



de Hb t...  
YU ISSN 0350-8218

# SCRIPTA MEDICA

STRUČNI  
ČASOPIS  
LJEKARA  
BOSANSKE  
KRAJINE

GODINA XXII — BROJ 3/4 — 1987.

Septembar/Decembar  
1987.

Broj 3/4  
Godina XXII  
YU ISSN 0350-8218

# SCRIPTA MEDICA

STRUČNI ČASOPIS LJEKARA BOSANSKE KRAJINE



Banjaluka, 1987.

SCRIPTA MEDICA  
Stručni časopis ljekara Bosanske krajine

Vlasnik i izdavač:

Podružnica Društva ljekara Banjaluka

Glavni i odgovorni urednik

Branko Pikula

Redakcioni odbor

Kastelic Zvonimir

Pišteljić Dušan

Batančev Branka

Hadžikarić Nedim

Novkinić Medžid

Lektor za engleski jezik

Doc. dr. sci. Hamza Mujagić

Adresa uredništva: Scripta medica KBC — Zavod za patologiju Banjaluka

Štampa: GDP »Nova štampa«, Bosanska Gradiška

Časopis izlazi četiri puta godišnje. Pretplata 480 dinara za ustanove, a 240 dinara za pojedince. Žiro račun 10500-678-773, Podružnica društva ljekara Banjaluka.

RADOV

Kovačev

nep

Clir

tic

džik

hiru

Sor

of p

Pištolji

Th

Marušić

noi

Im

Stojko

ova

Th

PRIKA

Omerh

cij

CA

of

Zrilić

u

TH

pl

ORGA

Fric A

rc

E

o

IZVJI

Drugi

## RADOVI — REPORTS

- Kovačević M.:** Kliničke karakteristike i terapija policističnih jajnika u neplodnih žena. 5  
**Clinical characteristics and therapy of sterile women with polycystic ovary syndrome**
- Hadžikarić N., Borčić Z., Pikula B.:** Neka zapažanja u kliničkoj slici i hirurško liječenje metastatskih tumora kičmenog stuba 13  
**Some observations on clinical characteristics and surgical treatment of patients with metastatic tumors of spine**
- Pištoljić A., Sefić M.:** Konzervativno liječenje glaukoma 19  
**The conservative treatment of glaucoma**
- Marušić M., Bukara M.:** Imuni kompleksi u serumu oboljelih od karcinoma 23  
**Immune complexes in the sere from carcinoma patients**
- Stojković-Topić Lj., Smailagić I., Burgić-Dautović M., Ostojić Lj.:** Bell-ova paraliza-akupunkturni tretman 29  
**The Bell paralysis-treatment by means of acupuncture**

## PRIKAZI BOLESNIKA — CASE REPORTS

- Omerhodžić K., Jašarević Z.:** CAT — Scratch disease, značaj u diferencijalnoj dijagnozi tumora vrata 35  
**CAT — SCRATCH disease, the importance in differential diagnosis of tumors of the neck region**
- Zrilić S., Pikula V., Lolić B.:** Rezultati liječenja varicella Acyclovirom u djece oboljele od akutne limfoblastne leukemije 39  
**The results of treatment of children suffering from varicella complication of acute lymphoblastic leukemia with Acyclovir**

## ORGANIZACIJA ZDRAVSTVA

- Fric A., Vujošević D., Milošević S., Vujošević B.:** Evolucija projekta »porodična zdravstvena zaštita« nakon sedmogodišnje primjene 43  
**Evaluation of project »family primary health care« after seven years of experience**

## IZVJEŠTAJI SA SKUPOVA

- Drugi internacionalni kongres bračne i porodične psihijatrije 53





## KLINIČKE KARAKTERISTIKE I TERAPIJA SINDROMA POLICISTIČNIH JAJNIKA U NEPLODNIH ŽENA

MILAN KOVAČEVIĆ

Od 47 ispitanica sa dokazanim PCO, poremećen menstrualni ciklus (amenoreja i oligomenoreja) je imalo 87,3% ispitanica, uvećane jajnike sa ili bez cističnih promjena 89,4% i hirzutizam prisutan u svih ispitanica.

Testosteron u serumu je bio povišen u 87,2% uzroka, estradiol normalan u 93,6% i povišen u 6,4% FSH nisko normalan u 95,7% i snižen u 4,3%, LH povišen u 74,5% i normalan u 25,5% uzoraka. Inverziju gonadotropina je imalo 76,6% ispitanica. Prosječne bazalne vrijednosti testosterona bile su  $4,17 \pm 0,90$  nmol/l, estradiola  $0,25 \pm 0,02$  nmol/l, FSH  $4,83 \pm 1,42$  IU/l, LH  $14,10 \pm$  IU/l.

Ovulacija je izazvana klomifen citratom u 89,3% ispitanica, gonadotropinima u 4,3% i klinastom resekcijom jajnika u 6,4% ispitanica. Primjena klomifen citrata je metoda izbora u liječenju sindroma PCO u neplodnih žena. Gonadotropine treba upotrebljavati u klomid rezistentnih pacijentica, dok klinastu resekciju treba primjenjivati kada nije moguća primjena gonadotropina ili postoji indikacija za operativno liječenje drugog faktora steriliteta.

Sindrom policističnih jajnika je nekada nazivan Stein-Leventhal sindrom. Kako je izvorni sindrom pretrpio mnoge izmjene u opisu, nastala je konfuzija kliničkih znakova i simptoma koji mu pripadaju. Radi toga se pribjegli, u posljednje vrijeme, terminu sindrom policističnih ovarijuma (PCO), koji znači širi pojam, a predstavlja kliničke i biohemijske karakteristike udružene sa obostrano, cistično, promijenjenim jajnicima (3,8).

Etiologija mu nije u potpunosti razjašnjena. U osnovi je funkcionalni poremećaj hipotalamo-hipofizarne osovine kojeg karakteriše neadekvatna sekrecija gonadotropina, izmijenjena produkcija, vezivanje i metabolizam gonadalnih estrogena i višak androgena (2, 3, 6, 10).

Klinički se najčešće manifestuje hirzutizmom, poremećenim menstrualnim ciklusom sa anovulacijom i morfološkim promjenama na jajnicima. Ovarijumi postaju uvećani, cistični, sloj granuloznih ćelija degenerisan, a

teka interna hipertrofična. Folikuli se nalaze u različitim stadijumima sazrijevanja i regresije ali bez potpune zrelosti (2, 3, 8, 11).

U pogledu generativne funkcije žene, nastaje sterilitet uzrokovan hroničnom anovulacijom. Pojava je česta, jer oko 16% uzroka izostale ovulacije pripada ovom kliničkom entitetu (3). Terapijski pristup je različit i zavisi od toga da li žena želi rađati ili ne. Dakle, u žena koje žele rađati liječenje se usmjerava na uspostavljanje ovulacije, a ženama koje ne žele rađati otklanjanju se kliničke manifestacije oboljenja (hirzutizam, poremećaj ciklusa, gojaznosti i dr.).

Liječenje sindroma u neplodnih žena je u kratkom vremenu doživilo značajnu evoluciju. Do pojave induktora ovulacije (klomifen citrat, gonadotropini, gonadotropni rilizing hormon) terapija je bila isključivo hirurška, gdje je vršena klinasta resekcija jajnika. Danas stoje na raspolaganju sljedeće metode:

- indukcija ovulacije klomifen citratom,
- indukcija ovulacije gonadotropinima,
- indukcija ovulacije primjenom pulsatilnog LH-rilizing hormona,
- translaparoskopska kauterizacija jajnika,
- klinasta resekcija jajnika.

Postoji potreba pravilne selekcije pacijentica i redosljeda pojedinih metoda liječenja.

Cilj rada je da se prikažu kliničke manifestacije i endokrinološko stanje sindroma i postupak u liječenju neplodnih žena.

#### Ispitanice i metode

Na Klinici za ginekologiju i akušerstvo u Banjoj Luci ispitivano je i liječeno 47 neplodnih žena sa sindromom policističnih jajnika u vremenu od 1984-1988. godine. Prosječna starosna dob iznosila je 25,7 godina (od 15-40).

Dijagnostička obrada je obuhvatala:

- opšti klinički i ginekološki pregled,
- ultrazvučni pregled male karlice,
- laparoskopiju,
- određivanje u serumu radioimunološkom metodom, testosterona (T), estradiol-17 beta (E), folikulostimulirajućeg hormona (FSH), luteinizirajućeg hormona (LH) i prolaktina (PRL).

U opštem kliničkom pregledu pažnja je naglašena na konstitucijski izgled, hirzutizam i razvijenost sekundarnih seksualnih osobina. Ginekološkim pregledom su dobiveni podaci o anatomskom stanju i ovarijalnoj aktivnosti. Svim ispitanicama je vršen ultrazvučni pregled male karlice. Ovarijume veće od 3x 2x 1,5 cm proglašavali smo uvećanim. Pored mjerenja veličine, otkrivali smo eventualne cistične promjene ili tumore jajnika. Laparoskopiju smo izvodili onim ispitanicama koje nisu imale jasne znake za policistične ovarijume i onim sa jasnim znacima sindroma i sumnjom na prisustvo drugih organskih faktora steriliteta.

Određivanje testosterona i estradiola vršeno je komercijalnim kitom firme Nordiclab sa normalnim vrijednostima za testosteron od 0,35-3 nmol/l i estradiol od 0,1-0,6 nmol/l seruma. FSH, LH i prolaktin određivani su

kitom fir  
IU/1, LH

Sv  
-200 mg  
nastala  
nadotro  
bazalne  
progeste

K  
imale in

T  
juma.

Kliničk  
znaci

Steri-  
titet

Vrsta poremeć.  
oboljenja

Stanje

Hirzu-

cikl  
rzut  
mu

kitom firme Byk Mallincktoth, sa normalnim vrijednostima za FSH od 3-10 IU/1, LH od 3-14 IU/1, i PRL od 200-800 mIU/ml seruma.

Svim ispitanicama davali smo klomifen citrat (Clomid) u dozi od 100-200 mg dnevno od 5-10. dana ciklusa u cilju indukcije ovulacije. Ukoliko nije nastala ovulacija sa 200 mg Clomida izvodili smo indukciju ovulacije gonadotropinima (Pergonal i Primogonyl). Ovulaciju smo dokazivali mjerenjem bazalne temperature, praćenjem cervikalnog faktora i određivanjem serumskog progesterona u sredini lutealne faze ciklusa.

Klinastu resekciju jajnika smo izvodili ispitanicama sa PCO, koje su imale indikaciju za operaciju zbog drugog faktora steriliteta.

### Rezultati

Tabela 1. Klinički znaci u ispitanica sa sindromom policističnih ovarijuma.

| Klinički znaci                |                   | Broj ispitanica (N=47) | %    |
|-------------------------------|-------------------|------------------------|------|
| Sterilitet                    | Primarni          | 35                     | 74,5 |
|                               | Sekundarni        | 12                     | 25,5 |
| Vrsta poremeć. menst. ciklusa | Oligomenoreja     | 21                     | 44,6 |
|                               | Oligo/amenoreja   | 8                      | 17,1 |
|                               | Amenoreja         | 12                     | 25,6 |
|                               | Uredan ciklus     | 6                      | 12,7 |
| Stanje jajnika                | Uvećani           | 23                     | 48,9 |
|                               | Ciste             | 19                     | 40,5 |
|                               | Normalne veličine | 5                      | 10,6 |
| Hirzutizam                    | Prisutan          | 47                     | 100  |
|                               | Ne postoji        | —                      | —    |

U svih ispitanica sa primarnim sterilitetom, poremećaj menstruacionog ciklusa i pojačana dlakavost postoje iz doba puberteta i adolescencije. Hirzutizam je u 90% ispitanica II stepena i 10% III stepena prema Abrachamu i san. (1). Jedan od poremećaja ciklusa je imalo 87,3% ispitanica, dok je

u 12,7% krvarenje bilo ciklično i redovno. Uvećane ovarijume sa i bez cističnih promjena je imalo 89,4% ispitanica, dok je samo 10,6% imalo normalnu veličinu jajnika.

Tabela 2. Vrijednosti testosterona, estradiola, FSH, LH, i prolaktina i LH: FSH indeksa u serumu ispitanica

| Hormoni                   | Vrijednosti |           |           |
|---------------------------|-------------|-----------|-----------|
|                           | snižene     | normalne  | povišene  |
| Testosteron               | —           | 6(12,8%)  | 41(87,2%) |
| Estradiol                 | —           | 44(93,6%) | 3( 6,4%)  |
| FSH                       | 2(4,3%)     | 45(95,7%) | —         |
| LH                        | —           | 12(25,5%) | 35(74,5%) |
| Prolaktin                 | —           | 40(85,1%) | 7(14,9%)  |
| Index LH: FSH veći od 2:1 | —           | 11(23,4%) | 36(76,6%) |

Tabela 3. Prosječne bazalne vrijednosti testosterona, estradiola, FSH, LH, i prolaktina u serumu ispitanica

| Hormoni     | X            | SD | normalne       |
|-------------|--------------|----|----------------|
|             |              |    | vrijednosti    |
| Testosteron | 4,17 ± 0,94  |    | 0,35-3 nmol/l  |
| Estradiol   | 0,25 ± 0,02  |    | 0,1-0,6 nmol/l |
| FSH         | 4,83 ± 1,42  |    | 3-10 IU/l      |
| LH          | 14,10 ± 2,01 |    | 3-14 IU/l      |
| Prolaktin   | 728 ± 140    |    | 280-800 mIU/ml |

U 87,2% ispitanica bazalne vrijednosti testosterona su bile iznad 3 nmol/l seruma, a u 12,8% u granicama normale. Estradiol je bio u granicama normale u 93,6% ispitanica, dok je 6,4% imalo blaže povišene vrijednosti. FSH je bio snižen u 4,3% ispitanica, u 95,7% normalan sa niskonormalnim vrijednostima. LH je bio povišen u 74,5% ispitanica, a u 25,5% u normalnim granicama. Prolaktin je imalo normalan 85,1% ispitanica a povišen 14,9%. Inverzija gonadotropina je nađena u 76,6% ispitanica, dok je u 23,4% index LH: FSH bio manji od 2:1.

Tabela 4. Terapija ispitanica sa sindromom policističnih jajnika

| Vrsta terapije             | Ispitanice sa nastalom ovulacijom |      |      |
|----------------------------|-----------------------------------|------|------|
|                            | Dnevna doza                       | broj | %    |
| Klomifen                   | 100                               | 27   | 57,4 |
| Klomifen                   | 150                               | 10   | 21,3 |
| Klomifen                   | 200                               | 5    | 10,6 |
| Pergonal + Pregnyl         | 2-3 amp                           | 2    | 4,3  |
| Klinasta resekcija jajnika |                                   | 3    | 6,4  |

U 89,3% ispitanica indukcija ovulacije klomifenom je bila uspješna. Samo u 4,3% ispitanica je primjenjena gonadotropinska indukcija ovulacije jer sa dnevnom dozom klomifena od 200 mg nije nastala ovulacija. Ispitanicama sa klinastom resekcijom nije prethodno rađena indukcija ovulacije. Ovulacija se uspostavila po resekciji u tri ispitanice, dok je jedna imala anovulatorne cikluse po operaciji.

### Diskusija

Hirzutizam kao najčešći klinički znak u sindromu policističnih ovarijuma nastaje usljed povećane produkcije ovarijalnih androgena, u prvom redu testosterona i androstendiona kao njegovog prekursora (3, 4, 11). Naših 87,2% ispitanica je imalo povišen testosteron. U hirzutih žena koje imaju normalne vrijednosti testosterona obično postoje snižene vrijednosti proteinskog nosača testosterona (SHBG), koje dovode do porasta nivoa slobodnih androgena u krvi (10). Njihovo djelovanje je direktno na hipotalamičke centre ili indirektno putem periferne konverzije u estradiol 17-beta.

Poremećaj menstracionog ciklusa se obično manifestuje u obliku oligomenoreja ili amenoreja a samo manji broj ima redovna krvarenja. Ciklus karakteriše hronična anovulacija koja je uzrokovana poremećajem funkcije hipotalamo-hipofizarne osovine sa karakterističnim hormonskim stanjem.

Bazalne koncentracije LH su u PCO skoro redovno povišene, bez nastanka preovulatornog pika (3, 4, 9, 12). Samo manji broj žena ima normalne vrijednosti LH. Ne radi se o posebnoj skupini, već je nađeno da je kod njih vrijeme od poslednjeg krvarenja kraće nego u onih koje imaju povišen LH. Naših 74,5% ispitanica je imalo povišen, a 25,5% ispitanica normalan LH. FSH je skoro uvijek snižen ili sa niskom normalnim vrijednostima jer je tonično pod supresijom (4, 9, 10).

Povišen LH izaziva perifernu konverziju androstendiona u estron (2, 3), a testosterona u estradiol (4), čije aciklične vrijednosti pozitivnom povratnom vezom dovode do povećanog lučenja LH, a negativnim djelovanjem dovodi do smanjene produkcije FSH (2, 4, 10). Tako estradiol djeluje na produkciju gonadotropina diferencirano (6) dovodeći do tzv. inverzije gonadotropina u kojoj je indeks LH: FSH veći d 2:1.

Zbog nedostatka FSH, nema adekvatnog razvoja ćelija granulose, niti ciklične sekrecije estradiola. FSH stalno postiže rast novih folikula ali ne do potpune zrelosti. Često se folikuli proširuju u ciste u kojima se stvara uvijek ista količina estradiola zbog čega izostaje odgovarajući signal estradiola (4, 7, 9, 10).

Pod uticajem LH dolazi do hipertrofije ćelija teke interne i stvaranja povišene vrijednosti androgena (9, 11). Tonička produkcija estradiola u folikulima i stvaranje ekstraglandularnom konverzijom iz androgena, uspostavlja anovulatorno samoobnavljajuće stanje koje ne prestaje sve dok se ne naruši nekom od terapijskih metoda, bilo onom koja povećava sekreciju FSH ili onom koja dovodi do izrazitog smanjenja androgena u cirkulaciji.

Terapijska metoda koja povećava sekreciju FSH, a često se koristi, je primjena Klomifen citrata za indukciju ovulacije. Klomife citrat kao antiestrogen se veže na estrogene receptore u hipotalamusu, zbog čega izostaje djelovanje estrogenog signala na hipotalamus. Hipotalamus oslobođen estro-

genog djelovanja oslobađa gonadotropni rilizing hormon (GnRH) koji stimuliše produkciju FSH u hipofizi. Porast FSH u cirkulaciji dovodi do rasta i sazrijevanja folikula. Pored toga klomifen blokira pozitivan estradiolni efekat na sekreciju LH te se uspostavlja normalan odnos između LH i FSH. Zreli folikul nakon primjene klomifena, estrogenim signalom dovodi do LH pika, čime se uspostavlja ovulacija. U naših 89,3% ispitanica ovulacija je uspostavljena davanjem klomifen citrata. Slične rezultate navodi Grenblatt (6) koji je našao, da oko 10-15% žena sa PCO stimuliranih klomifenom, ostaje anovulatorno.

Druga metoda za povećanje sekrecije FSH u sindromu PCO je pulsatile davanje LH-rilizing hormona. Ovu metodu nismo primjenjivali zbog toga što je tehnički teško izvodljiva i jako je skupa. Prema Eshelu (5) i sar. oko 50% žena ostaje i dalje anovulatorno kod primjene LH-rilizing hormona. Ovi autori smatraju da se sterilitet u žena sa PCO optimalno ne koriguje pulsatilnom LH-rilizing terapijom.

Klomifen rezistentnim ženama sa PCO, treba indukovati ovulaciju gonadotropinima, ili alterantivno hirurškim putem. Egzogenim unošenjem gonadotropina folikul se dovodi do potpune zrelosti i ovulacije. Ovulacija se uspostavlja u 75-95% ispitanica (5). Obe naše ispitanice koje su stimulirane gonadotropinima ovulirale su u prvom ciklusu.

Klinastu resekciju oba jajnika smo radili kod 4 ispitanice nakon čega je u 3 uspostavljen ovulatoran ciklus. Klinasta resekcija dovodi do ovulacije u 6-95% žena, prosječno oko 80% (7). Njene slabe strane su što može dovesti do signifikantne incidence postoperativnih peritubarnih i periovarijalnih adhezija. Istina, mikrohkirurški princip operacije smanjuje učestalost adhezija, ali ne do te mjere da bi resekcija imala prednost pred drugim metodama. Naprotiv, treba je smatrati krajnjom terapijskom mjerom, izuzev kada postoji druga indikacija za operaciju steriliteta.

Mehanizam nastanka ovulacije nakon klinaste resekcije jajnika nije u potpunosti poznat. Judd i sar. (7) su našli drastično sniženje androgena u serumu (testosterona i androstendiona) a takođe i signifikantni pad estradiola u prva 3 dana po operaciji. Smatra se da smanjenje androgena i estradiola eliminiše perzistentni pozitivni feedback ovih steroida na hipotalamus čime se nivo Lh vraća na normalu. Istovremeno nastaje normalizacija FSH, što dovodi do maturacije folikula i ovulacije. Ovakve promjene nastaju i nakon laparoscopske kauterizacije jajnika (6). Zagovornici ovog načina liječenja PCO smatraju, da metoda ima prednost nad klinastom resekcijom kojom se uništava veći dio tkiva, jer se kauterizacijom oštećuje samo manja površina kore jajnika. Međutim, klinički efekti ove metode na duži vremenski period još nisu poznati, stoga traže stručnu provjeru.

1. Abrach
- or
- 1f
2. Baird
3. Beasle
- at
4. De Va
- ri
5. Eshel
- r
- S
6. Greer
- p
7. Judd
- c
- c
8. Nede
- t
9. Prele
- (
10. Pre!
11. Spe
12. Yen

Irregul  
or wit

in 93.  
border  
vated  
ntratic

+ 0.0

dotop

wome  
klomi  
is no



## LITERATURA

1. **Abracham E., Maroulis B., Buster E., Chang R., Marshall R.:** Effect of dexamethasone on serum cortisol and androgen levels in hirsute patients. *Obstet. Gynecol.* 47:395, 1976
2. **Baird B.:** Endocrinology of female infertility. *Brit. Med. Bull.* 35:193, 1979
3. **Beasley J.:** Sindrom policističnih ovarijuma i hirsutizam. Prvi simpozijum iz dječije i adolescentne ginekologije sa međunarodnim učešćem. Beograd, 1977, str. 85
4. **De Vane et all:** Circulating gonadotropins, estrogens and androgens in polycystic ovarian disease. *Amer. J. Obstet. Gynecol.* 121:496, 1975
5. **Eshel A., Abdulwahid N., Armar A., Adams J., Jacobs H.:** Pulsatile luteinizing hormone-releasing hormone therapy in women with polycystic ovary syndrome. *Fertil. Steril.* 49:956, 1988
6. **Greenblatt E., Casper R.:** Endocrine changes after laparoscopic ovarian cautery in polycystic ovarian syndrome. *Amer. J. Obstet. Gynecol.* 156:279, 1987
7. **Judd L., Riggs A., Anderson C., Yven C.:** The effects of ovarian wedge resection on circulating gonadotropin and ovarian steroid levels in patients with polycystic ovary syndrome. *J. Clin. Endocrin. Metab.* 43:347, 1976
8. **Nedeljković B., Sajdl V., Kapor S.:** Uloga testosterona u patogenezi oligomenoreje u hirsutizmu. *Endocrin. Jugosl.* 9:9, 1986
9. **Prelević G.:** Kontrola sekrecije gonadotropina u sindromu policističnih ovarijuma. *Endocrin. Jugosl.* 7:117, 1984
10. **Prelević G., Wurzbürger M., Perić Lj.:** Poreklo serumskog testosterona u sindromu policističnih ovarijuma. *Endocrin. Jugosl.* 9:17, 1986
11. **Sperof L., Glass R., Kase N.:** Klinička ginekološka endokrinologija i infertilitet. *Medicinska knjiga Beograd-Zagreb*, 1978, str. 212
12. **Yen S.:** The polycystic ovary syndrome. *J. Clin. Endocrin.* 12:177, 1980.

## SUMMARY

### CLINICAL CHARACTERISTICS AND THERAPY OF STERILE WOMEN WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME

Milan Kovačević

Department of Obstetrics and Gynecology, Clinical Hospital Center Banjaluka  
Out of 47 patients with polycystic ovary syndrome (POS) 87.3% had absent or irregular menstrual cycle (oligomenorhea, amenorhea), 89.4% had enlarged ovaries with or without cystic changes, with hirsutism being present in all of the.

The serum testosterone concentration was elevated in 87.2%, oestradiol normal in 93.6%, and elevated in 4.3%, follicle stimulating hormone (FSH) was at the lower border of normal values in 95.7%, and lowered in 4.3%, luteinizing hormone (LH) elevated in 74.5%, and normal in 25.5% of samples. An inversion in gonadotropin concentration was found in 76.6% of patients

Mean basal values of testosterone were  $4.17 \pm 0.90$  nmol/l, oestradiol  $0.75 \pm 0.02$  nmol/l, FSH  $4.83 \pm 1.42$  IU/L, and LH  $14.10 \pm 2.01$  IU/L.

It was possible to initiate ovulation with klomiphen cytrate in 89.3%, with gonadotropins in 4.3%, and with cuneiform excision in 6.4% of cases.

The application of klomiphen citrate is a method of choice in the treatment of women with the PO syndrome. Gonadotropins should be introduced in the treatment of klomiphen-resistant cases, and cuneiform excision in cases where gonadotropin therapy is not possible, or in cases with other indications for operative treatment.



NE

ko  
ra

m  
te  
o  
i  
g  
r  
s

se po  
nalne  
staze  
tiroi

(2, 4)  
kova  
povre  
to »  
gnih

smo  
hiru  
liječ

Hiru

## NEKA ZAPAZANJA U KLINIČKOJ SLICI I HIRURŠKO LIJEČENJE METASTATSKIH TUMORA KIČMENOG STUBA

NEDIM HADŽIKARIĆ, ZLATKO BORČIĆ, BRANKO PIKULA

Spinalne metastaze malignih tumora, ako se ne primjeni dekompresivna operacija, u pravilu završavaju grubim i invalidizirajućim neurološkim deficitom.

Kliničkom analizom 27 operiranih bolesnika sa spinalnim metastazama malignih tumora autori podvlače potrebu rane detekcije ovih metastaza. To omogućava da se termin dekompresivne operacije pomakne unaprijed već pri pojavi prvih neuroloških ispada a rezultati operativnog liječenja u funkcionalnom pogledu — što je i osnovni cilj ovog liječenja — su daleko uspješniji. Teško opšte stanje bolesnika i paraplegija u trajanju od 24 sata i duže kontraindikacija su za operativni zahvat.

### UVOD

Problematici hirurškog liječenja spinalnih metastaza malignih tumora se posljednjih decenija poklanja više pažnje. Prema nekim podacima (1) spinalne metastaze ima oko 5% oboljelih od malignih tumora. Najčešće metastaze u kičmeni stub daju maligni procesi pluća i bronha, dojke, prostate, tireoidee i bubrega.

Već u ranijim ozbiljnijim stadijama koje obrađuju ovu problematiku (2, 4) autori podvlače važnost rane dijagnostike i prepoznavanja prvih znakova kompresije medule i korjenova, prije nego što dođe do ireverzibilne povrede kičmene moždine. Još 1965. godine Brice i Mc Kiscock ističu da je to »Jedini put da se poboljšaju nezadovoljavajući rezultati hirurgije malignih ekstraduralnih spinalnih oboljenja« (2).

U našoj sredini opsežnijih studija posvećenih ovoj problematici nisamo našli. U praktično svim neurohirurškim ustanovama kod nas provodi se hirurgija spinalnih metastaza malignih tumora ali analize rezultata ovoga liječenja i uslova pod kojim se ono provodi jedva da su rađene. Ovaj rad je

skromna studija kliničkog materijala neurohirurškog odjela Hirurške klinike u Banjaluci u periodu od 10 godina.

### Materijal i metode

Iz kliničkog materijala neurohirurškog odjela Hirurške klinike u Banjaluci, u periodu od 1976. do 1986. godine izdvojili smo bolesnike sa metastazama malignih tumora u kičmeni stub. Ovakvih bolesnika je bilo ukupno 38. Kod 11 bolesnika (28%) je već kod prijema postojala paraplegija u trajanju od 24 sata i duže pa ovi bolesnici nisu operativno liječeni i nisu ni obuhvaćeni ovom analizom. Ostalih 27 bolesnika je liječeno dekompresivnom laminektomijom.

Odnos muškaraca i žena je bio 2:1. Starost bolesnika se kretala u rasponu od 27 do 70 godina. 19 bolesnika (69%) je bilo staro preko 50 godina, a 13 (48%) preko 60 godina.

Kod 13 bolesnika (48%) metastatski tumor je bio prvi znak malignog procesa u organizmu.

Na našem materijalu primarno mjesto tumora je kod 7 bolesnika (26%) bilo u plućima, kod 4 bolesnika (15%) prostata, kolon i rektum kod 2 bolesnika (7%), uterus takođe kod 2 bolesnice (7%) i dojka kod 1 bolesnice (3%). Kod 11 bolesnika ili 40% slučajeva patohistološki se primarno mjesto malignog procesa nije moglo sa sigurnošću utvrditi (vidi tabelu 1).

Tabela 1.

Patohistološki nalazi o mjestu primarnog tumora

| mjesto:     | pluća   | prostata | kolon/rektum | uterus | dojka  | ndefinisani |
|-------------|---------|----------|--------------|--------|--------|-------------|
| broj boles. | 7 (26%) | 4 (15%)  | 2 (7%)       | 2 (7%) | 1 (3%) | 11 (40%)    |

Kod svih operiranih bolesnika analizirali smo dužinu trajanja spinalnih simptoma, njihovu učestalost, način postavljanja dijagnoze, rani postoperativni tok.

### Rezultati i diskusija

Kod naših operiranih bolesnika zbog metataza malignog tumora u kičmeni stub, neurološki deficit različite jačine trajao je od 48 sati do dva mjeseca prije nego što je postavljena dijagnoza metastatskog procesa. Samo kod jednog bolesnika nije registriran neurološki deficit ali je on patio od veoma jakih radikularnih bolova 17 dana. Najveći broj bolesnika (14 ili 51%) imao je neurološke ispade 1 — 4 sedmice prije postavljanja dijagnoze. Pet bolesnika (ili 18,5%) je imalo takve ispade različitog intenziteta između 1 do 2 mjeseca prije postavljanja dijagnoze maligne metastaze u kičmeni stub (Tabela 2).

Tabela 2

Dužina trajanja simptoma prije postavljanja dijagnoze

| trajanje simptoma | broj bolesnika |
|-------------------|----------------|
| do 24 sata        | 0              |
| 1 — 2 dana        | 2 ( 7,5%)      |
| 2 — 7 dana        | 6 (22,2%)      |
| 7 — 14 dana       | 5 (18,5%)      |
| 14 — 28 dana      | 9 (33,3%)      |
| 1 — 2 mjes.       | 5 (18,5%)      |

Navedeni rezultati naše analize u osnovi se slažu sa nalazima drugih istraživača (1, 3, 4, 5) i ponovno ukazuju na neophodnost detaljnog neurološkog i neuroradiološkog ispitivanja bolesnika sa malignim oboljenjima već kod prvih simptoma od strane spinalnih korjenova ili medule. U svim ovakvim slučajevima potrebno je dalje ciljano ispitivanje sa zadatkom da se spinalna metastaza malignog tumora dokaže ili isključi kao etiološki faktor neuroloških ispada. Naši rezultati pokazuju da se kao jedan od prvih znakova često javlja radikularna bol (17 bolesnika ili 63%). Motornu slabost imalo je 24 bolesnika (ili 89%), a smetnje sfinktera su nađene kod 19 bolesnika (70%). (Tabela 3)

Tabela 3

| znaci:      | bol      | morotna slabost | smetnje sfinktera |
|-------------|----------|-----------------|-------------------|
| broj boles. | 17 (63%) | 24 (89%)        | 19 (70%)          |

Kod naših bolesnika definitivnu dijagnozu metastaza malignog procesa u kičmeni stub, poslije kliničke sumnje, postavljali smo nativnom radiografijom kičmenog stuba u 22 bolesnika (81,5%) dok je kod 5 bolesnika (18,5%) ovaj nalaz negativan. Kod svih bolesnika kod kojih je rađena scintigrafija kičmenog stuba nalaz je bio pozitivan. Tačan nivo metastatske lezije, njen odnos prema kičmenom kanalu i meduli, određivali smo mijelografijom kod svih 27 bolesnika. Ovaj nalaz je bio presudan za dalje operativno liječenje (Vidi tabelu 4).

U našoj seriji ispitanika dijagnoza maligne metastaze u kičmeni stub nije postavljena kompjuterizovanom tomografijom kičmenog stuba jer nismo imali tehničke mogućnosti za takvu pretragu, a opšte stanje bolesnika, mogućnost brze dijagnoze drugim metodama kao i potreba za što ranijim operativnim liječenjem, su slanje ovakvih bolesnika u druge centre, radi toga dijagnostičkog pregleda, stavljali u drugi plan i činili bespotrebnim. Potrebno je međutim na ovom mjestu naglasiti da smatramo da bi kompjuterizovana tomografija kičmenog stuba, kao neagresivna, laka i pouzdana metoda mogla potpuno zamijeniti potrebu za mijelografijom kod ovakvih bolesnika.

Tabela 4

## Rezultati neuroradioloških pretraga

|            | nativna rtg snimka<br>kičmenog stuba | scintigrafija<br>kičmenog stuba | mijelografija |
|------------|--------------------------------------|---------------------------------|---------------|
| poz. nalaz | 22 (81,5%)                           | 21 (100%)                       | 27 (100%)     |
| neg. nalaz | 5 (18,5%)                            | 0                               | 0             |

Kod naših bolesnika analizirali smo klinički tok neuroloških ispada u prvih mjesec dana poslije operativnog, dekompresivnog liječenja. Smatrali smo, obzirom na prirodu oboljenja, opšte stanje ovih bolesnika i karakter operativnog zahvata, ukoliko nije došlo do poboljšanja kliničke slike u ranom postoperativnom periodu od 15 dana do 30 dana da takvo poboljšanje ne treba više ni očekivati. Rezultati neposrednog postoperativnog toka kliničko — neuroloških ispada kod naših bolesnika prikazani su na tabeli 5.

Tabela 5

## Neposredni postoperativni kliničko neurološki tok bolesti (do 30 dana)

| neurološki<br>oporavak | zaustavljena progre-<br>sija neuroloških<br>ispada | nastavljena progresija<br>neuroloških ispada | ukupno    |
|------------------------|--|--|-----------|
| 18 (66,6%)             | 3 (11,1%)  | 6 (22,2%)                                    | 27 (100%) |

Kako se vidi iz navedene tabele rezultati operativnog liječenja su samo uslovno zadovoljavajući. Upada u oči relativno visok postotak bolesnika kod kojih je nastavljena progresija neuroloških ispada i kod kojih operativno liječenje nije dalo očekivane rezultate. Potrebno je napomenuti da je svih 6 ovih bolesnika bilo u dosta teškom opštem stanju još preoperativno i da je takvo stanje u toku liječenja dalje progrediralo. Neophodno je na ovom mjestu takođe podvući ranije već naveden podatak, da od ukupno 38 bolesnika 11 njih ili 28% nije bilo ni operirano zbog dugog trajanja paraplegije. Kada se tom broju doda i ovaj broj od 6 bolesnika, sa teškim opštim stanjem i postoperativnom progresijom neuroloških ispada, dobijamo veoma ozbiljan procenat od 45% od svih bolesnika sa metastazama kičmenog stuba koje su verificirane prekasno ili su bolesnici došli prekasno kod neurohirurga radi procjene mogućnosti i potrebe za operativnim liječenjem.

Analiza našeg kliničkog materijala nameće nam zaključak da metastatski tumori kičmenog stuba predstavljaju sve do pojave izraženog neurološkog deficita, ozbiljan dijagnostički problem. Odlučujuću ulogu u rješavanju ovog problema po našem mišljenju ima iskustvo i znanje ljekara koji liječe bolesnika od maligne bolesti. U dijagnostici je neophodna primjena odgovarajućih dijagnostičkih procedura među kojima dominantnu ulogu ima nativna radiografija kičmenog stuba, scintigrafija kičmenog stuba, mijelografija i kompjuterizirana tomografija kičmenog stuba. Nuklearna magnetna rezonanca kada bi bila dostupna i u našoj sredini mogla bi da bude metoda izbora u dijagnostici ovih metastaza.

Neophodno je naglasiti da cilj dekompresivnog operativnog liječenja bolesnika sa malignim metatazama u kičmeni stub nije direktno produženje života nego poboljšanje kvaliteta života određenog bolesnika, u prvom redu sprečavanjem nastanka oduzetosti, ispada funkcija sfinktera, rješavanjem dijela radikularnih bolova i sl.

Većina autora se slaže da nema svrhe operirati bolesnika kod kojeg je paraplegija trajala duže od 24 sata (3,4). Operacija u tim uslovima ne dovodi do željenog poboljšanja nego je samo dodatni faktor koji može direktno ugroziti život takvog bolesnika.

### Zaključak

Analiza naše serije bolesnika pokazuje da se još uvijek u velikom broju slučajeva dijagnoza spinalne metastaze postavlja relativno kasno u odnosu na trajanje neurološkog deficita.

Indikacije za dekompresivnu operaciju kod verificiranih spinalnih metastaza malignih tumora su svakako veoma ozbiljan neurohirurški problem koji je potrebno seriozno i kritički rješavati od slučaja do slučaja. Pri tom se moraju imati na umu slijedeće činjenice:

a) operacije izvedene u ranoj fazi razvoja spinalne metastaze, već kod pojave prvih znakova kompresije medule ili korjenova pokazuju najbolje funkcionalne rezultate

b) teško opšte stanje i grubi neurološki deficit (paraplegija i inkontinencija) koji traje duže od 24 sata su kontraindikacija za operativnu dekompresiju jer ne dovode do željenog poboljšanja niti neurološkog deficita, niti opšteg stanja bolesnika.

### LITERATURA

1. **Babić B., Dorđević Ž., Tajić B., Nestorović B.:** Indikacije za laminektomiju kod metastatskih tumora spinalnog kanala, Šesti kongres udruženja neurohirurga Jugoslavije — sažeci, p 27 (abstr), 1982
2. **Brice J., Mc Kissok W.:** Surgical treatment of malignang extradural spinal tumours. Brit Med. J. 1:1339 — 1344, 1965
3. **Snaw M. D. M., Rose J. E., Peterson A.:** Metastatic extradural malignancy of the spine. Acta Neurochir. Vol. 52, 113 — 120, 1980
4. **Smith R.:** An evaluation of surgical treatment for spinal cord compression due to metastatic carcinoma. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 28 : 151 — 158, 1965
5. **Solenii V.I., Mosičuk N. M., Marčenko A.A.:** Hirurgičeskoe lečenje opuholei pozvonočnika s kompressiei spinogogo mozga. Vopr. neurohir. 2 : 36 — 39, 1988

### SUMMARY

#### SOME OBSERVATIONS ON CLINICAL CHARACTERISTICS AND SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH METASTATIC TUMORS OF SPINE

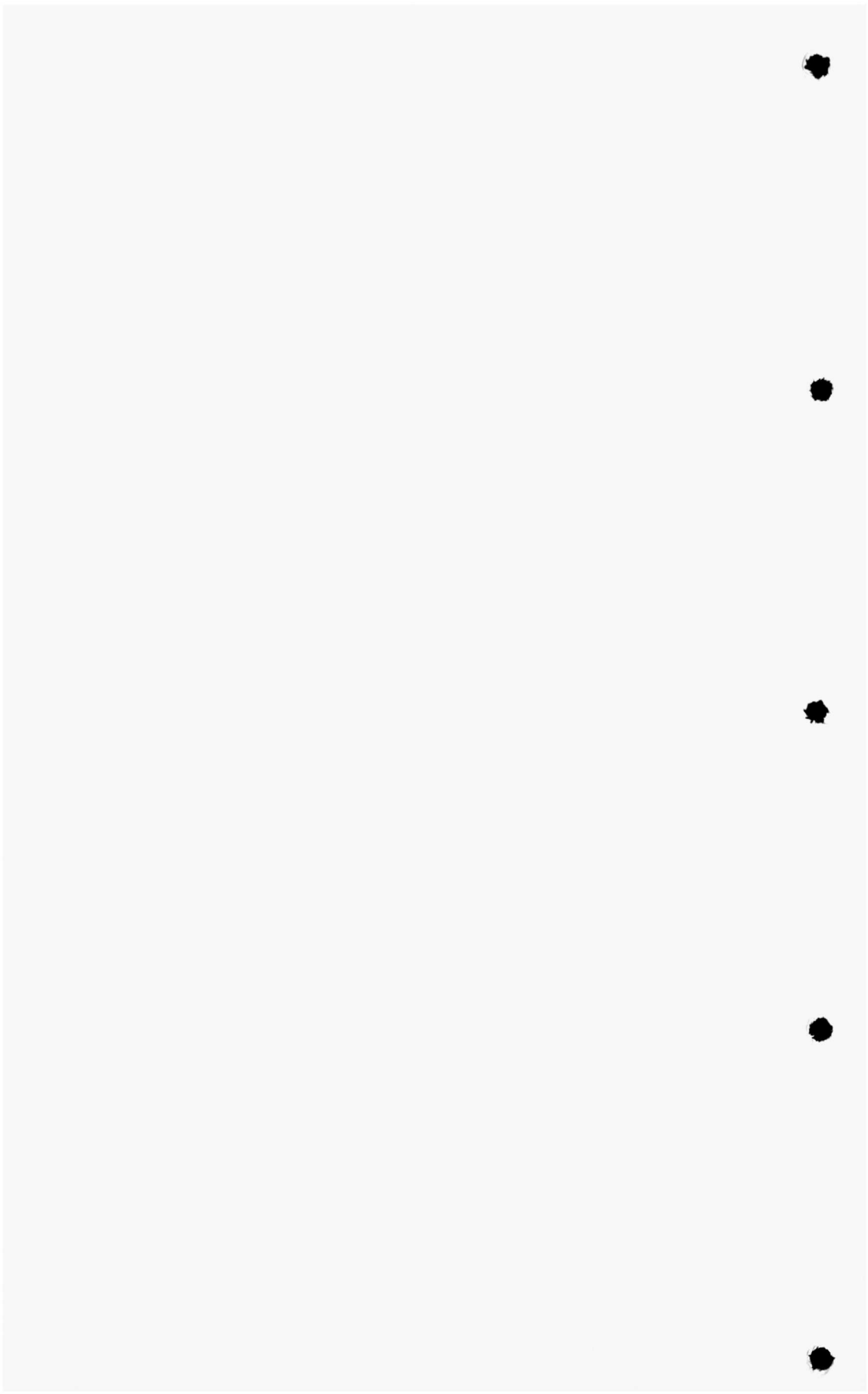
Nedim Hadžikarić, Zlatko Borčić, Branko Pikuła

Spinal metastases of malignant tumors, if decompressive therapy is not applied, regularly end up with disabling neurologic deficits.

On the basis of their experience with 27 operated cases the authors delineate the importance of early diagnosis of such metastatic processes.

An early diagnosis could make it possible for operative treatment being forwarded to earlier period even in cases with minimal neurologic symptoms, and thereby, could improve the results of decompressive therapy especially in its functional sense which is the major goal of such kind of treatment.

Poor general clinical condition of patients, and paraplegia of 24 hours of duration are the contraindications for this kind of treatment.



## KONZERVATIVNO LIJEČENJE GLAUKOMA

ALEKSANDAR PIŠTELJIĆ, MUSTAFA SEFIĆ

**Autori iznose aktuelni koncept etiopatogeneze i terapije primarnog glaukoma. Nalaze da se 93% pacijenata sa dijagnozom glaukoma liječi konzervativno. Daju prikaz farmaka koji su u primjeni.**

Pitanje terapijskog izbora u liječenju glaukoma ne bi trebalo interpretirati kao konflikt dva stava ili dvije škole ili modernog, agresivnog shvatanja medicine, te starog i konzervativnog, nego kao sposobnost donošenja odluke bitne po pacijenta i ishod bolesti, a bazirane na objektivnim oftalmološkim parametrima, iskustvu, te na anticipaciji toka bolesti.

Na osnovu podataka dobijenih od jugoslavenskih oftalmoloških centara (10-30% operativno liječenih), te analize vlastitih rezultata (od kompletne klijentele kabineta za glaukom samo 7% je operativno liječenih) evidentno je da se gro bolesnika sa utvrđenom dg: glaukom liječi konzervativno.

Etiopatogeneza prim. glaukoma je još uvijek nejasna. Duke Elder govori o 4 hipoteze, od kojih su dvije vazogene i opšte priznate u smislu pozitivnog kliničkog iskustva (kompromitacija drenaznog sistema intraokularne tekućine bazirana na sklerotičnim, degenerativnim i vazoneurotičnim promjenama u nivou venokapilarne mreže). Disfunkcija hipotetskog centralnog mehanizma regulacije IOP, te lezija membranskog sistema sa reperkutornom promjenom permeabiliteta je još u sferi eksperimentalnih modela. Čavka glaukom tretira kao sistemsko obolenje sa kardinalnim simptomom povećanja IOP, Kecmanović (1965 god.) smatra da je pomenuti simptom zajednički za više etiopatogenetski različitih obolenja. Heger se priklanja mišljenju da je glaukom prije simptom nego stvarno obolenje. Weinstein IOP, arterijsku tenziju, termoregulaciju shvata kao homeostatske vrijednosti centralno regulisane kibernetiskim mehanizmom feed-back-a. Bit ovakvog sistema je aferencija informacija (presoreptori su smješteni u komornom uglu) kortikalno, subkortikalno, te mezencefalički, odakle se vrši dinamička regulacija IOP. Prema Feingebaum-ovim zapažanjima foto-stimulativna reakcija mijenja IOP, dok Hertel uzrok promjena nalazi u disfunkciji koloidno-osmotskih kvaliteta krvi. Pomenuti faktori vjerovatno utiču na promjene IOP, ali sigurno nisu kardinalni uzročnici glaukoma. Ritmički tok krivulje IOP-a je areakti-



bilan na promjenu cirkadijalnog ritma, na njega ne utiče izmjena fizičke aktivnosti i mirovanja, niti promjena kvaliteta ishrane. Rezistentan je i na arteficijalnu promjenu PH krvi. Medikamentoznom miozom i midrijazom ne mijenjamo IOP normalnog oka, poslije iridektomije ili pri nedostatku šarenice nalazimo istovjetan pritisak. Sve ovo govori u prilog postojanja centralnog regulacionog mehanizma. Cvetković najveći broj glaukoma liječenih na svojoj klinici interpretira kao kompromitaciju drenaže komorne tekućine, a samo neznatan broj shvata kao »sekretorni«. Isti autor upozorava na relativnost vrijednosti »normalnog« IOP, nalazeći da određeni broj pacijenata sa IOP van statistički izračunatih granica nemaju kliničkih atributa za dijagnozu glaukoma. Čupak u procjeni efikasnosti terapije ne vrednuje samo normalizaciju pritiska, nego i ostalih parametara i to kroz period od 6 mjeseci, do godinu dana.

Stav u terapiji akutnog glaukoma je jedinstven, dok u slučaju glaukoma simpleks izvjesni autori: Burbacher, Anderson i Pods (usmeno saopštenje) smatraju da vrijednosti IOP nisu relevantan parametar. Posljednji ne primjenjuju th. ako je samo IOP povećan čak i do 50 mm Hg.

Četiri grupe farmaka su danas aktualni u th. glaukoma. Holinergici (acetilholin, muskarin, pilokarpin, Mecholyl) su prvi rutinski aplicirani medikamenti. Djeluju direktno na motornu ploču. Holinesteraza blokatori (Prostigmin, Eserin, Mintacol, DFP) imaju sličan krajnji efekt. Lijekovi tipa Doryl Z su komercijalne kompilacije pomenutih farmakodinamskih principa. Aminoglaukosan djeluje na mišićno tkivo povećavajući tonus sfinktera pupile. Adrenergici (Glaukosan, EPRY) se mogu koristiti u slučaju afaktičnog glaukoma i glaukoma simpleks. Smanjuju sekreciju IO tekućine za 25-30% istovremeno povećavajući koeficijent oticanja do 25%. Kontraindikovani su kod glaukoma sa zatvorenim uglom.

Druga grupa lijekova su beta blokatori (Metablen, Tosmilen, VISTAG, Timolol) koji prvenstveno djeluju na smanjivanje brzine produkcije komorne tekućine. Prema NIESFILD-u najbliža istini je hipoteza da Timolol konstrikcijom aferentnih krvnih sudova u cilijarnim nastavcima smanjuje sekreciju i/ili ultrafiltraciju. Đaković usporavanjem opšte hemodinamike (bradikardija, smanjenje minutnog volumena) objašnjava hipotenzivno dejstvo beta-blokera na IOP. Sefić i Pišteljić su aplikacijom Metablenu redukovali operativne indikacije kod dvije trećine pacijenata. Čupak i Nola kombinuju pilokarpin i metablen sa pozitivnim kliničkim rezultatima.

U treću grupu medikamenata ubrajamo karboanhidraza inhibitore (Diamox, Renamod, Diacarb) — acetozolamidske preparate. U upotrebi je i diklofenilamid (Antidraze, Metazolamid, Neprazan). Pored efekta na diurezu smanjuju i produkciju komorne tečnosti za 20-30%.

Četvrta grupa su makromolekularne tekućine sa osmotskim dejstvom, kao i primjena opštih farmaka.

### Zaključak

Terapijski pristup, te izbor medikamenata je krajnje individualan. Prije aplikacije farmaka u pravilu bi četiri dana trebalo vršiti testiranje pacijenata (mjerenje IOP).

Uključivanje u th. jednog farmakodinamskog principa samo po sebi ne isključuje upotrebu drugog, pri čemu treba paziti na zamku polipragmatičnosti.

Terapijskim planom moramo biti sposobni da damo odgovor na nekoliko krucijalnih pitanja:

1. Šta očekujemo od terapije?
2. Za koje vrijeme to očekujemo?
3. Koja je mogućnost komplikacija i njihove prevencije?
4. Šta ako ne dobijemo očekivani terapijski odgovor?

Preventivna terapija pilokarpinom je vitium artis i uglavnom proizilazi iz insuficijentne dijagnostike. Ako pacijent ima glaukom ovakva terapija je nedovoljna, a u obrnutom slučaju treba napomenuti da pilokarpin i nije tako bezazlen lijek.

#### LITERATURA

1. **Fechner P. U.:** Medikamentöse Augentherapie, Bücherci des Augenartis Heft 67, 1976.
2. **Leydhecker W.:** GLAUKOM, Soring-Verlag, 1973, 490-565.
3. **Kecmanović Z.** Konzervativno liječenje glaukoma Acta eph. Yug. III, 3, 1931, 1965.
4. **Birnbacher A.** 46. godina iskustva za konzervativno liječenje glaukom s. Klin. Mon. blat. augeheilk. 148, 4, 490-500, 1966.
5. **Hageer H.** Die Behandlung des Glaukoma mit miotika, AUGENHEILK. 29 Heft, 1965.
6. **Cvetković E.** Farmakologija antiglaukomnih lekova XIV Oftalmološka nedelja SLD Beograd, 1987.
7. **Daković S.** Fiziologija i patofiziologija primarnog glaukoma XIV Oftalmološka nedelja SLD Beograd 1977.
8. **Cvetković D.** Klinički značaj Beta blokatora u liječenju glaukoma. Simpozij o beta blokatorima u liječenju glaukoma Beograd 1980.
9. **Sefić M., Pišteljić A.** Djelovanje Metablana kod bolesnika refrakterinih na dosadašnju terapiju. Beograd 1980.
10. **Sefić M., Pišteljić A.** Učestalost hirurškog liječenja primarnog glaukoma, Jug. oft. arhiv — u štampi.
11. **Nolab, Čupak K.** Upotreba metablana u kombinaciji sa mioticiam Beograd-Simpozium 1980.
12. **Cvetković D., Blagojević M., Stefanović D.** Distribucija vrednosti intraokularnog pritiska kod našeg stanovništva Acta Ophth. Yug. IX, 1-2, 46, 1971.
13. **Čupak K.** Kriterijumi za procjenu uspjeha kirurških zahvata kod glaukoma, Acta Ophthal. Yug. VIII, 1-2, 100, 1970.
14. **Wienstein S.** Gyberbeticæ et the intraocular pressure in glaukoma, Anall bol. »Br. M. Stojanović«, Vol. VIII, 22, 53-57, 1969.
15. **Čavka V.** Etiogeneta primarnog glaukoma RADOVI-AKAD-NAUKA BiH, knjiga 6, 1960.

#### SUMMARY

##### THE CONSERVATIVE TREATMENT OF GLAUCOMA

Aleksandar Pišteljić, and Mustafa Sefić

Department of Ophthalmology, Clinical Hospital Center, Banjaluka

The authors of a state of the art in understanding of ethiopathogenesis and therapy of primary glaucoma.

Ninety three per cent of patients undergo conservative treatment, and 7% surgical therapy.

A short overview of pharmacologically active agents in medicamentous therapy of glaucoma is given.



## IMUNI KOMPLEKSI U SERUMU OBOLJELIH OD KARCINOMA

MARINKO MARUŠIĆ, MIRJANA BUKARA

Na visinu titra imunog kompleksa (IK) ne utiču: primarna lokalizacija tumora, histološki tip i nema uticaja organska lokalizacija metastaza kod diseminiranih slučajeva.

Stepen progresije odnosno tok bolesti mogao bi uticati na visinu titra cirkulirajućih IK u serumu oboljelih od karcinoma.

Primjena terapije snižava titar cirkulirajućih IK u serumu oboljelih od karcinoma.

Povišen titar cirkulirajućih IK za sada ne pokazuje značajnije pravilnosti u svome kretanju na osnovu kojih bi se mogle izvući neke osobitosti u pogledu dijagnoze ili možda prognoze malignog oboljenja.

### UVOD

Antigen-antitijelo ili imuni kompleksi (IK) stvaraju se uvijek kad se stvori humoralni odgovor na antigen. Sudbina i efekti IK »in vivo« direktno zavise od mjesta njihovog stvaranja, prirode Ag i At i njihove relativne koncentracije.

Sve je veći broj radova o prisustvu IK u serumu bolesnika sa pokazanim malignitetom, koji se mogu upotrebiti kao tumorski markeri u imunološkoj dijagnostici i koji su vrijedni u praćanju maligne bolesti.

Pretpostavka da bi tumorski kompleks tumorskog antigen-antitijela mogao da ima neku ulogu u nastanku i rastu tumora prvi put se spominje u radovima Hellströma (2), koji je našao da serumi životinje i bolesnika sa malignitetom ima svojstvo da blokira citotoksičnost senzibiliziranih limfocita protiv tumorskih ćelija. Ustanovljeno je da su ti blokirajući faktori bar djelimično IK (Hellström i sur. 1969.) (2). Poslije operacije tumora ili njegove spontane regresije u eksperimentalnim tumorskim sistemima vrlo brzo prestaje blokirajuća aktivnost (2). Nalaz IK i njihov nestanak poslije uspješnog liječenja postavlja hipotezu tumorske imunologije koja polazi od toga da tumor specifični antigen u nosiocu tumora izaziva imunološki odgovor, koji putem humoralnih ili celularnih mehanizama dovodi do uništenja ili odbacivanja tumora.

Zapažano je da se kod oboljelih od karcinoma Hočkinskog, non Hočkinskog i Burkittovog limfoma češće sreće nefrotski sindrom kao klinička manifestacija deponovanja IK i da se izlječenjem osnovne bolesti dolazi do povlačenja kliničkih manifestacija imunoloških promjena. U slučajevima akutne leukemije prisustvo cirkulirajućih IK u preterapeutskom stadiju označava malu šansu postizanja kompletne remisije (1).

Danas je značaj određivanja IK kod malignih bolesti priznat, ali su mnoga pitanja ostala otvorena, ko npr. porijeklo i uloga IK. Interpretacija pozitivnih rezultata cirkulirajućih IK je delikatna zbog pomanjkanja informacija o prirodi antigena koji se pojavljuje u tim kompleksima, kao i specifičnosti antitijela (5). U nedostatku preciznih podataka neophodno je razmotriti mogućnost da cirkulirajući IK koji su prisutni kod tumora sadrže antigene tumorskog porijekla, što više moguće je da pojava cirkulirajućih IK bude povezana sa drugim faktorima kao što su navike bolesnika (medikamenti), prisustvo infekcije i sekundarni efekti liječenja, zatim disfunkcija organa ili neke druge eventualne udružene infekcije (4).

Cilj ovog rada je da se ispita korelacija između visine titra cirkulirajućih IK i stepena evolucije bolesti kao i efekat terapije.

### Materijal i metode

Grupa ispitanika je brojala 35 pacijenata, slučajno odabranih, sa histopatološko postavljenom dijagnozom karcinoma, starosne dobi od 27 do 83 godine, srednje životne dobi od 54 godine. Od toga je bilo 19 ženskih i 16 muških ispitanika. Kontrolna skupina je brojala 20 ispitanika, dobrovoljnih davalaca krvi.

Podaci su korelirani sa podacima iz medicinske dokumentacije. Od kliničkih pretraga korištene su neke specifične metode kao rentgenske, scintigrafske, endoskopske, patohistološke, a od laboratorijskih: KKS, SE, HKT, fibrinogen, enzimi i proteinski status.

Imuni kompleksi su dokazivani metodom precipitacije pomoću polietilenglikola (PEG) tip 6000 (6).

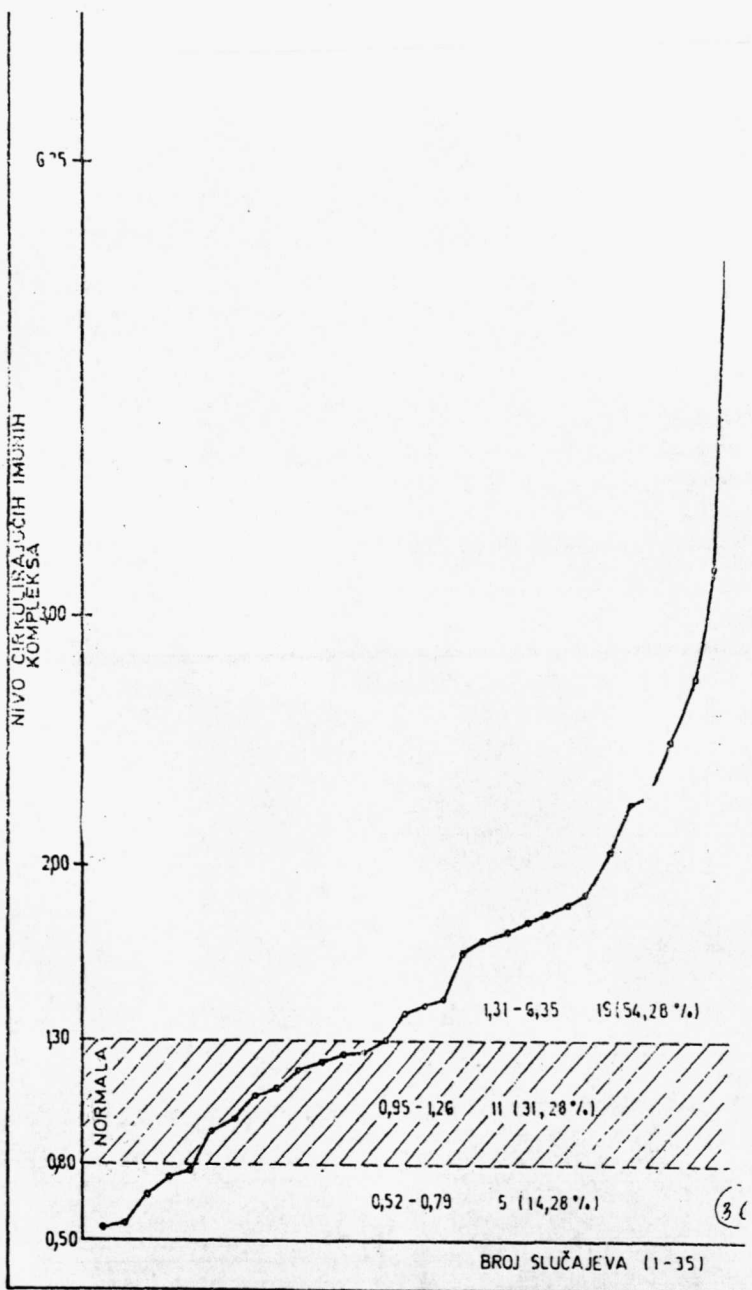
### Rezultati

Titri cirkulirajući IK antigen-antitijelo uzorku seruma ispitanika se kretao od 0.55 do 6.35. Od ukupno 35 seruma kod 5 pacijenata vrijednosti IK su bile ispod granice normale (od 0.52 do 0.79), a nju smo dobili na osnovu vrijednosti IK kod kontrolne grupe. 11 pacijenata je imalo titar IK u granicama normale (od 0.95 do 1.26), a 19 pacijenata je imalo povišen titar IK (od 1.31 do 6.35), što procentualno iznosi 54,28% (Slika 1).

Uspoređivan je titar cirkulirajućih IK u zavisnosti od evolucije bolesti. Grupa od 17 pacijenata imala je dijagnosticiran karcinom bez metastaza, dok je druga grupa brojala 18 ispitanika sa metastatskim karcinomom.

U prvoj grupi pokazan je povišen titar cirkulirajućih IK kod 8 pacijenata (47,06%), dok je u grupi metastatskih odnosno diseminiranih karcinoma od ukupno 18 u 11 ispitanika odnosno u 61% titar cirkulirajućih IK bio povišen (Tablica 1).

non Ho-  
 klinička  
 olazi do  
 ajevima  
 idiju oz-  
 t, ali su  
 retacija  
 ja info-  
 t, kao i  
 odno je  
 ora sa-  
 kuliraju-  
 blesma  
 itim di-  
 rkulira-  
 sa hi-  
 od 27  
 ženskih  
 obrovo-  
 ije. C  
 ke, sci-  
 , HKT,  
 u poli-  
 itanika  
 ednosti  
 na os-  
 r IK u  
 n titar  
 e bole-  
 astaza,  
 om.  
 vacije-  
 inoma  
 io po-



Slika 1: Nivo cirkulirajućih imunih kompleksa kod oboljelih od karcinoma.

|                | Broj ispitanika | Imuni kompleksi normalni | Imuni kompleksi povišeni |
|----------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| Bez metastaza  | 17 (100%)       | 9 (52,94%)               | 8 (47,06%)               |
| Sa metastazama | 18 (100%)       | 7 (38,89%)               | 11 (61,11%)              |

Tablica 1: Imuni kompleksi u korelaciji sa evolucijom bolesti.

S obzirom na efekat terapije, od ukupno 30 liječenih pacijenata kod 15 (50%) je pokazan povišen titar IK, za razliku od grupe ispitanika koja nije bila podvrgnuta liječenju, a koja je brojala 5 pacijenata, povišen titar cirkulirajućih IK je nađen u 4 ispitanika (Tablica 2).

|            | Broj ispitanika | Imuni kompleksi normalni | Imuni kompleksi povišeni |
|------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| Liječeni   | 30 (100%)       | 15 (50%)                 | 15 (50%)                 |
| Neliječeni | 5 (100%)        | 1 (20%)                  | 4 (80%)                  |

Tablica 2: Imuni kompleksi u korelaciji sa primjenom terapije.

Visok titar cirkulirajućih IK je pokazan u 2 slučaja karcinoma jetre i vrijednosti titra IK su bile 2.50 i 3.16. Ekstremno visok titar IK je pokazan kod svježeg recidiva ranije hirurški odstranjenog karcinoma rektuma i on je iznosio 6.35.

### Diskusija

Povišen titar cirkulirajućih IK u materijalu koji je obrađivan javlja se kod 19 ispitanika ili u 54.28%, dok je taj procenat kod drugih autora nešto niži i iznosi oko 42.4% (1).



Kod pokazanih pacijenata sa povišenim titrom cirkulirajućih IK nije bilo kliničkih manifestacija imunoloških procesa, što svakako ne isključuje mogućnost deponovanja IK na mjestima unutar i van lokalizacije tumora.

Nije se mogla uočiti bilo kakva pravilnost u kretanju titra cirkulirajućih IK s obzirom na organsku lokalizaciju i histopatološki tip tumora.

Stepen progresije odnosno tok bolesti bi mogao uticati na visinu titra cirkulirajućih IK s obzirom da se povišen nivo cirkulirajućih IK češće javlja kod bolesnika u uznapredovaloj fazi bolesti (61%).

S obzirom na visoki procenat javljanja povišenog titra cirkulirajućih IK u grupi neliječenih ispitanika (80%), mogla bi se potvrditi pretpostavka da primjena terapije smanjuje nivo titra cirkulirajućih IK, mada ne potpuno. Međutim, s obzirom na veličinu grupe, to bi trebalo utvrditi na većem broju ispitanika.

Povišen titar cirkulirajućih IK za sada ne pokazuje značajnije pravilnosti u svome kretanju na osnovu kojih bi se mogle izvući neke osobitosti u pogledu dijagnoze ili možda prognoze malignog oboljenja. S toga je i ove podatke povišenog titra IK u serumu oboljelih od karcinoma veoma teško interpretirati, da li su oni samo epifenomen ili su uzročno povezani sa inicijalnom bolešću.

### Zaključak

Na visinu titra imunog kompleksa (IK) ne utiču: primarna lokalizacija tumora, histološki tip i nema uticaja organska lokalizacija metastaza kod diseminiranih slučajeva.

Stepen progresije odnosno tok bolesti mogao bi uticati na visinu titra cirkulirajućih IK u serumu oboljelih od karcinoma.

Primjena terapije snižava titar cirkulirajućih IK u serumu oboljelih od karcinoma.

Povišen titar cirkulirajućih IK za sada ne pokazuje značajnije pravilnosti u svome kretanju na osnovu kojih bi se mogle izvući neke osobitosti u pogledu dijagnoze ili možda prognoze malignog oboljenja.

### LITERATURA

1. Chapuis B., Louis J., Barrelet L., Dialdas J., Dragori S.: Complexes antigene-anticorps circulants et cancer. Schweiz. Med. Wschr., 21, 796-800, 1980.
2. Hellström I., Hellström K. E.: Lymphocyte mediated cytotoxicity and blocking serum activity to tumor antigens. Advanc. Immunol., 18, 209, 1974.
3. Höffken K., Meredith I. D., Robins R. A., Baldwin R. W., Davies C. J., Blamey R. W.: Immune complexes and prognosis of human breast cancer. Lancet 1, 672-675, 1978.
4. Höffken K., Schmidt C.G.: Tumor antigene. Dtsch. Med. Wschr., 103, 1187-1189, 1978.
5. Höffken K., Schmidt C. G.: Immunokomplexe bei malignen Erkrankugen tumor marker oder epiphänomeni. Dtsch. Med. Wschr., 105, 1697-1699, 1980.
6. Macanović M., Lachman P. J.: Conglutinin binding polyethylene glucol precipitation assay for immune complexes. Clin. Exp. Immunol., 38, 274, 1979.



## SUMMARY

### IMMUNE COMPLEXES IN THE SERA FROM CARCINOMA PATIENTS

MARINKO, MARUŠIĆ, MIRJANA BUKARA

The titer of immune complexes in serum is not dependable on: primary localization of the tumor, its histologic type, and location of metastases in cases of disseminated malignant disease.

The degree of progression, that is, course of disease, might have an influence on the level of IK titers in sera of carcinoma patients.

Anticancer therapy lowers the titer of circulated IK in sera from carcinoma patients.

The elevated titer of circulated IK at present does not show significant regularity, and no conclusions on the use of them in diagnosis and prognosis can be made as yet.

SCRIPT  
XXII, :

koja r  
navodi  
lađivan  
llovu  
torima

shemi  
prolazi  
ka ner  
je ven  
intrava

Zavod :

## BELLOVA PARALIZA — AKUPUNKTURNI TRETMAN

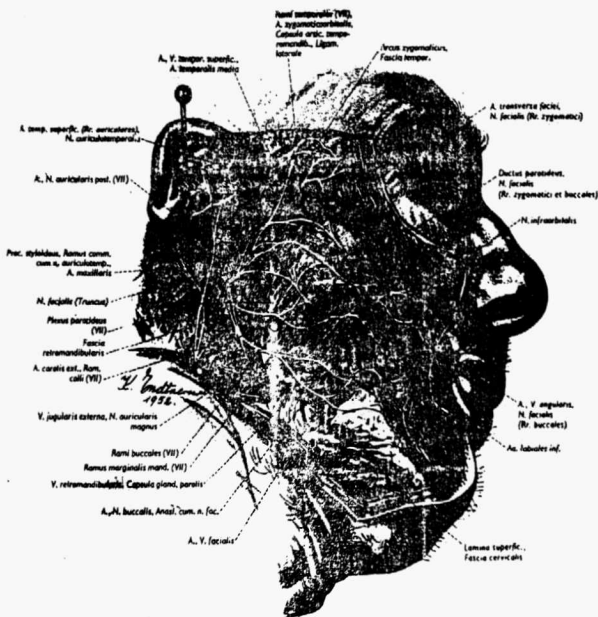
LJILJANA STOJKOVIĆ—TOPIĆ, IBRAHIM SMAILAGIĆ,  
MARIJA BURTIC—DAUTOVIC, LJERKA OSTOJIC

Paralysis nervi facialis-Bell zauzima značajno mjesto u patologiji Neurološke službe Zavoda za rehabilitaciju u Trapistima. Bolest je podjednako zastupljena kod oba pola i javlja se u svim dobnim skupinama, a povremeno dobija karakter epidemije. Kliničkom slikom dominira »unakaženost« lica, što pacijentima predstavlja veći problem od subjektivnih tegoba koje prate ovu bolest. Iz tog razloga tretman akupunkturom je opravdan, obzirom da se i prvi pozitivni i definitivni rezultati liječenja javljaju znatno ranije u odnosu na vrijeme liječenja pacijenata tretiranih standardnim fizikalnim metodama. Nepostojanje kontraindikacija je još jedan momenat koji daje prednost akupunkturi u liječenju ove bolesti.

### Uvod

Pod Bellovom paralizom podrazumijeva se oduzetost n. facialis (sl. 1) koja nastaje naglo, nije simptomatska i perifernog je tipa. Većina bolesnika navodi da su prije pojave bolesti bili izloženi »propuhu«, vjetru ili prehladivanju druge vrste. Kineska tradicionalna medicina (KTM) također Bellovu paralizu svrstava u grupu bolesti izazvanih vanjskim patogenim faktorima — vjetrom i hladnoćom (e frigore).

Kod ove bolesti postoji circulus vitiosus između edema i kompresivne ishemije nerva do koje dolazi u tijesnom koštanom kanalu kroz koji nerv prolazi. Najprije se javlja spazam arteriola koji dovodi do ishemije i otoka nerva u kanalu, ishemija se dalje pogoršava usljed sekundarne opstrukcije vena i još većeg edema. Povećana količina tečnosti u nervu smanjuje intravaskularni volumen krvi u arterijama, kapilarama i venama (1,3).



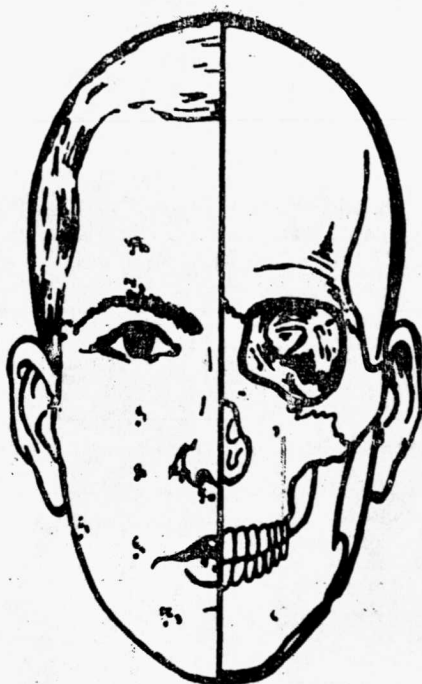
Slika 1.

Bolest se javlja naglo, najčešće bez pardona, a kod jednog broja pacijenata pojavi prvih simptoma prethodi bol u području mastoida, poremećaj u domenu gustativne percepcije i hiperakuzija. Klinčkom slikom dominira nemogućnost voljnog zatvaranja oka, rjeđe treptanje kapka na oduzetoj strani, te pojava Bellovog fenomena. Bore čela i nazolabijalna brazda na oduzetoj strani su pliće ili zbrisane. Ugao usta je niži, a pri pokušaju razvlačenja usta zaostaje ili je nepokretan. Pacijenti teško izgovaraju labijalne glasove.

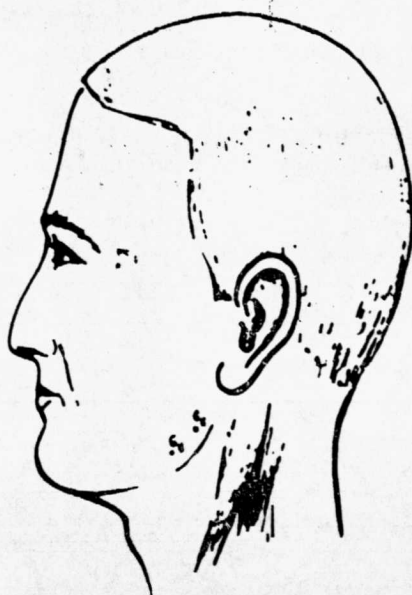
### Materijal i metode

Fizijatrijski i akupunktorni tretman pacijenata rađen je u Zavodu za rehabilitaciju »Dr Miroslav Zotović« u Banjoj Luci. Jedna grupa pacijenata sa Bellovom paralizom tretirana je uobičajenim fizijatrijskim procedurama (infracrvene zrake, elektroforeza B vitaminom, elektrostimulacija, manualna masaža, kineziterapija). Druga grupa pacijenata je uz prethodnu terapiju bila podvgnuta i akupunkturi.

Akupunktura je provedena svakodnevno u trajanju od 10 dana. Svaka seansa trajala je 20 minuta. Akupunkturne tačke (šema 1, 2) su karakteristične za liječenje Bellove paralize i pripadaju pretežno meridijanu že-



Šema 1.



Šema 2.

ja pa  
pore-  
m do-  
a odu-  
prazda  
čušaju  
i labi-

odu 2  
sijena-  
ocedu-  
a, ma-  
odnu

. Sva-  
karak-  
nu že-

luca (G<sub>1</sub>, G<sub>3</sub>, G<sub>4</sub>, G<sub>5</sub>, G<sub>6</sub>), meridijanu žučnog mjehura (VF<sub>11</sub>), debelog crijeva (IC<sub>19</sub>, IC<sub>21</sub>), te pojedinim ekstra tačkama (PE<sub>1</sub>, PE<sub>5</sub>).

Akupunktura je rađena originalnim kineskim iglama sa dubinom prodiranja od 0,5 do 0,8 cuna (1,4,5).

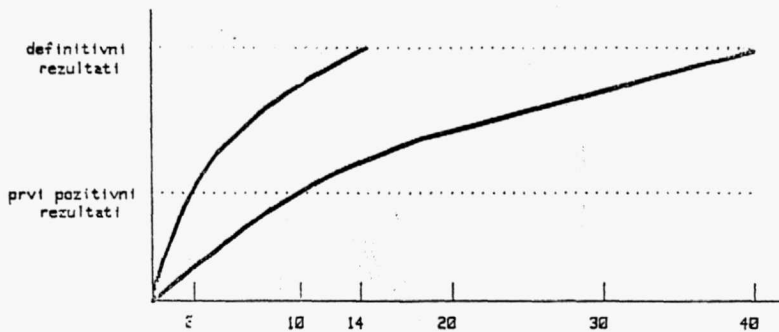
### Rezultati istraživanja

Prvi pozitivni rezultati (produblјivanje brazde na čelu, sužavanje rimae palpebrarum i produblјivanje nezolabijalne brazde) kod grupe pacijenata liječenih samo fizikalnim procedurama (tabela 1), javljaju se deseti

| Pol | Starost | Dijagnoza       | Početak Bolesti | Početak liječenja | Dužina trajanja liječenja |
|-----|---------|-----------------|-----------------|-------------------|---------------------------|
| M   | 38      | Belova paraliza | 06. 11. 88.     | 16. 11. 88.       | 40 dana                   |
| Ž   | 28      | Belova paraliza | 28. 08. 88.     | 13. 09. 88.       | 40 dana                   |
| Ž   | 60      | Belova paraliza | 13. 05. 88.     | 23. 05. 88.       | 45 dana                   |
| M   | 34      | Belova paraliza | 03. 06. 88.     | 15. 06. 88.       | 40 dana                   |
| M   | 47      | Belova paraliza | 20. 05. 88.     | 31. 05. 88.       | 30 dana                   |

Tbl. 1. Grupa pacijenata liječena samo konzervativnim fizijatrijskim metodama

dan od početka terapije. Definitivni rezultati kod ove grupe pacijenata javljaju se oko četrdesetog dana, što je prikazano na dijagramu 1.



DIJAGRAM 1.

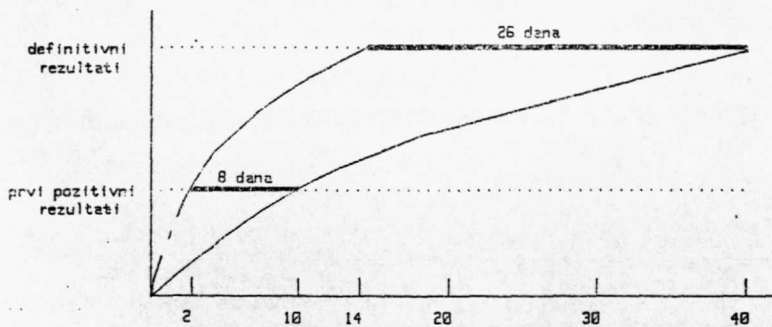
Istovremeno, praćeni su rezultati kod grupe pacijenata koji su osim fizikalnog tretmana bili podvrgnuti i akupunkturi (tabela 2). Kod ove gru-

| Pol | Starost | Dijagnoza       | Poćetak bolesti | Poćetak lijećenja | Br. seansi | Dužina trajanja lijećenja |
|-----|---------|-----------------|-----------------|-------------------|------------|---------------------------|
| M   | 43      | Belova paraliza | 03. 10. 88.     | 26. 10. 88.       | 10         | 21 dan                    |
| Ź   | 65      | Belova paraliza | 17. 02. 87.     | 26. 01. 88.       | 10         | 21 dan                    |
| Ź   | 34      | Belova paraliza | 13. 04. 88.     | 14. 04. 88.       | 10         | 21 dan                    |
| Ź   | 49      | Belova paraliza | 06. 11. 88.     | 22. 11. 88.       | 10         | 21 dan                    |
| Ź   | 41      | Belova paraliza | 01. 10. 88.     | 14. 12. 88.       | 10         | 21 dan                    |

Tbl. 2 Grupa pacijenata lijećena i akupunkturom

pe pacijenata prvi pozitivni rezultati primijećeni su već drugog dana lijećenja. Pacijenti su isticali subjektivna poboljšanja u smislu smanjenja parestezija u inervacionom području n. facijalisa, kao i poboljšanje funkcije govora. Definitivni rezultati javljaju se nakon dvije nedjelje (dijagram 1).

Po završetku ukupne terapije akupunkturom od 10 seansi, fizikalni tretman nastavlja se još sedam dana, da bi ukupno trajao tri nedjelje. Definitivni rezultati kod obje grupe pacijenata sastoje se u slijedećem: brazde na ćelu i nazolabijalna brazda su prisutne sa diskretnim zaostajanjem u odnosu na zdravu stranu, Bellov fenomen je išćezao, oko na lediranoj strani potpuno se zatvara. Zapaženo je znatno poboljšanje snage mišića inerviranih od rami buccales i ramus marginalis mandibulae, ali u manjem stepenu u odnosu na ostalu muskulaturu koju inervira n. facialis.



DIJAGRAM 2

Iz dijagrama 2 uočljivo je da je vremenska razlika u pojavi prvih pozitivnih rezultata između tretiranih grupa 8 dana, a kod definitivnih rezultata oko 26 dana.

### Diskusija

Uvodom u anamnestičke podatke može se zapaziti da su svi ispitani pacijenti neposredno pred kliničku manifestaciju Bellove paralize bili izloženi djelovanju loših mikroklimatskih faktora (hladnoća, vlaga). Ovi faktori su po KTM glavni preduslovi za pojavu Bellove paralize, (2).

Prema kineskoj tradicionalnoj medicini (2,3) paraliza n. facijalisa može se liječiti samo akupunkturom u cca 10 seansi koje se provode svakodnevno. Mi smo koristili tretman akupunkturom uz uobičajenu fizikalnu proceduru, i došli do zaključka da ovakav vid liječenja ima niz prednosti u odnosu na standardni tretman samo fizikalnim metodama. U prvom redu dužina liječenja akupunkturom je znatno kraća, što smanjuje dužinu bolničkog ili ambulantnog liječenja, dužinu bolovanja, a i »unakaženost« lica brže se sanira. Tehnika akupunkturnog tretmana je jednostavna, ne zahtijeva posebnu aparaturu, niti bolnički smještaj. Alergijske reakcije se ne javljaju. Tretman akupunkturom je relativno jeftin, što svakako predstavlja još jedan povoljan momenat za prihvatanje ove metode liječenja kod Bellove paralize.

### Zaključak

Krajnji rezultati liječenja periferne paralize n. facijalisa kod obje grupe pacijenata su bez značajne razlike. Bitna razlika sastoji se u znatno bržem pojavljivanju prvih pozitivnih rezultata kod grupe pacijenata koji su osim uobičajenih fizikalnih procedura bili liječeni i akupunkturom, i iznosi oko 8 dana. Još veća vremenska razlika prisutna je kod pojave krajnjih rezultata i iznosi oko 25 dana.

### LITERATURA

1. Ferković M., Topalović M.: Akupunktura. Školska knjiga, Zagreb, 1986.
2. Lewit G. T., Lewit N. R.: Modern Chinese Acupuncture. Thorsons Publishers Ltd, Wellingborough, Engl, 1980.
3. Schatz J.: Acupuncture and Western medicine. Amer. J. Acup. 1:5, 1981.
4. Škokljev A.: Akupunkturologija. Izdavačko-informativni centar studenata, Beograd, 1976.
5. Škokljev A.: Topografsko-anatomska karta akupunkturnih tačaka i kanala. Naučna knjiga, Beograd, 1986.

### SUMMARY

#### THE BELL PARALYSIS-TREATMENT BY MEANS OF ACUPUNCTURE

LJILJANA STOJKOVIĆ-TOPIĆ, IBRAHIM SMILAGIĆ, MARIJA BURGIĆ-  
DAUTOVIĆ, and LJERKA OSTOJIĆ

The end results of treatment of nervus facialis paralysis of peripheral type in both groups of investigated patients are not significantly different.

The essential difference lies in significantly accelerated occurrence of first positive signs of revitalisation in these patients which, besides standard treatment, were also treated by mean of acupuncture. This period was estimated at 8 days. It was even prolonged when patients were evaluated at the end of treatment, and at that point was 25 days.

s  
p  
i  
p  
h  
  
nam je  
tološko  
morim  
nih tu  
reške  
nih sl  
Tada l  
ljive.  
  
su: 1)  
dermoi  
kao št  
tiroid  
5) ane  
tumori  
ciste.

niku n  
regiji.  
to se  
nalaz:

ORL Kl

## CAT—SCRATCH DISEASE, ZNAČAJ U DIFERENCIJALNOJ DIJAGNOZI TUMORA VRATA

KEMAL OMERHODŽIĆ, ZERINA JAŠAREVIĆ

**Bolest mačijeg ogreba je rijetka zoonoza na koju treba misliti u slučajevima neizdiferenciranih tumora vrata. Postavljanjem pravilne dijagnoze izbjegava se dugotrajno ispitivanje i liječenje, izbjegava se strah od nepoznate bolesti, a posebno je važno da se postavljanjem ispravne dijagnoze izbjegavaju nepotrebni veliki hirurški zahvati.**

U kliničkoj praksi smo se susretali sa tumorima na vratu kod kojih nam je ponekad bilo teško postaviti definitivnu dijagnozu čak i poslije patološko-histološkog pregleda ekstirpiranog tumora. Radilo se ponekad o tumorima na vratu koji su predstavljali bliske ili udaljene metastaze primarnih tumora. Međutim, pošto i patološki histolozi dozvoljavaju mogućnost greške u 1 do 3% slučajeva, bilo bi poželjno da se u tih 1 do 3% nejasnih slučajeva patološko-histološki pregled izvrši nezavisno na tri mjesta. Tada bi greške u patološko-histološkoj dijagnozi bile praktično zanemarljive.

Prema Furtrell-u (1) i saradnicima najčešći benigni tumori na vratu su: 1) kongenitalne tireoglosalne ciste i fistule, branhijalne ciste i fistule, dermoidi i teratomi te cistični higromi; 2) zajedničke infektivne adenopatije kao što su bakterijalne, fungalne i tuberkulozne; 3) adenomatozni tumori tireoidne, paratireoidne i salivarnih žlijezda; 4) tumori karotidnog tijela; 5) aneurizme; 6) ezofagealni i faringealni divertikuli; 7) drugi mezodermalni tumori kao što su neurilemomi, hemangiomi, fibromi i lipomi i 8) masne ciste.

### Prikaz slučaja

Dječak star četiri godine primljen je na hospitalizaciju na ORL kliniku mjesec dana nakon pojave otoka na vratu, u desnoj submandibularnoj regiji. Ambulantno je liječen Pencillin-om i antibioticima šireg spektra. Pošto se otok nije smanjio, upućen je kod nas na bolničko liječenje. Lokalni nalaz: Submandibularno desno, u predjelu srednje trećine mandibule,

ORL Klinika — Kliničko bolnički centar 78000 Banja Luka

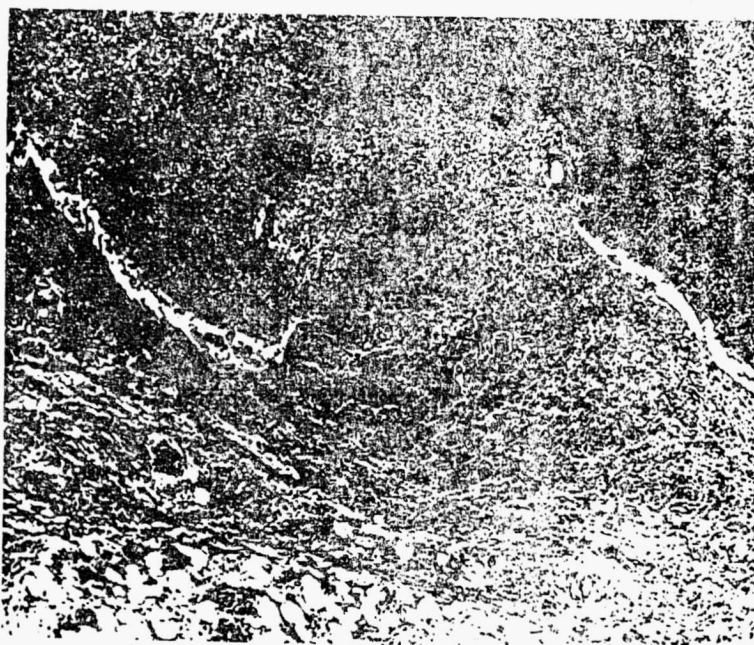


palpirala se tumefakcija, tvrdo-elastične konzistencije, bezbolna na pritisak, prečnika oko 5 cm. Konjunktive nisu bile zažarene, rino-oro-faringealni nalaz je bio uredan. Zubi su bili zdravi. Na koži vrata nije bilo znaka primarnog afekta ogrebotine. Laboratorijski nalazi: SE: 36/50. Er.: 3,7, L: 8, 8 (DKS: št.: 0,02, seg.: 0,54, ly.: 0,36, mo.: 0,04, eo.: 0,04). SUK: 4,22. Urea.: 5,3. Trombociti: 200.000, v.k.: 60, v.z.: 380. Rtg. pluća: Uredan. Pedijatrijski nalaz: Uredan.

Obzirom da je jedino sedimentacija bila povišena, a da su svi ostali nalazi bili uredni, a pošto se otok na vratu nije smanjio ni nakon mjesec dana od njegove pojave i prethodne ambulantne antibiotske terapije, odlučili smo se za operativno liječenje. Centar čvora je bio kazeificiran pa smo sadržaj iz centra čvora poslali na kulturu, Koch i Lowenstein. Sva tri nalaza su bila negativna.

Patološko-histološki nalaz: U tkivu limfnog čvora prisutni su epiteloidni ćelijski granulomi sastavljeni od epiteloidnih stanica koje okružuju nekrotične centre. Nekroze su nehomogene acidofilne bjelančevinaste nakupine sa rijetkim ostacima jedara. Žarišta opisanih epiteloidnih stanica sa centralnom nekrozom okružuje granulaciono tkivo bogato kapilarama i retikularnim vlaknima. Opisani granulomi nalaze se u perifernim dijelovima kore i oko ivičnih sinusa, a dijelom prelaze i preko kapsule limfnog čvora. U centralnim nezahvaćenim dijelovima limfnog čvora naiđe se na izrazitu folikularnu hiperplaziju. Opisana histološka slika odgovara »akutnonekrotizirajućem« tipu bolesti mačijeg ogreba (slika 1).

Naknadno saznajemo od roditelja da se dijete često igralo s mačkom i da je imalo ogrebotinu na vratu prije pojave otoka na vratu.



sis k  
na l  
deni  
do 3  
lesna  
kojir  
meta  
infec  
pulm  
encef

noj,  
tako  
vjerc  
form  
difer

je ob  
ogreb  
3) ku  
se za  
kog j  
nalaz  
tičkin  
su pr

krustu  
limfa  
kim v

nespe  
ove t  
kunda  
sadrž  
najva  
dikalr

cajevi  
izbjeg  
nate i  
izbjeg

## Diskusija

Bolest mačijeg ogreba (cat-scratch disease, felineis, lymphoreticulis benigna) je virusna infektivna bolest, zoonoza, koja se prenosi od mačaka na ljude. Klinički se manifestuje primarnim afektom, regionalnim limfadenitisom te blagom kliničkom slikom kao što su povišena temperatura do 38 stepeni Celziovih, bolovi u mišićima i slično. Pošto mačka nije bolesna pretpostavlja se da mačke bolest prenose pasivno od miševa i ptica kojima se hrani. Poznati su i slučajevi bolesti nakon uboda na drvo, trn ili metalni predmet. Uzročnik spada u grupu parvovirusa i nazvan je »Feline infections enteritis virus«. Bolest se može pojaviti u inaparatnoj formi, pulmonalnoj, pseudoveneričnoj, mezenterijalnoj, bukofaringealnoj, Meningoencefalitičnoj formi i kao okulogladularni oblik. Komplikacije su rijetke.

Sa otorinolaringološkog stanovišta može imati značaj u diferencijalnoj dijagnozi benignih i malignih tumora vrata. Bolest je rijetka ali ne tako kako se obično misli ili kako je rijetko opisana u publikacijama, najvjerovatnije zato što često ostaje neprimijećena, što često ima blagu formu ili, pak, što ni ljekari ne postavljaju pravu dijagnozu ne misleći diferencijalno dijagnostički i na ovo rijetko oboljenje.

Dijagnoza se postavlja na osnovu: 1) anamneze odosno podataka da je oboljeli bio u kontaktu sa mačkom koja ga je eventualno ujela, odnosno ogrebla, 2) perzistirajuće adenopatije koja ponekada traje i više mjeseci, 3) kutanog testa sa antigenom koji se pravi od sadržaja limfnog čvora kada se za 72 sata stvori induracija prečnika 5—10 mm i 4) patološko-histološkog pregleda bioptičkog materijala ili odstranjenog tumora. Za histološki nalaz su karakteristični epiteloidni ćelijski granulomi sa centralnim nekrotičkim promjenama. Prisutna je i difuzna limfatična hiperplazija, a ponekada su prisutne i ćelije tipa Langhans.

U oko 50 % slučajeva može se naći primarna lezija (od makule do kruste), a opisani su slučajevi gdje je bila prisutna samo perzistirajuća limfadenopatija. Inače, bolest je češća kod djece i ljudi koji rade u zoološkim vrtovima.

Liječenje antibioticima je obično neefikasno. Korisno je primijeniti nespecifičnu terapiju, zavisno od simptoma bolesti. U literaturi se u terapiji ove bolesti, koja je locirana u predjelu vrata, navode antibiotici radi sekundarne infekcije, grijanje zbog razmekšavanja čvorova radi aspiracije sadržaja čvora, te incizija ili ekstirpacija čvora ili čvorova, a prema Furtrell-u najvažnije je postaviti pravilnu dijagnozu radi izbjegavanja mutilirajućih radikalnih disekcija vrata.

## Zaključak

Bolest mačijeg ogreba je rijetka zoonoza na koju treba misliti u slučajevima neizdiferenciranih tumora vrata. Postavljanjem pravilne dijagnoze izbjegava se dugotrajno ispitivanje i liječenje, izbjegava se strah od nepoznate bolesti, a posebno je važno da se postavljanjem ispravne dijagnoze izbjegavaju nepotrebni veliki hirurški zahvati.

## LITERATURA

1. Furtrel J.F., Young N. A., Ketcham A. S.: Unsuspected etiology of lateral neck masses. *Cat-scratch diseases, Arch. Otolaryngol.* 95 : 565-581, 1972.

## SUMMARY

CAT — SCRATCH DISEASE, THE IMPORTANCE IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF TUMORS OF THE NECK REGION

KEMAL OMERHODŽIĆ, ZERINA JAŠAREVIĆ

Cat-scratch disease is a rare zoonosis which should always be thought in cases of differential diagnostic procedures in elaboration of tumors of the neck region.

The establishment of a proper diagnosis avoids long, lasting diagnostic procedures and treatment, especially fear of patients from an unknown disease, and spare them from unnecessary surgical procedures.

SCRE  
XXII

tera  
ran  
loka  
ski  
infe  
za č

for  
met  
za  
tavl  
nika

han  
lekt  
lovi  
akti

her  
Eps

bas  
je p  
bro  
stat

doz

Pedi

## REZULTATI LIJEČENJA VARICELLA ACYCLOVIROM U DJECE OBOLJELE OD AKUTNE LIMFOBLASTNE LEUKEMIJE

SLOBODAN ZRILIĆ, VIKTORIJA PIKULA, BRANISLAV LOLIĆ

Acyclovir (Zovirax) je novi lijek koji predstavlja napredak u kemo-terapiji virusnih bolesti, specijalno onih koje ugrožavaju imunokompromiti-rane bolesnike. Kao aktivno antivirusno sredstvo pokazalo se djelotvornim u lokalnom liječenju herpes simplex ophtalmicus (1,2) a sada se kao intraven-ski preparat koristi u tretmanu nekih lokalnih a i sistemskih hepertičnih infekcija. Ima najveću aktivnost protiv herpes virusa i najmanje toksičan za ćelije domaćina od svih dosada pronađenih preparata (3,4).

Acyclovir ima jedinstven način djelovanja. On se konvertira u aktivnu formu jedino uz pomoć specifičnog herpesa virusnog enzima i vrlo malo se metabolizira u neinficiranim ćelijama. U terapijskim dozama je netoksičan za normalne ćelije. Klinčko iskustvo je pokazalo (5) da je efektan u zaustavljanju razvoja herpetičnih infekcija i kod imunokompromitiranih boles-nika.

Studije na eksperimentalnim životinjama su objasnile vjerovatni me-hanizam djelovanja Acyclovira koji se ukratko rečeno odvija u tri faze — se-lektivno ulaznje Acyclovira u herpesom inficiranu ćeliju, fosfolizacija Acyc-lovira u aktivnu formu i inhibicija multiplikacije herpes virusa njegovom aktivnom formom (6).

Acyclovir djeluje na viruse iz herpes grupe i to slijedećim redom: na herpes simplex viruse tip 1 i 2 (HSV.1, HSV.2), Varicella zooster virus (VZV), Epstein Barrov virus (EBV) i Citomegalovirus (CMV).

### Materijal i metode

Ispitivanjem je obuhvaćeno desetoro djece oboljele od akutne limfol-bastne leukemije. Pri pojavi epidemije Varicella na odjelu kod troje djece je provedena terapija indukcije a kod sedmoro terapija konsolidacije. Veći broj djece nije se mogao obuhvatiti zbog malog uzorka Acyclovira. Cito-statska i kortikosteroidna terapija u toku davanja Acyclovira nisu prekidane.

Djeca su bila životne dobi od 2—10 godina. Acyclovir smo davali u dozi od 5 mg/kg svakih 8 sati, kroz 5 dana.

Kod sve djece smo pratili:

1. Vrijeme potrebno za prestanak stvaranja novih vezikula
2. Vrijeme potrebno za prestanak stvaranja krusta
3. Vrijeme potrebno za potpuno zacjeljenje

Pedijatrijska klinika, KBC — 78000 Banja Luka

Kod svakog djeteta na grudnom košu markiran je kvadrat veličine 20 x 20 cm. i svakih 24 h evidentirano je lokalno stanje u markiranoj zoni.

Od laboratorijskih pretraga redovno smo kontrolirali: KKS, Tr, Ureu, kreatinin, SGOT; SGPT, alkalnu fosfatazu, te proteine i šećer u urinu. Virusološke pretrage nisu rađene. Navedene analize su rađene 0,2, 4,7 i 10 dana te pri otpustu iz bolnice.

### Rezultati

Kod devetoro djece nakon šeste aplikacije lijeka, dakle nakon 48-72 časa prestalo je izbijanje novih vezikula. Između 10—12 dana kruste su nastale. Kod jedne devetogodišnje djevojčice nakon što su se po tijelu pojavile brojčane vrlo oskudne vezikule, svega oko 20 vezikula na cijelom tijelu, terapiju smo prekinuli nakon tri dana (primila ukupno 9 doza) štedeći Acyclovir. Sedmi dan nakon izbijanja Varicella uslijedila je vrlo jaka erupcija vezikula tako da smo ponovo primijenili terapiju, opet sa uspjehom.

### Diskusija i zaključak

Obzirom da su Varicellae vrlo ozbiljna hospitalna infekcija, pogotovo na hematološko-onkološkim odjeljenjima dosada se nije imalo na raspolaganju u svakodnevnoj praksi niti jedno moćnije anti virusno sredstvo. Prema podacima iz literature Acyclovir je uspješno primljen u terapiji virusa iz herpes grupe. Posebno dobri rezultati se postižu kod malignih bolesti, imuno deficitarnih stanja te u bolesnika pred i poslije transplatacije koštane srži i organa (7, 8, 9, 10, 11, 12).

U našoj zemlji perspektivne studije o primjeni Acyclovira u liječenju djece oboljele od Varicella u toku malignih bolesti radili su uporedo od marta 1983. do marta 1984. godine prof. Tieffenbach i dr Kezić čiji rezultati nam nisu poznati.

Od interesa da se na ovom mjestu navede nekoliko referalnih studija iz Literature.

Selbi i saradnici (12) su u otvorenoj studiji pacijenata sa koncerom, prikazali 7 pacijenata sa lokaliziranom formom herpes Zoostera i 8 pacijenata sa diseminiranom formom V. Z. V. Olakšenja bola i prestanak formiranja novih lezija je prihvaćeno kao najvažniji terapijski odgovor na Acyclovir dat i.v. U zaključku autori navode da je lijek najefikasniji kada se da rano.

U drugoj studiji Straus i saradnici u (13) su pratili 5 pacijenata sa urođenom ili stečenom imuno deficijencijom kod kojih je davan Acyclovir. U zaključku autori navode da Acyclovir vrlo brzo kupira širenje virusne infekcije da se dobro podnosi i dovodi do kompletnog izlječenja.

Nismo skloni da na osnovu liječenih desetoro bolesnika donosimo zaključke, ali poduprti rezultatima iz literature, možemo reći da je Acyclovir lijek izbora u terapiji Varicella u djece oboljele od akutne limfoblastne leukemije.

## LITERATURA

1. **S. Beleslin:** Rezultati lečenja teških formi herpetičnog keratitisa Acyclovirom, XVII Oftalmološki dani, Beograd 15 — 17 — x 1984.
2. **K. Čupak i saradnici:** Naša iskustva sa liječenjem herpetičnog keratitisa Acyclovirom, XVII Oftalmološki dani, Beograd 15 — 17, x 1984.
3. **Van der Meer, J. W. M. and Versteij, J.** Clinical experience with Acyclovir in patients with herpes virus infections, Ned. T. Geneesk, 1980, 124/49. 2111
4. **Versteij, J.** Acyclovir as a chemotherapeutic agent in herpes infections, Ned T. Geneesk, 1980. 125/49, 2109, 2110
5. **Mitchell, C. D. et al** Acyclovir therapy for mucocutaneous herpes simplex infections in immunocompromised patients Lancet, 1981. 1/8235, 1389-1392.
6. **Blu, M. R. Liao, S. H. T. and de Miranda, P.:** Overview of Acyclovir pharmacokinetics disposition in adults and children Am. J. Med, 1982.
7. **Bryan, C. K. et al.:** Pharmacokinetics and clinical experience with Acyclovir for treatment of herpes zoster infections in children undergoing bone marrow transplantation Drug Intell. and Clin. Pharm, 1981 15/16, 476
8. **Many W. et al.:** Herpes simplex oesophagitis in renal transplant patients 20th Intersci. Conf. Antimicrob Agents and Chemother., 1980, 22-24th Sept. New Orleans, Louisiana, Abs. 512
9. **O'Meara A. et. al.:** Acyclovir for the treatment of mucocutaneous herpes infection in a child with a leukaemia Lancet, 1979, 2/5153, 1196
10. **O'Meara, A. and Hillory, I. B.:** Acyclovir in the management of herpes virus infections in immunosuppressed children Irish J. Med. sci. 1981. 150/3, 73/77.
11. **Serol, R. et al.:** Acyclovir prophylaxis of herpes simplex virus infections A randomized, doubleblind, controlled trial in bone marrow transplant recipients, New Engl. J. Med. 1981, 305/2, 63-67
12. **Selby, P. J. et al:** Parenteral Acyclovir therapy for herpes virus infections in man. Lancet, 1979, 2/8155, 1267-1270
13. **Straus, S. E. et al:** Acyclovir for chronic mucocutaneous herpes simplex virus infection in immunosuppressed patients. Ann. Int. Med 1982/96/3, 270-276.
14. **Zrlić S, Lolić B, i Pikula V.**  
Rezultati liječenja VARICELLA ACYCLOVIROM u djece oboljele od akutne limfoblastne leukemije — preumirano saopštenje  
Zbornik radova XVIII Pedijat. dana BiH str. 189, 1985

## SUMMARY

THE RESULTS OF TREATMENT OF CHILDREN SUFFERING FROM VARICELLA COMPLICATION OF ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA WITH ACYCLOVIR

SLOBODAN ZRILIĆ, VIKTORIJA PIKULA, AND BRANISLAV LOLIĆ

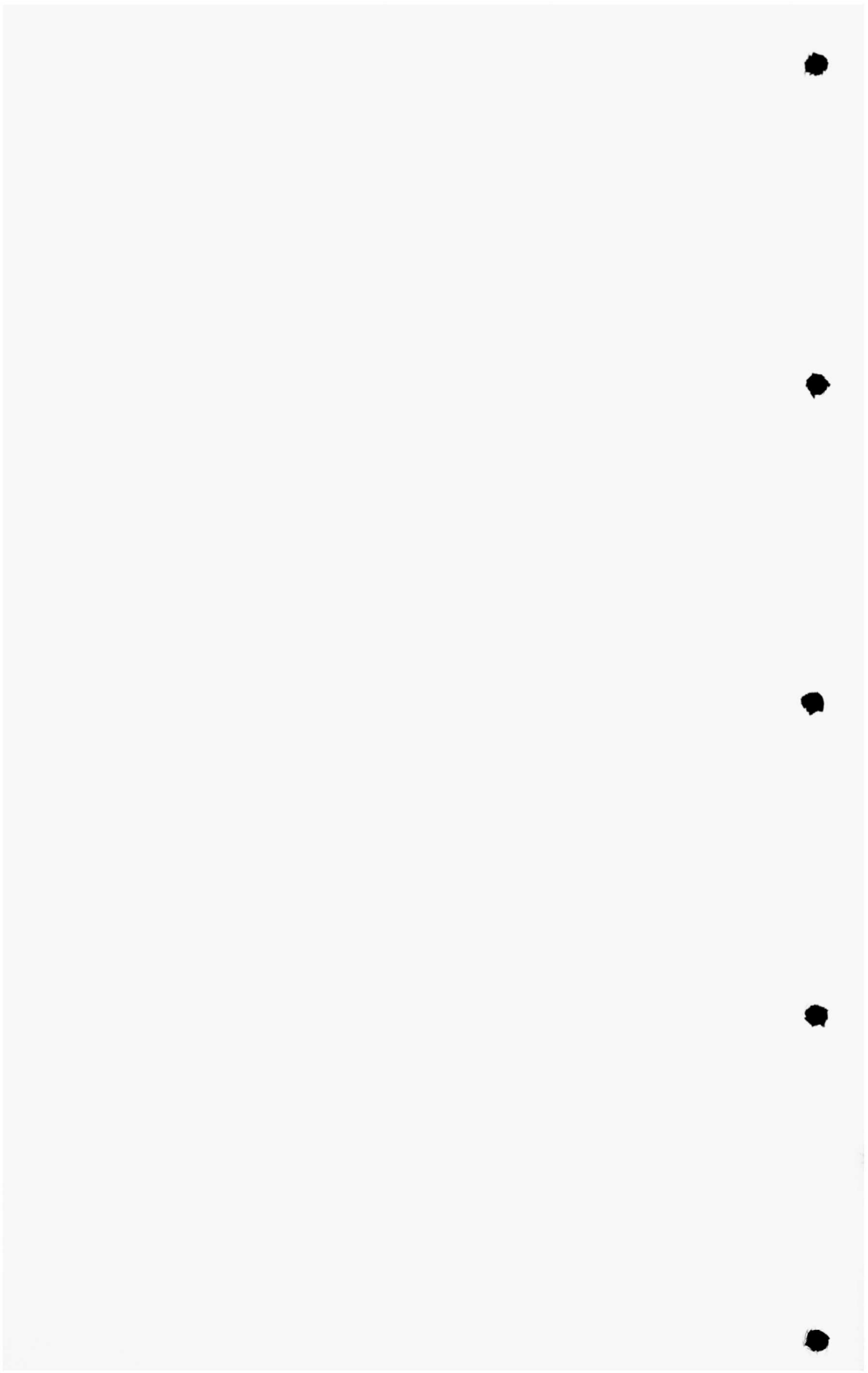
Department of pediatrics, Clinical Hospital Center Banjaluka

Varicellae is a very serious complication if it develops in the course of other diseases especially in hematologic malignancies.

According to published data, Acyclovir can be successfully applied and, thus far, there has been no other more powerful antiviral drug.

Very good results of Acyclovir treatment have been achieved in immunodeficient patients, in patients with malignant diseases, and in those who received this treatment before and after organ and marrow transplantation.

On the basis of their experience with 10 treated patients the authors can not make any clear-cut conclusion, yet, according to the data from literature, and their first experiences, Acyclovir can be used successfully in the treatment of varicella infections in children with acute lymphocyticleukemia.





## EVALUACIJA PROJEKTA »PORODIČNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA« NAKON SEDMOGODIŠNJE PRIMJENE

ANTON FRIC, DARIJA VUJOŠEVIĆ, SPOMENKA MILOŠEVIĆ,  
BORJANA VUJOŠEVIĆ

Današnja organizacija primarne zdravstvene zaštite ne zadovoljava i radi toga se pristupilo projektu porodične zdravstvene zaštite uzimajući porodicu kao objekt, ali i kao aktivnog pomagača u čuvanju i unapređivanju zdravlja, a mjesnu zajednicu kao mjesto lokacije zdravstvene stanice, ali i kao mjesto povezivanja sa ostalim djelatnostima koje pomažu u rješavanju zdravstvene i socijalne problematike. U projektu je detaljno obrađena veličina populacije, sastav tima zdravstvenih radnika, lokacija rada tima i sadržaj rada (integralna, sveobuhvatna zdravstvena zaštita), a posebno je naglašena mogućnost da se u ovakvom sistemu razvije kućno mjesto bolničkog liječenja. Opisani su rezultati sedmogodišnjeg rada kroz praćenje podataka vitalne, morbiditarne i mortaliteta statistike, zadovoljstva stanovnika i zadovoljstva tima. Svi pokazatelji govore o veoma pozitivnim efektima, ali se ovakav način rada ne podržava, nego mu se pretpostavljaju posebni timovi kurativne, a posebni preventivne medicine.

Navedeni su razlozi za ovakav stav. Skorašnje preporuke Saveznog zavoda za zdravstvenu zaštitu kao i najavljenje neke izmjene u edukaciji ljekara otvaraju nadu za dalje širenje mreže porodične zdravstvene zaštite.

### U V O D

Svjetska zdravstvena organizacija je (naučno istraživačkim metodama utvrdila da su zahtjevi odnosno potrebe, za zdravstvenom zaštitom postavljene u prvoj liniji zdravstvene djelatnosti takve prirode da ovaj nivo zdravstvene djelatnosti može, pružajući integralnu (preventivnu, kurativnu i rehabilitacionu) i sveobuhvatnu (svim populacionim segmentima) zdravstvenu zaštitu, da obezbijedi očuvanje i unapređenje zdravlja i riješi 80 — 85% postavljenih problema, dok se ostali dio zdravstvenih problema rješava uz konsultaciju i rad sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene djelatnosti. (3).

Jugoslovensko zdravstvo je imalo solidnu organizacionu osnovu — domove zdravlja (dalje DZ) da se ovakav sistem zdravstvene zaštite i razvije (2).

Zdravstvena legislativa je takođe, kroz neka dosadašnja rješenja, pokušala obezbijediti aktivan stav zdravstvene djelatnosti u čuvanju i unapređenju zdravlja. Međutim, i danas primarna zdravstvena zaštita uglavnom funkcioniše kroz pasivan prisutp ovom problemu tj. očekujući da se stanovnici jave kad su bolesni, a ne da svojim aktivnim zalaganjem u populaciju izađe, utvrdi i otkloni ili poboljša faktore od bitnog značaja za zdravlje.

Posljedica toga je da:

— zdravstveni radnici u prvoj liniji nemaju uvid u veličinu populacije kojoj pružaju zdravstvenu zaštitu i vitalne i socio-zdravstvene događaje koji se u njoj dešavaju,

— radi toga zdravstveni radnici nemaju zdravstvenu situaciju u svojim rukama i ne mogu provoditi dogovorenu zdravstvenu politiku,

— stanovništvo ne osjeća da se neko brine o njihovom zdravlju bili bolesni ili ne. Osjećaju se prepušteni sami sebi, nemaju nikakve bliže povezanosti sa zdravstvom u prvoj liniji radi čega nemaju ni povjerenja u nju i prave pritisak da svoje probleme rješavaju na višim, veoma skupim, niželima zdravstvene djelatnosti.

#### **Projekat porodične zdravstvene zaštite u zdravstvenoj stanici mjesne zajednice**

Izradi projekta se pristupilo iz već naprijed navedenih razloga kao i radi toga što se sveobuhvatna, integralna zdravstvena zaštita na prvoj liniji ne može realizovati ako se populacija vještački iscjepka po specijalnostima ljekara, ako tim primarne zdravstvene zaštite ne poznaje osnovne ćelije društvenog života populacije, porodicu i mjesnu zajednicu, i ako se ta populacija aktivno ne uključuje u očuvanje svoga zdravlja (3,4).

Kroz projekat su data rješenja za organizovanje: porodične zdravstvene zaštite, zdravstvene stanice (dalje ZS ili ZSMZ) u mjesnoj zajednici (dalje MZ) i kućnog umjesto bolničkog liječenja. Projekt je dio Studije o istraživanju uslova za optimalnu organizaciju zdravstvenih organizacija na području Zajednice zdravstvene zaštite Tuzla (1).

Organizacija porodične zdravstvene zaštite se bazira na definisanju veličine populacije kojoj jedan zdravstveni tim pruža zdravstvenu zaštitu (2500 stanovnika odnosno 600 porodica), lokacije te populacije (jedna koherentna mjesna zajednica), lokacije rada zdravstvenog tima (mjesna zajednica sa zdravstvenom stanicom, stanovi porodica, škola), sastava tima zdravstvene djelatnosti (1 ljekar opšte medicine i 3 zdravstvena tehničara), sadržaja rada u pružanju integralne, sveobuhvatne zdravstvene zaštite i učešća stanovništva u radu tima (rad sa malim grupama, dobrosusjedska pomoć i sl.).

Osnovni princip pružanja porodične zdravstvene zaštite je integralnost i sveobuhvatnost, a poslovi se mogu grupisati u tri grupe: rad u »zdravoj porodici«, »rad sa malim grupama (trudnice, majke, školska djeca, hipertoničari, dijabetičari, alkoholičari itd.) Ciljani pregledi i liječenje bolesnih u ambulanti, u kući i putem kućnog umjesto bolničkog liječenja. Pošto sve

poslove rade svi članovi tima, katkad samostalno, katkad skupa kroz rad sa porodicom, naoko zdravom, omogućen je uvid u način življenja, životne navike, način ishrane, higijensko stanje okoline, odnose mlađih prema starijim i obratno i rano otkrivanje oboljenja. Kroz rad sa malim grupama se najbolje uklanjaju rđave navike življenja i kroz ove dvije vrste rada se može najbolje uticati na očuvanje i unapređenje zdravlja.

U projektu su jasno definisani i razlučeni, kućne posjete, kućna njega i kućno umjesto bolničkog liječenja. Naglašena je sva prednost ovog zadnjeg: veći komfor za pacijenta, zdravstveno vaspitni uticaj u porodici, povezivanje primarnog i sekundarnog nivoa zdravstvene zaštite kroz porodicu i ekonomska pogodnost, jer troškove pansionskog dijela bolničkog liječenja snosi porodica. Detaljno je razrađeno pitanje ko postavlja indikaciju za kućno umjesto bolničkog liječenja, potrebni uslovi od strane porodice, uslovi od strane zdravstvenog tima, način uzimanja laboratorijskih pretraga, obavljanja konzilijarnih pregleda i trajanja kućnog liječenja.

Detaljno je razrađen način povratnih veza sa službom hitnog prevoza, hitne medicinske pomoći, prijemnim bolničkim ambulantama, preduzetnim ambulantama, i medicinom rada, crvenim krstom, mjesnom zajednicom i njenim sekcijama. Dato je rješenje da se konsultacije sekundarnog nivoa ne vrše kao do sada samo putem bolesnog čovjeka, nego da to budu konsultacije između ljekara primarnog i sekundarnog nivoa po potrebi, uz, a može i bez prisustva pacijenta.

Takođe je razrađen dnevni i sedmični gantogram rada svakog člana tima tako da jedan tim radi od 7 do 19 h.

Ovaj projekat je prezentiran stanovništvu opštine Banja Luka putem konferencija u mjesnim zajednicama i svesrdno je prihvaćen uz izražavanje male bojazni da li će se to moći realizovati s obzirom da ovakav rad zahtijeva poseban napor i entuzijazam zdravstvenih radnika.

Mjesna zajednica »Budžak IV« sa 2500 stanovnika je izabrana kao najpodesnija za eksperimentalnu aplikaciju ovog projekta. Locirana je oko željezničkog čvora prema periferiji grada. U MZ je adaptirano 45 m<sup>2</sup> u malu čekaonicu, sestrinsku sobu za intervencije i dokumentaciju i ljekarsku sobu.

Izabran je tim od jednog ljekara, jedne više i dvije srednje medicinske sestre, koje su pored potrebne edukacije svojim dosadašnjim radom pokazali posebnu naklonost prema preventivnom radu.

Medicinske sestre su, sa učenicima popisali svaku porodicu prema posebnom upitniku koji je između ostalog imao i pitanja o lošim navikama življenja i o hroničnim oboljenjima. Na osnovu toga formirali su porodične kartone u koje su uloženi individualni zdravstveni kartoni povučeni iz Doma zdravlja. Posebnim pismom je svaka porodica obaviještena o početku rada zdravstvene stanice i kako će se rad odvijati.

I tako je 15. jula 1980. godine zdravstvena stanica u Mjesnoj zajednici »Budžak IV« počela sa radom saglasno projektu.

### Realizacija projekta

Realizacija projekta je praćena kroz vitalne pokazatelje, morbiditetnu i mortalitetnu statistiku, realizirani rad, odražanje sadržaja i tehnike rada kako je projektom predviđeno, zadovoljstvo stanovništva i samog tima.

Tabela 1.

Stanovništvo i vitalni pokazatelji u M Z »Budžak IV« i opštine Banja Luka u 1981, 1985 i 1987. godni

| Karakteristike godine      | 1981   |         | 1985   |         | 1987   |         |
|----------------------------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|
|                            | Budžak | B. Luka | Budžak | B. Luka | Budžak | B. Luka |
| Broj stanov.               | 2481   | 183618  | 28020  | 194190  | 2876   | 199167  |
| 0 — 6 god.                 | 156    | 21685   | —      | 22914   | —      | 23462   |
| 7 — 19 god.                | 524    | 41767   | —      | 44158   | —      | 45271   |
| 20 i više god.             | 1801   | 120166  | —      | 127117  | —      | 130434  |
| 65 i više god.             | 205    | —       | 253    | 11515   | 258    | 11771   |
| Žena sa 15 i više godina   | 613    | 69655   | 500    | 73653   | 500    | 75504   |
| Novorođeni u promil.       | —      | 17,8    | 11,6   | 16,2    | 9,4    | 14,0    |
| Umrli u prom.              | 6,1    | 5,6     | 6,4    | 6,9     | 6,9    | 7,2     |
| Dojenačka smrt u promilima | —      | 19,5    | -(1)   | 21,6    | -(1)   | 21,8    |

— Podaci Republičkog zavoda za zdravstvenu zaštitu.

— Podaci zdravstvene stanice u MZ »Budžak IV«.

Kao što se već vidi iz tabele 1. populacija u MZ postepeno stari, jer se učešće starijih od 65 godina postepeno povećavalo (1981 — 8,3%, 1985 — 9,0% i 1987 — 9,1%). Radi toga se postepeno povećava i opšta smrtnost, kao što je to i na opštini Banja Luka. Natalitet opada, a dojenačka smrtnost je minimalna za proteklih 7 godina umrla su 2 dojenčeta u rano neonatalno doba.

Stanovnici najčešće oboljevaju od bolesti disajnog sistema, zatim oboljenja srca i cirkulatornog sistema, pa oboljenja mišićno koštanog sistema, povreda, oboljenja digestivnog sistema i na 6 mjestu su oboljenja genitourinarnih organa. Oboljelih od malignoma je sve više tako da je sa 13. mjesta na rang listi u 1981. god. ovaj uzrok bolesti došao na 9. mjesto u 1987. god. Zarazne bolesti su rijetke i uglavnom lakša trovanja hranom, parazitarne bolesti i varicele. Novih slučajeva tuberkuloze nema dok su ostale nesansirane tbc kod nekih dijabetičara i alkoholičara.

Vakcinacije su imale 100% obuhvat dok su bile u domenu rada ove zdravstvene stanice, ali su od 1986 god. po zahtjevu DZ prešle u vakcinacioni centar.

Među uzrocima smrti su na prvom mjestu malignomi, pa bolesti kardiovaskularnog sistema, zatim povrede i posljedice alkoholizma.

Planiranjem porodice obuhvaćeno je 75% žena fertilne dobi i abortusi su veoma rijetki.

Sve ovo govori da patologija i zdravstveno stanje u ovoj MZ odgovara onoj u razvijenijim područjima.

Tabela 2.

Izvršeni rad u Zdravstvenoj stanici MZ »Budžak IV« u 1981, 1985 i 1987. godini.

| Vrste rada                                 | 1981   |         | 1985   |         | 1987   |         |
|--|--------|---------|--------|---------|--------|---------|
|  | Budžak | B. Luka | Budžak | B. Luka | Budžak | B. Luka |
| Pregleda po 1 ljekaru ukupno               | 5734   | 10328   | 10558  | 11891   | 10723  | 10144   |
| Kućne posjete po 1 ljekaru                 | 691    | —       | 656    | —       | 510    | —       |
| Usluge sestre bolesnicima po 1 sestri      | 601    | 1641    | 1461   | 2717    | 1631   | 1895    |
| Savjeta dojenč. po 1 sestri                | 36     | —       | 35     | —       | 15     | —       |
| Rad sa malom gr. po 1 sestri               | 47     | —       | 22     | —       | 18     | —       |
| Patronaža po 1 sestri                      | 465    | —       | 833    | —       | 1327   | —       |
| Broj pacij. na kućnom umj. boln. liječenju | 56     | —       | 47     | —       | 31     | —       |

- U ZSMZ Budžak je do 1986. godine radilo 3 sestre, a dalje dvije,  
 — Podaci Republičkog zavoda za zdravstvenu zaštitu i ZSMZ Budžak.

Na tabeli br. 2 je dat pregled izvršenog rada po 1 ljekaru i po jednoj sestri u timu u ZS MZ »Budžak IV« i uporedno u timu opšte medicine u DZ koji je najviše opterećen. Vidi se da na 9 pregleda ljekara u ambulanti u Budžaku IV dolazi 1 posjeta ljekara u kući (1981). u 1985. godini jedna posjeta u porodici dolazi na 16 ljekarskih pregleda u ambulanti, a 1987 na 21 pregled. U posjete u kući spadaju posjete zdravoj porodici, posjete bolesniku po pozivu i posjete radi provođenja kućnog umjesto bolničkog liječenja. Ljekar u timu opšte medicine u DZ vrši samo preglede bez kućnih posjeta. Broj obavljenih pregleda u ambulanti približno je jednak u oba tima. Vidi se da u ukupnom radu ljekara sve više učestvuje ambulantni rad. Jedna sestra u timu u Budžaku IV izvršila je 1981. god. 1149 usluga od kojih je 47% čisto preventivnih, a ostale usluge pacijentima su usluge bilo u ambulanti, bilo pojedinačne usluge u porodici bilo njega u porodici primjenom kućnog umjesto bolničkog liječenja. U poređenju sa sestrom u timu opšte medicine u DZ broj usluga po sestri je u oba tima približno jednak s razlikom što sestra u opštoj medicini ne vrši preventivne usluge. Procenat preventivnih usluga sestre je u 1985. godini iznosi 40%, a 1987. god. 45%. Ovo ukazuje da i pored smanjenja tima za 1 sestru u 1986. godini preventivni rad sestara ne opada što se po mišljenju sestara iz tima i ne može dogoditi, jer su stanovnici i porodice navikli na česti kontakt sa njima bilo radi očuvanja zdravlja bilo radi liječenja. Opali su samo savjeti dojenčadi, ali radi toga što je reorganizacijom na nivou DZ ova vrsta zdravstvene zaštite ovoj ZS ukinuta. Smanjen je i broj sastanaka sa malim grupama, ali ovaj vid očuvanja zdravlja inače pokazuje oscilacije u svom broju: pojedine grupe prestaju sa radom tj. sastaju se rijeđe onako kako su učesnici ovladali zna-

njem na pr. grupa hipertoničara koji su naučili i primjenjuju sve ono što i treba u kontroli svoje bolesti, tako da su sve hipotenzije i dijabetičari već duži period vremena pod kontrolom. Sigurno da tome pridonosi i psihički faktor saznanja da su pod sigurnom i permanentnom praksom svoje ZS. Zdravstveno prosvjećivanje odnosno emisije iz obrazovanja preko radio-televizijske mreže i putem publikacija su doprinijele sve većoj prosvjećenosti i zdravstvenoj i opštoj cijele populacije. Tako su urijedile svoj rad male grupe školske djece, mladih majki (higijena i prehrana), kardijalaca i dijabetičara, trudnica i sl. Uočava se da stečena znanja stanovnici prenose i međusobno ili nezalicu upućuju u ZS gdje će to naučiti. Sigurno da bi rad u malim grupama bio mnogo zanimljiviji kad bi ZS bila opremljena video opremom. Međutim život MZ se uvijek kreće i pojavljuju se novi problemi recimo problem neadekvatnog ponašanja djece i dječije neuroze kao posljedica postojanja krutog stava roditelja, alkoholizma u porodici ili mentalnog poremećaja kod roditelja. Tako se sada planira da se formira mala grupa za takve poremetnje, mada je vrlo teško takve roditelje pridobiti za rad. Mala grupa liječenih alkoholičara je prerasla u Klub liječenih alkoholičara, problem koji ne jenjava od osnivanja ove ZS. Pošto ova ZS pruža zdravstvenu zaštitu i radnicima Mljekare skupa sa njima i internim odjelom bolnice kao i malom grupom dijabetičara će se testirati i propagirati nova dijabetička hrana koju Mljekara počinje da proizvodi. Izvršen je 1 ciljani sistemski pregled 151 stanovnika starijih od 60 godina i pronađeno je 11 do tada nepoznatih dijabetičara. Dobrosusjedsku pomoć ne treba više organizovati, prešla je u svakodnevnu naviku odraslih i djece u MZ. Zapažene socijalne i ekološke probleme zdravstveni radnici signaliziraju komisijama MZ koje ih sa nadležnim službama opštine rješavaju.

Kućno umjesto bolničkog liječenja funkcioniše kroz sve ove godine (tabela 3).

Tabela 3.

Bolničko i kućno umjesto bolničkog liječenja u MZ »Budžak IV« i opštini Banja Luka

| Bolničko liječenje                                       | 1981   |         | 1985   |         | 1987   |         |
|--|--------|---------|--------|---------|--------|---------|
|  | Budžak | B. Luka | Budžak | B. Luka | Budžak | B. Luka |
| Broj bolničkih liječenja na 1000 stanovnika              | 29     | 87      | 33     | 91      | 32     | 97      |
| Broj na kućnom umjesto bol. liječenju na 1000 stanovnika | 23     | —       | 17     | —       | 11     | —       |
| Ukupno boln. liječenih na 1000 stanovnika                | 52     | 87      | 50     | 91      | 43     | 97      |

— Podaci Republičkog zavoda za zdravstvenu zaštitu i Zdravstvene stanice MZ Budžak IV.

— Uzeto za Banju Luku 50% realizovanih otpusta iz Kliničke bolnice Banja Luka, jer 50% otpada na liječene sa drugih opština regiona.



Bolnički liječenih pacijenata na 1000 stanovnika sa teritorije Budžaka IV je mnogo manje u odnosu na opštinu Banja Luka, a kućno umjesto bolnički liječenih čini 33—40% od ukupnog broja liječenih. Ovo pokazuje da dobro poznavanje zdravstvenog stanja, uslova života i svakodnevni boravak u stanovništvu omogućuje smanjenje ukupnog tako skupog bolničkog liječenja.

Od početka provođenja projekta znalo se da neke stvari predviđene njim će se teško realizovati. To se potvrdilo i kroz ovih 7 godina i odnosi se na veze sa prijemnim odjelima bolnice, na veze sa stanicom hitne pomoći, na obezbjeđenje konsultativno specijalističkih pregleda pacijentima na kućnom umjesto bolničkom liječenju i uopšte obezbjeđenje konsultacija između ljekara dva nivoa zdravstvene zaštite. To ni do danas nije provedeno. Postavljalo se pitanje uzimanja laboratorijskog materijala bolesnicima na kućnom umjesto bolničkom liječenju i to je tek prije dvije godine počelo funkcionirati kada je osnovan centar za uzimanje laboratorijskog materijala kod ležećih pacijenata. Inače ostali bolesnici idu na laboratorijske pretrage u najbliži laboratorij.

U 1981. godini, poslije 10 mjeseci rada ove ZS provedena je anketa na slučajnom uzorku od 157 od ukupno 677 porodica u MZ s ciljem da se utvrdi zadovoljstvo odbijenom zdravstvenom zaštitom i mišljenje o daljem unapređenju rada.

155 predstavnika porodica je odgovorilo da je pružanje zdravstvene zaštite na ovaj način mnogo bolje nego kad se ranije samo radi bolesti odlazilo u ambulantu, a dvojica nisu mogli dati ocjenu, jer im rad zdravstvene stanice nije poznat.

Od 157 anketiranih porodica 131 se kompletno liječi u ZSMZ Budžak IV, a 26 djelimično, jer jedan dio zdravstvenih potreba zadovoljava u preduzetnim ambulantom, dječijem i školskom dispanzeru. Skoro svi anketirani su na jedan ili drugi način izrazili naročito povoljnu ocjenu o ljubaznosti članova ekipe, mišljenje da su stari i nemoćni sigurni u zdravstvenu zaštitu, da ne moraju čekati na red da je ova ZS opravdala svoje postojanje i većina završava sa željom »smo da se tako nastavi«.

Članovi ekipe ocjenjuju da je ovakav način rada teži, jer zahtjeva veće znanje, veću odgovornost, koji put i prekovremeni rad, a novčana nagrada je jednaka kao i timovima samo kurativne zdravstvene zaštite iako Zajednica Zdravstvene zaštite plaća Domu zdravlja 20% više vrijednosti kurativnog tima. Međutim kažu oni, zadovoljstvo se ne mjeri samo zaradom. Praćenje zdravstvenog stanja stanovništva, saradnja sa građanima i strukturama MZ, prihvatanje stava da je zdravlje vrijednost koju zajednički čuvaju, obostrano saznanje da npr. lakše kontrolisati pritisak, nego liječiti i njegovati oduzetog bolesnika, međusobno poštovanje, koje su stekli kroz rad, sve to donosi zadovoljstvo da njihovo oduševljenje ovakvim načinom rada ne jenjava.

### Diskusija

Može se konstatovati da su kroz porodičnu zdravstvenu zaštitu obuhvaćeni svi stanovnici MZ Budžak IV, izuzev aktivnih radnika, najvećim dijelom željezničara. Tim zdravstvenih radnika potpuno poznaje populaciju, njihove zdravstvene, socijalne i ekološke probleme i rješava ih i unapre-



duje zdravlje aktivnim učešćem stanovništva, MZ i koji put škole, a na zadovoljstvo njih sviju. Aktivna zdravstvena zaštita čini cca 40% pruženih usluga i broj sestrinskih usluga je ostao na istom broju, ali uz pojačan rad, jer im je tim smanjen za 1 sestru što se učinilo bez prethodne konsultacije tima. Prema podacima vitalne, morbiditetne i mortalitentne statistike zdravstveno stanje pripadajuće populacije je zadovoljavajuće i odgovara onome u razvijenijim sredinama.

Međutim, dosta se toga izmijenilo ili nije ostvarilo saglasno projektu. Svojim radom ZS ne pokriva više 12 h (7 — 19), nego 8 h (7 — 15). Rad ljekara u zdravim porodicama je smanjen, a iz domena preventivnih usluga sestara izostavljene su vakcinacije i savjeti za dojenčad. Ovo je posljedica ravnodušnosti i nepoznavanja načina rada porodične zdravstvene zaštite od odgovornih za organizaciju rada u DZ.

Ne priznaju preventivni rad ovog tima, jer je osnovna centralna patronaža i centar za vakcinacije, bez prethodne konsultacije sa ljekarom ovog tima. Ljekaru pridodaju na zdravstvenu zaštitu još radnike Mljekare, a 300 stanovnika drugih MZ se prijavilo za zdravstvenu zaštitu ovoj ZS, uglavnom radi ljubaznosti osoblja. O prednosti vakcinacije i savjetovanja za dojenčad u sklopu porodične zdravstvene zaštite nije potrebno diskutovati. Učinjen je samo jedan ciljani sistemski pregled (1981. god.) poslije više nisu činjeni, jer im je rečeno da za to nema para.

Stečeno, vrlo bogato iskustvo ovaj tim ne može ni sa kim da izmijeni, jer ni jedan drugi tim u DZ ne radi na ovaj način, a i ne raspolaže relevantnim podacima, a to bi bio vrlo važan faktor korekcije i unapređenja rada. Iskustvo ovog tima se ne koristi za pripremu kadrova, koji bi u budućuće provodili ovakvu zdravstvenu zaštitu, a u planovima razvoja se ne predviđa širenje mreže porodične zdravstvene zaštite.

Postavlja se pitanje zašto se ovakav način rada sa kojim je stanovništvo zadovoljno, koje je mnogo jeftinije, već samo iz razloga što je bolničko liječenje manje tako teško probija? Zašto se pravi pritisak da se prestane sa ovim načinom rada, koji je saglasan i sa najnovijim preporukama Svjetske zdravstvene organizacije 4,5)?

### Zaključak

Neki od odgovora su: rigidnost dosadašnje strukture primarne zdravstvene djelatnosti, hospitalocentralizam, neadekvatan odnos zdravstvenih radnika prema preventivi i usmjerenosti na kurativni aspekt zdravlja (3), formalno prihvatanje novog koncepta, a nastavljanje rada po starom, tradicionalizam ljekarske struke, lakši hod po već ugaženim stazama, edukacija zdravstvenih radnika, naročito ljekara, koja je usmjerena na bolnički krevet, bolest i specijalizaciju, a ne obrazuje ljekara u smislu sveopštih zdravstvenih problema i metoda i njihovog speračavanja i kontrole, bojaznost mladih ljekara da prihvate odgovornost za populaciju i pogrešan izbor organizatora u primarnoj zdravstvenoj djelatnosti.

Svjetska zdravstvena organizacija je konstatovala u 1986. godini da je nivo zdravlja stanovništva zadnjih 30 godina znatno niži od mogućeg prema uložnim sredstvima i otkriću novih medikamenata i nove medicinske

opreme (4). Za prevazilaženje ovakvog stanja jugoslovenski Savezni zavod za zdravstvenu zaštitu je predložio osnivanje »jedinica zdravstvene djelatnosti, koje će provoditi u djelo mjere i akcije primarne zdravstvene zaštite, prihvaćajući punu odgovornost za sprovođenje ovog programa na određenom području, za određeni broj stanovnika i određenu populacionu grupu (5).

Zato ima nade da se sistem porodične zdravstvene zaštite dalje proširi i unaprijedi.

#### LITERATURA

1. Berberović, D., Vujošević B., Osmančević S., Studija o istraživanju uslova za optimalnu organizaciju zdravstvenih organizacija na području Zajednice zdravstvene zaštite Tuzla, Ekonomski fakultet, Banja Luka, 1981.
2. Savzni institut javnog zdravstva, Zdravstvena zaštita u Jugoslaviji, Beograd, 1975.
3. Skupnjak B., Primarna zdravstvena zaštita u sistmu zdravstva, Izvještaj o I međunarodnoj konferenciji o primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Alma Ati, Publikacija broj: 83, 1978, Univerzitetско medicinski centar, Sarajevo, 1978.
4. Institut za socijalnu medicinu i ekonomiku zdravstva: Ciljevi zdravlja za sve (Ciljevi evropske regionalne strategije zdravlja za sve), prevod, Medicinski centar, Sarajevo, 1987.
5. Savezni zavod za zdravstvenu zaštitu: Stručno — metodološki osnovi, ciljevi, i strategija razvoja zdravstvene zaštite i zdravstvene djelatnosti u SFRJ do 2000 godine i strategija razvoja preventivne zdravstvene zaštite u SFRJ, Beograd, 1988.

#### SUMMARY

##### EVALUATION OF PROJECT »FAMILY PRIMARY HEALTH CARE« AFTER SEVEN YEARS OF EXPERIENCE

ANTON FRIC, DARIJA VUJOŠEVIĆ, SPOMENKA MILOŠEVIĆ, AND BORJANA VUJOŠEVIĆ

Primary health care unit of the Community »Budžak I«, primary Health Care Center, Clinical Hospital Center Banjaluka

Up to now, the organisation of primary health care is not satisfactory. This was the reason for initiation of a familial health care project stressing the importance on the family as a primary object as well as an active helper in prevention of disease and health promotion, and local community as the location of primary health care unit, and a suitable place for connection with other professional activities which help in resolving of health and social problems.

In the project, the size of population, composition of the team of primary health care workers, as well as its location and primary goals (integral-general health care) were elaborated in details, and the possibility, as a part of this system, home instead of hospital treatment was especially accentuated.

The results of 7 years of experience were discussed, and this was done through continuous monitoring of the data of vital, morbidity, and mortality statistics, as well as through the estimation of the degree of satisfaction of cared inhabitants, and health team workers.

All observed parameters show very positive effects but, despite of that, this system of primary health care organisation didn't get enough support among primary health care institutions which still advocate for a separate work of teams for curative, and teams for preventive medicine.

The reasons for such standpoint were listed.

Recent recommendations of the federal bureau for health protection as well as some proclaimed changes in young physicians education open the hope for the possibility of further expansion of network of primary familial health care systems.



## DRUGI INTERNACIONALNI KONGRES BRAČNE I PORODIČNE PSIHOTERAPIJE

BUDIMPEŠTA, 12—16. JULI 1989.

U Budimpešti je između 12 i 16. jula 1989. godine održan drugi internacionalni kongres bračne i porodične psihoterapije kojeg su organizirali Centar za studiju porodične terapije iz Rima, Ackermanov institut za porodičnu terapiju iz New Yorka i radna grupa za porodičnu terapiju mađarskog psihijatrijskog društva iz Budimpešte. Glavna tema kongresa je bila »U susret ekološkoj svijesti« (Towards an Ecology of Mind) a u skladu je sa vizijom Gregory Batesona, jednog od osnivača pokreta porodične psihoterapije o komunikaciji kao univerzalnom fenomenu. Poruka glavne teme je humanistička i upućena je kao poziv za suradnju i premoštenje neusklađenosti društvenih i političkih obrazaca življenja između zemalja zapadnog i istočnog bloka.

Iz dobijenih materijala, prilikom registracije i participacije, stekao se uvid da kongresu prisustvuje oko 700—800 učesnika iz Sjedinjenih Američkih Država, Zapadne Njemačke, Italije, Mađarske, Poljske, Čehoslovačke, Norveške, Finske, Švedske, Sovjetskog Saveza i drugih zemalja.

Cjelokupni program kongresa se odvijao u jutarnjim plenarnim zasjedanjima i poslijepodnevnom praćenjem rada različitih Workshopova, seminara slobodnih diskusija, simpozija i poster prezentacija.

Učesnici kongresa su se, nakon plenarnih zasjedanja u ulici Dozsa György-a 84, žurno kretali prema budimpeštanskom metrou i usmjeravali prema drevnoj zgradi Pravnog fakulteta, nedaleko od Eržebet hida gdje se odvijao poslijepodnevni program. Kongres je pratilo oko 50—60 učesnika iz naše zemlje a evidentan je bio dolazak i aktivno učešće psihijatara i psihologa iz naša tri najveća centra porodične psihoterapije: Centar za mentalno zdravlje — KBC Rebro iz Zagreba, Institut za mentalno zdravlje Beograd, te Institut za porodičnu psihoterapiju alkoholizma iz Beograda.

Teme plenarnih zasjedanja su se bavile opštim sagledavanjem stanja porodične psihoterapije jučer, danas i sutra, tako da su se smjenjivale sljedeće teme: od linearnog načina mišljenja prema ekosistemskog pristupu, novi trendovi u epistemologiji, antropologiji, biologiji i fizici, u susret unificiranoj viziji psihoterapije, retrospekcija i prospekcija u porodičnoj psihoterapiji, sistematski pristup i organizacija liječenja, doprinos ekosistemskog načina mišljenja u poboljšanju harmonizacije internacionalnih odnosi.

Najveći interes među učesnicima kongresa su izazvale zanimljive znanstvene prezentacije iz okvira seminara kao što su: psihoterapija razvoda, psihosomatski poremećaj i porodica, kulturni kontekst porodične psiho-

terapije, stres i porodica, shizofrenija i porodična psihoterapija, poremećaj ishrane i porodična problematika itd.

Budući da se u poslijepodnevним satima istovremeno radilo na nekoliko mjesta jednostavno nije bilo moguće pratiti svo obilje znanstvenih izlaganja. Moju pažnju su pobudila dva seminara: »Ekosistem hroniciteta« koji je vodio dr Donald Bloch sa Ackermanovog instituta za porodičnu psihoterapiju iz New Yorka i »Putevi istraživanja u porodičnoj psihoterapiji«, sa voditeljem dr Peter Steinglass-om (U.S.A.). U prvom simpoziju istaknute znanstvene radove iz oblasti psihosomatike su iznijeli predstavnici Heideberške škole porodične psihoterapije sa rezultatima istraživanja korelacije hronične migrene i porodične konstelacije interakcija (R. Schmidt, D. Schifferdecker) te komparacije porodičnih sistema sa psihosomatskim i psihotičnim nosiocem simpotoma (Helm Stierlin). Podjednako je bilo zanimljivo pratiti način rada simpozija koji je sugerirao Chairman dr D. Bloch, koji se zalagao za aktivan stil izlaganja referata, dajući slobodu i pravo slušaocima da prekinu u izlaganju izlagača referata i da mu direktno postavljaju pitanja na nejasnim mjestima izlaganja. U simpoziju »Putevi istraživanja u porodičnoj psihoterapiji« su predominirale dileme o mogućnostima poboljšanja objektivne validacije rezultata toka porodične psihoterapije.

Nakon vencionalne rasprave između učesnika kongresa dva ideološki različita bloka su postale još zanimljivije prilikom svečanosti dobrodošlice u budimskom ekskluzivnom restoranu »Citadela«, u kojem su nas ljubazni i gostoljubivi domaćini počastili jelom iz svoje bogate kuhinje i vinima čuvenog glasa. Šetali smo velikim poštanskim prospektima, vijencima kružnih bulevara, kejovima i mostovima zaneseni ljepotom niza reprezentativnih zgrada i spomenika.

Blistava i monumentalna Budimpešta, u čaroliji svježeg ovogodišnjeg ljeta, je bila prijatno i nezaboravno utočište za mnogobrojne učesnike drugog internacionalnog kongresa bračne i porodične psihoterapije iz cijelog svijeta.

Mr. sci. dr Enes Kušmić