali i pojava svijesti i njenih poremećaja kao i aspekti sna i spavanja su u ovoj knjizi uvijek prisutno kliničko oživotvorenje anatomskih činjenica.

Sledećim poglavljima, funkcionalne anatomije moždanih nerava posvećen je srazmjerno veliki prostor, možda sa razlogom za produbljeno anatomsko-funkcionalno objašnjenje senzoričkih funkcija tako značajnih za čovjeka kao što su vid, sluh, ravnoteža i osjećaj njuha, te parasimatične funkcije vagusa. I u ovim poglavljima slijedi se osnovna nit prikaza funkcionalne anatomije u svjetlu kliničke medicine i kliničke patologije. Podaci o komparativnoj anatomiji posebno senzornih nervnih puteva i centara, kao i oni o komparativnoj fiziologiji u evolucionom smislu još više oplemenjuju anatomske podatke i daju joj novu dimenziju.

Poslednja dva poglavlja obrađuju funkcionalnu anatomiju hipotalamusa kao najvišeg centra vegetativnih funkcija i moždanog korteksa kao vrhovnog receptivnog i efektnog dijela centralnog nervnog sistema. Na osnovu provjerenih anatomskih i fizioloških podataka začuđujuće jasno nam se prezentiraju sindromi kao bijes ili strah, visceralni bol ili glad,

žed i poremećaji seksualnih funkcija. Sve to na striktno naučnim osnovama bez nepotrebne uzdržanosti ali i bez prevelike slobode objašnjava promjene ovih funkcija kako se ponekada sreće. Autor ispoljava još veću virtuoznost pri objašnjenju viših kortikalnih funkcija na osnovu komparativne i rekao bih njegove fiziomorfološke anatomije. Poremećaji pamćenja, govora, pisanja i crtanja, sheme tijela ili doživljaja boja su kompetentno objašnjeni na osnovu neuroanatomskih ali uveliko i neurofizioloških i neurofarmakoloških činjenica i saznanja.

Na taj način opsežna, ali nada sve interesantna knjiga Prof. Brodala koja je već postala klasika neurološke literature, ali koja se stalno obnavlja obogaćena rezultatima novih saznanja, živi sa nama sa modernom neurologijom, kao ugaoni kamen ju podržava ali se njome i sama obnavlja. Ovo je, sasvim sigurno, neophodno štivo za svakog ko se bavi nervnim sistemom čovjeka, a posebno onim koji žele da svoja znanja dobiju ili upotpune na najbolji mogući način.

Knjiga je ilustrovana brojnim šemama i crtežima, koji, iako pregledni, bi mogli biti tehnički bolji. Razlog je, vjerovatno štednja, koja eto, prgađa i klasična izdanja ovako uglednog izdavaoca. No, ovaj mali nedostatak, svakako ne suštinski nego tehnički, nikako ne može zainteresovanog čitaoca odvratiti od ove nadasve vrijedne knjige.

Toplo se može preporučiti neurolozima i psihijatrima, neuroanatomima i neurohirurzima, ali i ljekarima praktičarima te studentima medicine.

Prof dr Risto Bokonjić

