

ISSN 1512-7419

BILTEN

GODINA XXII, BROJ 34
AUGUST/KOLOVOZ, 2022.

LJEKARSKE KOMORE



**GLASILO LJEKARSKE KOMORE
ZENIČKO - DOBOJSKOG KANTONA**

impresum

Predsjednik Ljekarske komore

Tarik Kapidžić

Redakcioni odbor

Urednici:

Tarik Kapidžić
Davorka Dautbegović-Stevanović
Elvis Cikotić
Maja Karač
Haris Husremović
Edina Hamzić
Elmedin Ramić
Elma Smajlović
Emir Smailbegović
Mujo Hodžić
Alen Omanović
Nermina Škaljo
Ferid Kaknjašević

Glavni i odgovorni urednik:

Hakija Bečulić

Sekretar časopisa:

Jasenko Žilo

BILTEN LJEKARSKE KOMORE ZENIČKO – DOBOJSKOG KANTONA

Medical Chamber of Zenica – Doboj Canton

Bul.kralja Tvrtka I 4/II,
72 000 ZENICA,
Bosna i Hercegovina
tel/fax: 032 444 270
www.ljkzedo.ba
e-mail: ljkozedo@bih.net.ba

Tiraž: 100 primjeraka

Štampa:

MINEX TRADE d.o.o.

Marjanovića put 78
72000 Zenica, Bosna i Hercegovina

DTP:

B Panel d.o.o. Zenica, www.bpanel.ba

Uvodna riječ

Poštovane kolegice i kolege,

Čast mi je obratiti vam se ispred uredništva Biltena Ljekarske komore Zeničko - dobojskog kantona. Prije svega želio bih da poželim sreću prvoj generaciji doktora medicine koji završavaju svoj šestogodišnji studij na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Zenici. Čast je biti dio tima koji je izveo ovu generaciju veoma kvalitetnih studenata.

Što se tiče samog Biltena, on je, zahvaljujući vašem angažmanu u pisanju stručnih članaka svakim brojem sve bolji i kvalitetniji. Svakim narednim brojem bilježimo sve veći interes ljekara iz drugih komora za pisanje radova u Biltenu. Nadam se da ćemo i u narednom periodu nastaviti makar jednako kvalitetan, ako ne i kvalitetniji rad.

I u ovom broju donosimo interesantne stručne radove, koji evaluiraju najaktualnija znanja iz raznih oblasti medicine.

Osim naučnih i stručnih radova, u ovom broju Biltena donosimo izvještaje o aktivnostima Ljekarske komore Zeničko – dobojskog Kantona, kao i izvještaj o aktivnostima Ljekarske komore Federacije Bosne i Hercegovine. Kao i u prethodnom, tako i u ovom broju Biltena donosimo vijesti vezane za aktivnosti Sindikata doktora medicine i stomatologije.

Još jednom koristim priliku da pozovem kolegice i kolege da u što većem broju pišu i šalju naučne i stručne radove, kako bismo zajedno omogućili prezentaciju vlastitih znanja i rezultata rada, a svakako, i poboljšali kvalitet Biltena.

Glavni urednik

Doc.dr.sci.med. Hakija Bečulić, dr.med.

SADRŽAJ

**2 POVEZANOST ANKSIOZNOSTI I DEPRESIJE
SA ONESPOSOBLJENOŠĆU UZROKOVANOM
HRONIČNIM LUMBALNIM BOLNIM
SINDROMOM**

Adisa Oprašić Džordić, Aldin Goletić, Sedad Kahrić

8 OCJENA RADNE SPOSOBNOSTI I DEPRESIJA

Adisa Oprašić Džordić, Aldin Goletić, Sedad Kahrić, Amra Mešić

13 TINITUS NAUČNA I KLINIČKA ENIGMA

*Haris Hatibović; Nermin Hrnčić; Selma Hrnčić;
Aida Hatibović*

**21 PREDNOSTI RADIOTALASNE HIRURGIJE U
TRETMANU SEBOROIČNE KERATOZE**

Anis Alagić

**26 RIJETKE BOLESTI U RANOM DJETINJSTVU
(CAROLIJEVA BOLEST)**

*Elma Smajlović, Amila Mrkonja - Čaušević, Orhana Grahić -
Mujčinović*

**30 CISTIČNE PROMJENE U RAMUSU DONJE
VILICE, DIJAGNOZA I TERAPIJA**

Alisa Alić - Čerim, Denin Babić

**34 KLINIČKA PREZENTACIJA I DIJAGNOSTIKA
NAZOFARINGEALNOG KARCINOMA KOD
TRUDNICE**

Amel Krkalić, Mirza Kovačević, Nadir Omerović

**37 HIRURŠKO ZBRINJAVANJE KOMPLIKACIJA
GOJAZNOSTI NA TRBUŠNOM ZIDU**

*Elvis Cikotić, Kuridža Savan, Koluh Anhel, Anel Okić, Ljuca
Senad, Mahir Omanović*

**40 DIJAGNOZA AUTOIMUNOG OBOLJENJA U
VRIJEME COVID 19 PANDEMIJE**

*Alma Jahić, Asmira Ljuca, Elis Vujić, Senad Ljuca, Amila
Mujezinović*

**46 RAZVOJNE VENSKE ANOMALIJE MOZGA KOD
NOVOROĐENČADI**

Orhana Grahić Mujčinović, Elma Smajlović, Hakija Bečulić

**50 VLAŽNA KOLOSTOMA, PRIKAZ RIJETKO
KORIŠTENE I EFIKASNE TEHNIKE U LIJEČENJU
IZRAZITO UZNAPREDOVALOG,
EKSTENZIVNOG I INOPERABILNOG
KOLOREKTALNOG KARCINOMA**

*Senad Dervišević, Elvedin Selimanović, Goran Zovko, Demir
Muračević, Elvis Cikotić, Muhamed Salčinović, Alma Mekić
– Abazović, Emina Karčić – Muračević, Lejla Mujbegović,
Senada Džebo*

**55 INFORMACIJE IZ LJEKARSKE KOMORE
ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA**

Prim.dr Tarik Kapidžić

**57 INFORMACIJE IZ SAMOSTALNOG
STRUKOVNOSTNOG SINDIKATA DOKTORA
MEDICINE I STOMATOLOGIJE
ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA**

Može se desiti i najboljim doktorima.

Sigurna profesija - Osiguranje karijere od profesionalne pogreške.

uniqa.ba



Sigurna profesija

Zaštita medicinskih i srodnih djelatnosti

Želimo Vas uvesti u svijet zaštite, Vas i Vaše medicinske profesije. Vođeni tom idejom naš cjelokupni program zaštite medicinske profesije objedinili smo pod nazivom UNIQA Sigurna profesija - najbolje rješenje za sve neželjene okolnosti na koje nemate uticaja.

Ugovaranjem osiguranja iz programa UNIQA Sigurna profesija ublažit ćete neželjene finansijske posljedice jer vam UNIQA Osiguranje omogućava da djelujete unaprijed i zaštitite svoju karijeru!

Naš program zaštite sadrži sljedeće:

Postavite sebi već danas pitanja koja će jednog dana svakako doći na red:

- ☒ osiguranje od profesionalne odgovornosti
- ☒ osiguranje pravne zaštite
- ☒ osiguranje finansijskog gubitka

Osiguranje od profesionalne odgovornosti

Osiguravajuće pokriće obuhvata rizike koji mogu nastati tokom obavljanja poslova iz djelokruga osigurane, profesionalne djelatnosti za koju je zdravstveni radnik - osiguranik stručno i znanstveno osposobljen unutar ustanove u kojoj djeluje.

Osiguranje uključuje:

- ☒ troškove odbrane i sudskog postupka
- ☒ isplatu odštetnog zahtjeva
- ☒ pokriće koje vrijedi i u slučaju pružanja prve pomoći na području Europe
- ☒ za osigurane slučajeve nastale tokom jedne godine nadoknađuje se najviše dvostruki iznos ugovorenog osiguranog iznosa (agregatni limit).

Osiguranje pravne zaštite u krivičnom i prekršajnom postupku

Osiguranje pravne zaštite je zaštita od troškova koji nastanu kao posljedica radnji i propusta u obavljanju medicinske djelatnosti kao profesionalne djelatnosti.

Osiguravajuća zaštita obuhvata:

- ☒ odbranu kod krivičnih djela i prekršaja nastalih u obavljanju profesionalne djelatnosti navedene na polisi osiguranja
- ☒ odbranu u disciplinskom postupku kao posljedice krivičnog djela ili prekršaja
- ☒ postupak u slučaju ulaganja pravnih lijekova (žalbeni postupak)
- ☒ troškove odbrane i sudskog postupka do ugovorenog osiguranog iznosa
- ☒ jamčevinu
- ☒ osigurane rizike nastale na području cijele Europe

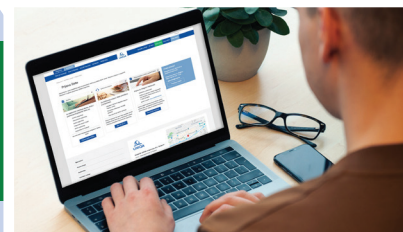
Osiguranje finansijskih gubitaka

Osiguranje prekida rada kod vlasnika privatnih djelatnosti. Osiguran je finansijski gubitak uzrokovan prekidom rada osigurane djelatnosti ili ordinacije kao posljedice:

- ☒ bolesti osigurane osobe
- ☒ nesretnog slučaja osigurane osobe
- ☒ elementarne nepogode (npr. požar, udar groma, oluja, eksplozija, izljev vode iz vodovodnih cijevi, provalna krađa uključujući i vandalizam)
- ☒ karantene uvedene zbog zaraze ili epidemije.

Posjetite UNIQA web stranicu www.uniqa.ba/sigurna-profesija

i informišite se dodatno o Sigurnoj profesiji. Također, putem Lead box "Želite ponudu?" možete poslati upit za ponudu sukladno Vašem opisu posla i Vašim potrebama.



Originalni članak

POVEZANOST ANKSIOZNOSTI I DEPRESIJE SA ONESPOSOBLJENOŠĆU UZROKOVANOM HRONIČNIM LUMBALNIM BOLNIM SINDROMOM

Anksioznost, depresija i hronični lumbalni bolni sindrom

Adisa Oprašić Džordić¹, Aldin Goletić², Sežad Kahrić²

Sažetak

Cilj Osnovni cilj ovog istraživanja bio je utvrditi povezanost između onesposobljenosti uzrokovane hroničnim lumbalnim bolnim sindromom i anksioznosti i depresije.

Metode i instrumenti U istraživanju su korišteni slijedeći mjerni instrument: Beckov inventar anksioznosti (BAI), Beckov inventar depresije-II (BDI-II) i upitnik Oswestry Disability Index (ODI). Za utvrđivanje izraženosti osnovnih varijabli istraživanja korištene su tehnike deskriptivne statistike, a za utvrđivanje stepena povezanosti varijable onesposobljenosti uzrokovane hroničnim lumbalnim bolnim sindromom sa varijablama anksioznost i depresija korišten je Pearsonov koeficijent korelacije.

Rezultati Rezultati dobijeni u ovom istraživanju su pokazali da prosječna vrijednost za anksioznost iznosi 22.04 ± 12.16 , za depresiju 17.79 ± 13.81 , te za onesposobljenost uzrokovanu hroničnim lumbalnim bolnim sindromom 39.97 ± 14.08 . Pronađena je značajna pozitivna korelacija između skale onesposobljenosti uzrokovane hroničnim lumbalnim bolnim sindromom i skale anksioznosti ($r = 0,387$, $P = 0,003$) i depresije ($r = 0,522$, $P = 0,000$), a njena značajnost je na nivou 0,01.

Zaključak Hronični lumbalni bolni sindrom ima značajan uticaj na pojavu anksioznosti i depresije. Psihološka podrška i liječenje važan je korak kod pacijenata s hroničnim lumbalnim bolnim sindromom kako bi se smanjila depresija, anksioznost i poboljšala kvaliteta života.

Ključne riječi: anksioznost, depresija, lumbalni bolni sindrom

Autor za korespondenciju

Adisa Oprašić - Džordić

Privatna zdravstvena ustanova "Medicom"

Sarajevska 20, 72000 Zenica

Bosna i Hercegovina

Tel: +387 32 462 245

E-mail: adisaoprasic@yahoo.com

¹Privatna zdravstvena ustanova Medicom, ²Zavod za medicinu rada i sportsku medicinu Zeničko-dobojskog kantona, Zenica, Bosna i Hercegovina

Uvod

Lumbalni bolni sindrom (LBS) je jedan od najučestalijih zdravstvenih problema današnjice i najčešći uzrok izostanka s posla. Procjenjuje se da 80% populacije tokom života, bar jednom, osjeti bol u području donjeg, lumbalnog dijela kičme, koji recidivira kod najmanje 50% ovih pacijenata (1).

Lumbalni bolni sindrom je skup simptoma različite etiologije koje se prezentuju u vidu bolova u ovoj regiji i to na prelazu lumbalnog u sakralni dio kičme između vrlo pokretnog i opterećenog zadnjeg lumbalnog pršljenja i slabo pokretne sakralne kosti (2).

Problem "bola u leđima" se najčešće javlja u najproduktivnijem periodu čovjekovog života, između tridesete i pedesete godine starosti, podjednako često kod osoba oba spola. Kod većine je praćen smanjenom sposobnošću za rad i potrebom za adekvatnim medicinskim tretmanom. Međutim, sretna okolnost je ta da većina pacijenata s lumbalnim bolnim sindromom, uglavnom, prođe kroz odgovarajući medicinski tretman i oporavi se u potpunosti, dok u 5% pacijenata ovaj bol pređe u stadij hronične bolesti (3).

Prema statističkim podacima u SAD-u dijagnosticirano je oko dvanaest miliona ljudi s lumbalnim bolnim sindromom, a pet miliona bilo je radno nesposobno. Ukupni godišnji izdaci, računajući zdravstvene troškove i gubitke u zaradama i produktivnosti, kreću se od šesnaest do šezdeset milijardi (USA) dolara. Također, u Njemačkoj i drugim zapadnim industrijalizovanim društvima, lumbalni bolni sindrom spada u red najskupljih zdravstvenih problema (4).

Glavni faktori rizika za lumbosakralni radikularni bol su: muški spol, gojaznost, pušenje, prethodna lumbalgija, anksioznost i depresija, rad u stojećem stavu i u prinudnim položajima, težak manuelni rad, podizanje teškog tereta i izloženost vibracijama (5). Hronična bol je ograničavajući faktor u čovjekovu životu bilo da govorimo o fizičkom ili mentalnom zdravlju. Više somatskih i psihosocijalnih faktora povezuje bol i onesposobljenost kod hroničnog LBS-a, a funkcionalno onesposobljenje očituje se u ograničavanju obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti i ograničenja u socijalnom životu pojedinca (6). Tako je u bolesnika s hroničnim LBS-om uočena visoka prevalencija depresije i anksioznosti, kao i njena povezanost sa smanjenom kvalitetom života (7).

Psihološko - psihijatrijski faktori kao što su depresija i anksioznost, dakle, mogu značajno utjecati na onesposobljenost bolesnika s hroničnim lumbalnim bolnim sindromom. Još u prošlom desetljeću depresija je potvrđena kao česti pratitelj LBS-a, bolesnici navode osjećaj bespomoćnosti, gubitka samopouzdanja i onesposobljenje, dok anksioznost kod bolesnika s LBS-om uzrokuje pojačavanje bolnog doživljaja te posljedično povećava napetost mišića, a što pak dovodi do pojačanja osjeta boli (8). Stoga je pred ovaj rad postavljen cilj dodatnog istraživanja relacija onesposobljenosti i invalidnosti uzrokovane hroničnim lumbalnim bolnim sindromom sa anksioznošću i depresijom.

Metode

Istraživanje je provedeno u drugoj polovini 2021. godine u Zavodu za medicinu rada i sportsku medicinu Zenica, a obuhvatilo je 57 ispitanika različite starosti i spola. U studiju su uključeni samo bolesnici sa verifikovanim hroničnim lumbalnim bolnim sindromom (Elektromiografijom - EMNG, kompjuteriziranom tomografijom - CT, magnetnom rezonancom - MRI) u trajanju od 12 i više sedmica, a koji su u radnom odnosu.

Upitnici su ispitanicima zadavani pojedinačno. U zavisnosti od individualnih razlika ispitanika, vrijeme potrebno za ispunjavanje upitnika kretalo se između 20 i 45 minuta.

Za mjerenje onesposobljenosti uzrokovane LBS-om korišten je upitnik Oswestry Disability Index (ODI). ODI se često koristi kod bolesnika sa lumbalnim sindromom, a namjenjen za procjenu ograničenja 10 aktivnosti svakodnevnog života kod pacijenata sa bolom u leđima. To su: intenzitet bola, lična njega, podizanje tereta, hod, sjedenje, stajanje, spavanje, seksualni život, socijalni život i putovanje. U svakom dijelu ovog testa pacijenti imaju ponuđene odgovore koji su bodovani od 0 do 5. Vrijednost 5 predstavlja najveći nivo ograničenja aktivnosti. Indeks se izražava u procentima. Viša vrijednost ODI-ja predstavlja veći stepen ograničenja u aktivnostima svakodnevnog života. Popunjavanje testa se može završiti za 5-10 minuta (9).

Za procjenu depresije kod bolesnika sa LBS-om korišten je Beckov inventar depresije-II (BDI-II). BDI-II je drugo izdanje u svijetu najčešće korištenog instrumenta za utvrđivanje depresije, a sadržaj njegovih čestica usklađen je s kriterijima za dijagnozu depresije iz

DSM-IV priručnika. Inventar se sastoji od 21 čestice, a svaka čestica je lista od 4 izjave poredane po težini određenog simptoma depresije. Minimalni rezultat je 0, a maksimalni 63. Primjena BDI-II inventara je individualna i u prosjeku traje 5 minuta. Zadatak ispitanika je od ponuđene četiri tvrdnje odabrati jednu koja najbolje opisuje način na koji se osjećao protekle dvije sedmice, uključujući i dan ispunjavanja. Ispituje se poremećaj raspoloženja, gubitak nade, osjećaj odbačenosti, nesposobnost za uživanje, osjećaj krivice, potreba za kaznom, mržnja prema sebi, samoosuda, sklonost samoubistvu, plačljivost, razdražljivost, poremećaj u odnosu s drugim ljudima, neodlučnost, negativna slika o sebi, nesposobnost za rad, poremećaj sna, umor, nedostatak apetita, mršavljenje, hipohondrija i gubitak libida (10).

Procjena anksioznosti je vršena primjenom Beckovog inventara anksioznosti (BAI). BAI je konstruiran za mjerenje generalizirane anksioznosti i razlikovanje simptoma anksioznosti od depresije. Sastoji se od 21 čestice na koje ispitanik odgovara na ljestvici od 0 do 3, pri čemu 0 označava da se kod ispitanika ne pojavljuje određen simptom, a 3 da je simptom jako izražen. Ukupan rezultat ljestvice označava stepen anksioznosti kod ispitanika, pri čemu veći rezultat upućuje na veći intenzitet anksioznosti. Primjena zahtjeva 5-10 minuta, a namijenjena je odraslim osobama. Ljestvica je jednostavna za primjenu zbog čega je vrlo često korištena u svakodnevnoj kliničkoj praksi (11).

Za statističku obradu podataka korišten je programski paket SPSS 25, a primjenjene su metode deskriptivne i analitičke statistike. Numerička obilježja su prikazana putem srednjih vrijednosti (aritmetička sredina) i mjera varijabiliteta (opseg vrijednosti, standardna devijacija), a atributivna obilježja korištenjem frekvencija i procenata. Za utvrđivanje stepena povezanosti varijable onesposobljenosti uzrokovanom hroničnim lumbalnim bolnim sindromom sa varijablama anksioznost i depresija korišten je Pearsonov koeficijent korelacije. Statistički značajnim se smatraju vrijednosti nivoa značajnosti $p < 0.05$. Rezultati su prikazani tabelarno i grafički.

Rezultati istraživanja

Ispitivanje je obavljeno na 57 pacijenata, među kojima je bilo 46 muškog spola (80,7%) i 11 ženskog spola (19,3%). Starost ispitanika kreće se od 22 do 58 godina, sa prosjekom od 37,3 godina.

U Tabeli 1. data je deskripcija rezultata dobijenih primjenom upitnika Oswestry Disability Index (ODI), Beckovog inventara anksioznosti (BAI) i Beckovog inventara depresije (BDI-II) kod bolesnika sa LBS-om.

Tabela 1. Deskripcija rezultata za anksioznost, depresiju i onesposobljenost uzrokovanu hroničnim lumbalnim bolnim sindromom.

	Min	Max	AS	SD	Median	Variance	Skewness	Kurtosis
Anksioznost (BAI)	0	57	22.04	12.16	21.00	147.96	.403	-.047
Depresija (BDI-II)	0	57	17.79	13.81	13.00	190.78	.907	.277
Onesposobljenost uzrokovana hroničnim LBS-om (ODI)	18	76	39.97	14.08	36.00	198.21	.716	-.080

Rezultati dobijeni primjenom Beckovog inventara anksioznosti (BAI) pokazuju da je prosječna ukupna anksioznost iznosila 22.04 ± 12.16 (Tabela 1). Najniža vrijednost BAI skora iznosila je 0, a najviša 57. Iz podataka prikazanih u Tabeli 2 možemo uočiti da je 36,84% ispitanika sa umjerenom, te 33,33% sa teškom anksioznošću. Kod 17,54% ispitanika je ustanovljena blaga anksioznost, dok je kod 12,28% normalan raspon skorova.

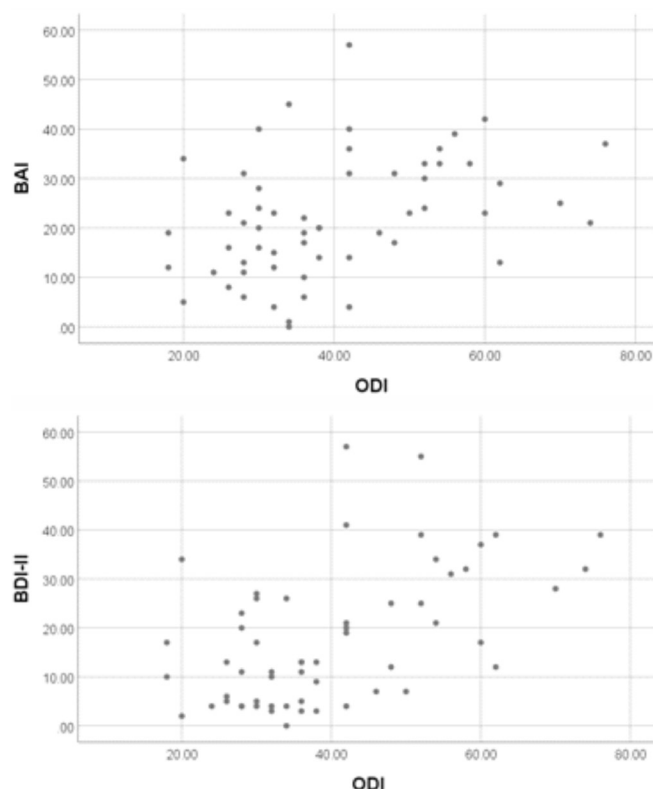
Sabiranjem vrijednosti dobijenih iz popunjenih BDI-II upitnika dobijen je konačan skor: 0-13 označava odsustvo depresije; 14-19 blagu depresiju; 20-28 umjerenu; a od 29 do 63 tešku depresiju. Najniža vrijednost BDI-II skora iznosila je 0, a najviša 57. Prosječna ukupna depresija iznosila je 17.79 ± 13.81 (Tabela 1). U ispitivanom uzorku kod 52,63% je bila odsutna ili minimalna depresija, 7,02% ispitanika je imalo blagu depresiju, 19,30% umjereni stepen depresije, te 21,05% tešku depresiju (Tabela 2).

Iz podataka prikazanih u Tabeli 1. može se vidjeti da srednja vrijednost dobijena primjenom Oswestry upitnika (ODI) iznosi 39.97 ± 14.08 . Najniža vrijednost ODI skora iznosila je 18, a najviša 76. Kod najvećeg broj ispitanika ustanovljena je srednja invalidnost (50,88%), te teška invalidnost (33,33%). Kod 8,77% je utvrđena onesposobljenost za rad, kod 7,02% blaga invalidnost, dok nije bilo slučajeva sa potpunom invalidnošću (Tabela 2).

Tabela 2. Učestalost depresije, anksioznosti i onesposobljenosti uzrokovane hroničnim lumbalnim bolnim sindromom

	N (%)
Depresija	
Odsustvo ili minimalna depresija	30 (52,63%)
Blaga depresija	4 (7,02%)
Umjerena depresija	11 (19,30%)
Teška depresija	12 (21,05%)
Anksioznost	
Normalan raspon	7 (12,28%)
Blaga anksioznost	10 (17,54%)
Umjerena anksioznost	21 (36,84%)
Jaka (teška) anksioznost	19 (33,33%)
Onesposobljenost uzrokovana hroničnim LBS-om	
Blaga invalidnost	4 (7,02%)
Srednja invalidnost	29 (50,88%)
Teška invalidnost	19 (33,33%)
Onesposobljenost za rad	5 (8,77%)
Potpuna invalidnost	0 (0%)

U okviru postavljene hipoteze u ovom istraživanju želja je bila da se ispita postoji li povezanost onesposobljenosti uzrokovane hroničnim lumbalnim bolnim sindromom sa anksioznošću i depresijom, a za utvrđivanje stepena povezanosti navedenih varijabli korišten je Pearsonov koeficijent korelacije. Ipak, prvi korak u ispitivanju veze je konstrukcija dijagrama raspršenosti koji je za skorove dobijene u ovom ispitivanju prikazan na Grafikonu 1.



Grafikon 1. Dijagrami raspršenosti skorova skale ODI i skala BAI i BDI-II

Dijagrami raspršenosti ukazuju da postoje direktne tj. pozitivne linearne veze varijable onesposobljenosti uzrokovane hroničnim LBS-om i varijabli anksioznost i depresija. Tačke na dijagramu se grupišu oko zamišljene prave linije. Dijagram, takođe, pokazuje da je pretpostavka homoskedastičnosti ispoštovana.

Pošto je utvrđeno da je veza između datih varijabli približno linearna, te da su rezultati približno ravnomjerno raspoređeni možemo nastaviti izračunavanje Pearsonove korelacije. U Tabeli 3. su prikazane korelacije između skale onesposobljenosti uzrokovane hroničnim LBS-om i skala anksioznosti i depresije dobijenih u ovom istraživanju.

Tabela 3. Povezanost onesposobljenosti uzrokovane hroničnim lumbalnim bolnim sindromom sa anksioznošću i depresijom

		Anksioznost	Depresija
Onesposobljenost uzrokovana hroničnim LBS-om	Pearsonov koeficijent korelacije	.387**	.522**
	Značajnost	.003	.000

Iz dobijenih rezultata, prikazanih u Tabeli 3, može se zaključiti da postoji značajna pozitivna korelacija između skale onesposobljenosti uzrokovane hroničnim lumbalnim bolnim sindromom i skala anksioznosti i depresije, a njena značajnost je na nivou 0,01.

Diskusija

Osnovni cilj ovog ispitivanja bio je da se utvrdi povezanost onesposobljenosti uzrokovane hroničnim lumbalnim bolnim sindromom sa anksioznošću i depresijom.

Rezultati, dobijeni primjenom Upitnika Oswestry Disability Index (ODI), pokazali su da je najveći broj ispitanika sa srednjom i teškom invalidnošću (84%), dok je manji broj sa blagom invalidnošću i onih kod kojih je utvrđena onesposobljenost za rad. Nije bilo slučajeva sa potpunom invalidnošću.

Primjenom Beckovog inventara anksioznosti (BAI) utvrdili smo, takođe, da je najveći broj ispitanika sa umjerenom i teškom anksioznošću (70%), dok je kod manjeg broja ustanovljena blaga anksioznost ili normalan raspon.

Rezultati dobijeni primjenom upitnika BDI-II pokazali su da je ukupno kod oko 40% ispitanika ustanovljen umjereni ili teški stepen depresije. Takođe, rezultati su pokazali da je gotovo kod polovine bolesnika sa LBS-om bila odsutna ili minimalna depresija.

Nalazi ovog istraživanja su pokazali da postoji značajna pozitivna povezanost onesposobljenosti uzrokovane hroničnim LBS-om sa anksioznošću i depresijom. Kod utvrđivanja jačine linearne veze razni autori daju razna tumačenja. Jedna od smjernica za utvrđivanje jačine korelacije je slijedeća: mala $r = 0.1$ do 0.29 ; srednja $r = 0.30$ do 0.49 ; te velika $r = 0.5$ do 1.0 (12). Iz navedenog možemo zaključiti da postoji jaka korelacija između onesposobljenosti uzrokovane hroničnim LBS-om i depresije (iznad 0.5), dok je linearna veza sa anksioznošću srednje jačine.

Poznato je da su depresija i anksioznost najčešća emocionalna stanja kod osoba s hroničnim stanjima. U našem istraživanju korelacija onesposobljenosti sa depresijom i anksioznošću bila je pozitivna i značajna, što sugerira da što je veća onesposobljenost, veća je mogućnost pojave simptoma povezanih s depresijom i anksioznošću. Naši nalazi su u skladu s brojnim prethodnim istraživanjima. Hung i saradnici izvijestili su da je depresija najsnažniji faktor povezan s invalidnošću u proučavanim populacijama s hroničnim lumbalnim bolnim sindromom (13). Polatin i sur. (14) su opisali da je 59% od 200 pacijenata s LBS-om, koji su započeli program funkcionalne rehabilitacije, zadovoljilo dijagnostičke kriterije za psihijatrijske bolesti. Teška depresija i anksioznost bile su dvije uobičajene dijagnoze među njima. Prevalencija depresije i anksioznosti prijavljena je kao 55 odnosno 48,57% među pakistanskom populacijom s LBS-om. Takođe, u istraživanju koje su proveli Nassar i saradnici u Egiptu na pacijentima sa lumbalnim bolnim sindromom u trajanju od 6 mjeseci i više ustanovljena je značajna pozitivna povezanost onesposobljenosti uzrokovane LBS-om i depresije (15).

Zaključak

Psihosocijalni faktori imaju manji uticaj na sam nastanak bola u leđima, ali nasuprot tome hronični lumbalni bolni sindrom ima značajan uticaj na pojavu anksioznosti i depresije, kako se pokazalo i u našem istraživanju. Povezani simptomi depresije i tjeskobe kao što su nemogućnost koncentracije, poremećaj sna, pesimistično raspoloženje, umor i gubitak motivacije mogu imati štetne utjecaje na pacijentovo liječenje i proces oporavka. Psihološka podrška i liječenje važan je korak kod pacijenata s LBS-om kako bi se smanjila depresija, anksioznost i poboljšala kvaliteta života.

Danas se u liječenju lumbalnog sindroma preporučuje multidisciplinarni pristup usmjeren na osobu koja trpi bol. U skladu s biopsihosocijalnim pristupom liječenje podrazumijeva obuhvaćanje cjelokupne osobe, kako s njenim fizičkim, tako i psihičkim obilježjima. Kroz više od 2 desetljeća studije potvrđuju vrijednost psiholoških intervencija u smanjenju samoiskaza bola, depresije i tjeskobe, poboljšanju ometene sposobnosti, te unapređenju zdravstvene kvalitete života. S obzirom na to da se najučinkovitiji pristup u liječenju bolesnika s lumbalnim bolnim sindromom očituje upravo u simultanom provođenju intervencija različitih stručnjaka, važno je usmjeriti se prema ostvarivanju uslova za djelovanje multidisciplinarnih timova koji uključuju fizijatra, fizioterapeuta, neurologa, psihijatra i psihologa.

Rezultati ovog istraživanja, pored navedenog, može poslužiti i kao polazna osnova za buduća naučna istraživanja. Takođe, potrebna su buduća istraživanja na velikim uzorcima u našoj sredini kako bi se procijenila generalizacija.

Reference

1. Sinanović O i suradnici. Neurologija. Tuzla: Infograf Tuzla / Udruženje neurologa TK, 2002.
2. Grazio S, Buljan D i suradnici. Križobolja. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2009.
3. Vujasinović - Stupar N, Branković S, Josifović N, Iriški V, Mijačić Z. Lumbalni sindrom. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta, 2004.
4. Radojičić B. Klinička neurologija. Beograd: Elit – Medica, 2011.
5. Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča u kliničkoj praksi, Ministarstvo zdravlja Republike Srbije (2004). Lumbalni sindrom - Nacionalni vodič za ljekare u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.
6. Vuković D, Vlašić-Cievarić I, Šverko L. Psihološki pristup križbolji. Medicina Fluminensis 2012; 48(4):454-62.
7. Berković-Šubić M. Povezanost depresije, katastrofiziranja i jačine boli s funkcionalnom onesposobljenošću bolesnika s kroničnom križoboljom prije i nakon terapijskih vježbi. Doktorski rad. Zagreb: Kineziološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2021.
8. Lee J, Kim HS, Shim KD, Park YS. The Effect of Anxiety, Depression, and Optimism on Postoperative Satisfaction and Clinical Outcomes in Lumbar Spinal Stenosis and Degenerative Spondylolisthesis Patients: Cohort Study. Clinics in orthopedic surgery 2017; 9(2):177-83.

9. Armano Lj, Kurtović B. Psihološki aspekti lumbalnog bolnog sindroma. *Sestrinski glasnik/Nursing Journal* 2012; 17:178–87.
10. Fairbank J, Pynsent PB. The Oswestry disability index. *Spine* 2000; 25(22):2940-53.
11. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck depression inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.
12. Beck AT, Steer RA. Beck Anxiety Inventory (BAI) Manual. Oxford: Pearson, 1990.
13. Živković S. Analiza podataka u SPSS-u: Priručnik iz statistike. Podgorica: De Facto Consultancy, 2015.
14. Sirbu E, Onofrei RR, Szasz S, Susan M. Predictors of disability in patients with chronic low back pain. *Archives of Medical Science*, 2020.
15. Hong JH, Kim HD, Shin HH, Huh B. Assessment of depression, anxiety, sleep disturbance, and quality of life in patients with chronic low back pain in Korea. *Korean journal of anesthesiology* 2016; 66(6), 444–50.
16. Nassar N, Assaf N, Farrag D. Depression in patients with chronic low back pain. *Egypt Rheumatol Rehabil* 2019; 46:48–54.

Originalni članak

OCJENA RADNE SPOSOBNOSTI I DEPRESIJA

Radna sposobnost i depresija

Adisa Oprašić Džordić¹, Aldin Goletić², Seđad Kahrić², Amra Mešić²

Sažetak

Cilj Osnovni cilj ovog istraživanja bio je utvrđivanje zastupljenosti depresije kod bolesnika koji su bili na procjeni radne sposobnosti u periodu 01.01.2021. do 31.12.2021. godine, te utvrditi uticaj depresije na radnu sposobnost.

Metode Svi podaci potrebni za istraživanje su prikupljeni retrospektivno iz medicinske dokumentacije (komisijski izveštaji i protokol pacijenata) Zavoda za medicinu rada i sportsku medicinu Zeničko - dobojskog kantona za period 2021. godine, a obuhvatali su: spol, starosnu dob, dijagnoze bolesti, kao i ocjene radne sposobnosti.

Rezultati Rezultati su pokazali da je depresija u 2021. godini na području Zeničko – dobojskog kantona bila neznatan uzrok invaliditeta sa udjelom samo od 1,27%. Od bolesnika oboljelih od depresije koji su bili na ocjeni radne sposobnosti, kod njih 2 (9,09%) je došlo do gubitka radne sposobnosti (invalidnost prve kategorije), zatim 3 bolesnika (13,64%) je imalo promjenjenu radnu sposobnost (invalidnost druge kategorije), 16 bolesnika (72,73%) su ocjenjeni kao liječenje nije završeno, te 1 bolesnik (4,55%) koji je ocjenjen kao invalidnost ne postoji.

Zaključak Ispunjavanje osnovnih ciljeva ovog istraživanja pružit će značajna saznanja koja mogu biti od pomoći psihijatrija, psiholozima, te stručnjacima iz oblasti mentalnog zdravlja i medicine rada. Rezultati ovog istraživanja mogu poslužiti, takođe, kao polazna osnova za buduća istraživanja i/ili kao osnova za neke obrazovno - edukativne programe koji se mogu koristiti u obrazovnim ustanovama ili u sklopu nekih specifičnih radionica.

Ključne riječi: depresija, invalidnost, ocjena radne sposobnosti

Autor za korespondenciju

Adisa Oprašić - Džordić

Privatna zdravstvena ustanova "Medicom"

Sarajevska 20, 72000 Zenica

Bosna i Hercegovina

Tel: +387 32 462 245

E-mail: adisaoprasic@yahoo.com

¹Privatna zdravstvena ustanova Medicom, ²Zavod za medicinu rada i sportsku medicinu Zeničko-dobojskog kantona, Zenica, Bosna i Hercegovina

Uvod

Depresija je duševni poremećaj okarakteriziran lošim raspoloženjem, niskim samopouzdanjem i gubitkom interesa za nekoć ugodne aktivnosti (1). Depresija nije osjećaj prolaznog neraspoloženja, to je bolest koja značajno narušava svakodnevni život. Ona je mnogo više od normalne tuge i žalosti. Ako se tuga pojavi bez ikakva razloga ili je nesrazmjerna razlogu nastanka, ako ne prestaje ili se ponovno vrati, ako nam je teško raditi, družiti se i više se ne možemo veseliti životu, onda to više nije neraspoloženje niti obična tuga, nego depresija. Depresivna osoba ne uzima zdravo za gotovo ni jednu od jednostavnih izvjesnosti, ne može spavati, budućnost joj izgleda mračna ili nemoguća, ne uživa u životu i teško se usredotočuje na jednostavne radnje kao što je čitanje novina ili gledanje televizije. Kada smo u depresiji, prihvatanje i zadovoljstvo pretvara se u samoprijezir, osjećaj krivnje zbog onoga što smo učinili ili nismo učinili, i na kraju, želja za smrću. Osobe koje boluju od depresije gube interes za sva područja života, pa tako i za posao (2).

Depresija spada u najčešće psihičke poremećaje današnjice i stara je koliko i čovječanstvo. Učestalost depresije izrazito se povećala tijekom druge polovice 20. stoljeća i još uvijek se povećava. Cjeloživotna prevalenca depresije kreće se u SAD-u od 5% do 17%, najčešće se pojavljuje između adolescencije i 45. godine života, a prosječna dob pojavljivanja je 27 godina (3). Prevalencija depresije u Bosni i Hercegovini u 2015. godini, prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, iznosila je 5,1% (4).

Radno sposobnom se smatra ona osoba čije fizičko ili psihičko zdravstveno stanje omogućava rad, odnosno prilagođavanje zahtjevima i uticajima radnog mjesta, ali bez štete po zdravlje. Produktivnost rada (radni učinak) determinisan je prije svega mentalnim zdravljem i socijalnom zrelošću pojedinca i obuhvata motivaciju za rad, sposobnost adaptacije, odgovornost, dobru koncentraciju i psihomotorno reagovanje, istrajnost i zadovoljstvo radom (5).

Pojam bolesti ne poklapa se s pojmom radne sposobnosti, jer ima bolesti koje ne utiču na radnu sposobnost, druge utiču samo povremeno ili kod određenih radnih mjesta, dok neke bolesti uzrokuju radnu nesposobnost kod svih zanimanja (6).

U slučaju bolesti ili povreda može da dođe do privremene ili trajne promjene radne sposobnosti. Ireverzibilno smanjenje ili gubitak radne sposobnosti dovodi pojedinca u stanje djelimične ili potpune invalidnosti,

kada se zahtjeva ocjena preostale radne sposobnosti i određuje stepen invalidnosti ili pravo na socijalnu zaštitu (7). Ocjena radne sposobnosti (ORS) je čin više funkcija i zahtjeva posla i odlika radnog mjesta kojim se utvrđuje sposobnost za posao i daje se nakon iscrpljenih mogućnosti liječenja i rehabilitacija (8).

Podaci iz nekoliko zemalja Evropske unije upućuju na to da loše mentalno zdravlje s vremenom postaje uzrok sve većeg udjela odsustva sa posla, nesposobnosti za rad i prijevremenog penzionisanja (9). Na primjer, udio prijevremenog penzionisanja u Njemačkoj zbog lošeg mentalnog zdravlja povećao se s malo više od 20% na gotovo 40% svih slučajeva penzionisanja između 1989. i 2010. godine. Udio prijevremenog penzionisanja povezan s mentalnim zdravljem otad se povećava. Nadalje, loše mentalno zdravlje sve je češći uzrok odsustva sa posla u Njemačkoj – od 1989. do 2012. godine broj takvih odsustava porastao je 2,5 puta, dok se odsustva zbog drugih zdravstvenih razloga uglavnom nisu značajno mijenjala. Ta kretanja u Njemačkoj vidljiva su i u podacima iz brojnih drugih zemalja širom EU. Podaci iz Velike Britanije upućuju ne samo na to da su poremećaji povezani sa stresom ili mentalnim zdravljem sve češći uzrok odsustva, nego i da su ta odsustva duža od onih uzrokovanih problemima sa fizičkim zdravljem (9).

Invalidnost je trajno smanjenje ili gubitak radne sposobnosti zbog promjena zdravlja uzrokovano povredom na radu, profesionalnom bolešću, povredom van rada ili bolešću koja se ne može liječiti ili rehabilitovati (10).

Svi pacijenti koji su bili na procjeni radne sposobnosti na Institutu za medicinsko vještačenje u Zenici, a koji su upućeni od strane Komisije za kontrolu bolovanja preko 42 dana Zeničko-dobojskog kantona, ocijenjeni su kao invalidi I kategorije, invalidi II kategorije, liječenje nije završeno, te kao invalidnost ne postoji.

Promijenjena radna sposobnost (II kategorija invalidnosti) postoji kada osiguranik u obaveznom osiguranju, zbog trajnih promjena u zdravstvenom stanju, sa radnim naporom koji ne ugrožava njegovo zdravstveno stanje, ne može da radi na radnom mjestu, ali može sa punim radnim vremenom, sa ili bez prekvalifikacije ili dokvalifikacije, da radi na drugom radnom mjestu odnosno poslu koji odgovara njegovoj stručnoj spremi odnosno radnoj sposobnosti stečenoj radom (10).

Gubitak radne sposobnosti (I kategorija invalidnosti) postoji kada se utvrdi da osiguranik u obaveznom osiguranju trajno nije sposoban za rad na radnom mjestu

odnosno poslu koji je obavljao na dan ocjene radne sposobnosti ili koje je obavljao prije prestanka osiguranja, kao ni za drugo radno mjesto odnosno posao koji odgovara njegovoj stručnoj spremi odnosno radnoj sposobnosti stečenoj radom, niti se prekvalifikacijom ili dokvalifikacijom može osposobiti za druge poslove koji odgovaraju njegovoj stručnoj spremi odnosno radnoj sposobnosti stečenoj radom (10).

Potpuna nesposobnost za privređivanje postoji kada lice zbog vrste i težine fizičkog ili mentalnog oštećenja ili vrste i težine psihičke bolesti nije sposobno za obavljanje najjednostavnijih poslova (10).

U zahtjevima za procjenu radne nesposobnosti, najčešće su psihijatrijske i kardiovaskularne bolesti (11). U prvih dvadeset uzroka invalidnosti u svijetu, pet je psihijatrijski: unipolarni depresivni poremećaj, alkoholizam, shizofrenija, bipolarni afektivni poremećaj, Alzheimerova i druge demencije (12).

Vrlo često duševni bolesnici dobiju otkaz među prvima kod teškoća u poslovanju ili u pogoršanju bolesti ne obavjeste poslodavca o spriječenosti za rad ili se uopće ne jave svom ljekaru porodične medicine (13). Mnogi od njih u tim situacijama ostaju bez sredstava za život, a imaju pravo da, zbog bolesti i nesposobnosti za rad, u provedenom postupku dobiju invalidsku ili porodičnu penziju.

Stručni autoritet i mišljenje psihijatra, uz mišljenje psihologa, često odlučuju o različitim aspektima lične, porodične, socijalne ili političke egzistencije ljudi. Jedna od tih oblasti jeste davanje mišljenja o potrebi nečijeg prijevremenog penzionisanja ili promjeni radnog mjesta na osnovu njegovog duševnog stanja (14).

Novaković i suradnici su proveli istraživanje koje je imalo za cilj da utvrdi uticaj psihičkih bolesti na nastanak invalidnosti I i III kategorije na drugostepenom organu vještačenja u BiH u periodu 2005. i 2006. godine. Rezultati njihovog istraživanja su pokazali da je depresija jedna od vodećih bolesti kod invalida I i III kategorije (15).

Metod, uzorak i procedura

Osnovni cilj ovog istraživanja bio je utvrđivanje zastupljenosti depresije, u odnosu na druge mentalne poremećaje i poremećaje ponašanja, kod bolesnika koji su bili na procjeni radne sposobnosti u periodu od 01.01.2021. do 31.12.2021. godine.

Svi podaci potrebni za istraživanje su prikupljeni retrospektivno iz medicinske dokumentacije (komisijski izveštaji i protokol pacijenata) Zavoda za medicinu rada i sportsku medicinu Zeničko - dobojskog kantona za period 2021. godine, a obuhvatali su ukupan broj bolesnika koji su bili u navedenom periodu na ocjeni radne sposobnosti. Podaci su sadržali spol, starosnu dob, dijagnoze bolesti, te ocjenu radne sposobnosti. Rezultati su predstavljani kao učestalost (%) ili srednja vrijednost.

U periodu od 01.01.2021. do 31.12.2021. godine na Institut za medicinsko vještačenje u Zenici se javilo ukupno 1057 pacijenata, različite starosti i spola, sa područja Zeničko -dobojskog kantona, a od čega je 60 osoba sa mentalnim oboljenjem. Od ukupnog broja bolesnika sa mentalnim oboljenjima, a koji su bili na ocjeni radne sposobnosti u navedenom periodu, 22 osobe su bile sa dijagnostikovanom depresivnim (F 32) ili povratnim depresivnim poremećajem (F 33).

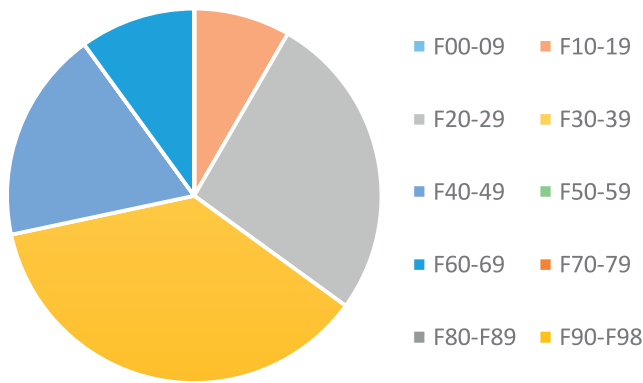
Svi pacijenti koji su uključeni u analizu su upućeni na procjenu radne sposobnosti od strane Komisije za kontrolu bolovanja preko 42 dana Zeničko - dobojskog kantona.

Rezultati

Bolesnika oboljelih od depresije muškog spola ima 12 (54,55%), a ženskog spola ima 10 (45,45%). Starost pacijenata s depresivnim poremećajem koji su bili na procjeni radne sposobnosti u analiziranom periodu kreće se od 44 do 64 godina, sa prosjekom od 54,5 godina.

Zastupljenost depresije u odnosu na ukupan broj svih bolesnika koji su bili na ocjeni radne sposobnosti na području Zeničko-dobojskog kantona u 2021. godini iznosi 2,08%.

U pogledu strukture morbiditeta svih psihijatrijskih bolesnika koji su bili na ORS tokom posmatranog perioda najveći broj je bolesnika sa poremećajima raspoloženja (36,67%). Broj bolesnika sa shizofrenijom, shizotipnim i sumanutim poremećajima (F20-29) čini 26,67% ukupnog broja, zatim broj bolesnika sa neurotskim poremećajima, somatoformnim poremećajima i poremećajima izazvanim stresom (F40-48) čini 18,33%, osobe sa poremećajima ličnosti (F60-69) čine 10%, dok osobe s dijagnozama iz grupe mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja uzrokovanih uzimanjem psihoaktivnih tvari čine 8,33% ukupnog broja svih psihijatrijskih bolesnika koji su bili na ORS u toku 2021. godine (Grafikon 1).



Grafikon 1. Struktura morbiditeta bolesnika s mentalnim oboljenjima koji su bili na ORS u toku 2021. godine

Ukupan broj bolesnika oboljelih od depresije koji su se u periodu od 01.01.2021. do 31.12.2021. godine javili komisiji za procjenu radne sposobnosti na Institutu za medicinsko vještačenje u Zenici iznosio je 22. Od navedenog broja bolesnika, kod njih 2 (9,09%) je došlo do gubitka radne sposobnosti (invalidnost I kategorije), zatim 3 bolesnika (13,64%) je imalo promjenjenu radnu sposobnost (invalidnost II kategorije), 16 bolesnika (72,73%) su ocjenjeni kao liječenje nije završeno, te 1 bolesnik (4,55%) koji je ocjenjen kao invalidnost ne postoji (Tabela 1).

Tabela 1. Ocjena radne sposobnosti osoba oboljelih od depresije u 2021. godine

Ocjena radne sposobnosti	N (%)
Invalidnost I kategorije	2 (9,09%)
Invalidnost II kategorije	3 (13,64%)
Liječenje nije završeno	16 (72,73%)
Invalidnost ne postoji	1 (4,55%)
Ukupno	22 (100%)

Institut za medicinsko vještačenje u Zenici je u navedenom periodu utvrdio smanjenu radnu sposobnost odnosno invalidnost I i II kategorije kod ukupno 394 osoba, od čega je 5 lica (1,27%) oboljelih od depresije, te 12 lica (3,05%) sa drugim mentalnim oboljenjima i poremećajima ponašanja (Tabela 2).

Tabela 2. Zastupljenost invalida I i II kategorije u toku 2021. godine kod oboljelih od depresije i oboljelih od ostalih mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja u odnosu na ukupan broj invalida

	Invalidi I i II kategorije oboljelih od depresije	Invalidi I i II kategorije sa drugim mentalnim oboljenjima	Ukupan broj svih invalida I i II kategorije
N (%)	5 (1,27%)	12 (3,05%)	394 (100%)

Diskusija

U periodu od 01.01.2021. do 31.12.2021. godine na Institut za medicinsko vještačenje u Zenici se javilo uku-

pno 1057 pacijenata, različite starosti i spola, s područja Zeničko-dobojskog kantona, a od čega su 22 osobe sa dijagnostikovanom depresivnim (F 32) ili povratnim depresivnim poremećajem (F 33). Svi pacijenti koji su uključeni u analizu su upućeni na procjenu radne sposobnosti od strane Komisije za kontrolu bolovanja preko 42 dana Zeničko-dobojskog kantona. Zastupljenost depresije u odnosu na ukupan broj svih bolesnika koji su bili na ocjeni radne sposobnosti u 2021. godini iznosi 2,08%, što je iznenađujući podatak s obzirom da prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji depresija zauzima visoko mjesto vodećih zdravstvenih problema s udjelom od 3,8% u globalnom teretu bolesti, te se često navodi kao najčešći uzrok radne nesposobnosti.

Od navedenog broja bolesnika oboljelih od depresije koji su u analiziranom periodu bili na ORS, kod njih 2 (9,09%) je došlo do gubitka radne sposobnosti (invalidnost I kategorije), zatim 3 bolesnika (13,64%) je imalo promjenjenu radnu sposobnost (invalidnost II kategorije), 16 bolesnika (72,73%) su ocjenjeni kao liječenje nije završeno, te 1 bolesnik (4,55%) koji je ocjenjen kao invalidnost ne postoji.

Dobijeni rezultati su pokazali da depresija, zajedno čak sa drugim mentalnim poremećajima i poremećajima ponašanja, čini neznatan uzrok invaliditeta u našoj sredini s udjelom manjim od 5%. Broj bolesnika oboljelih od depresije koji su ocjenjeni I i II kategorijom invalidnosti čini samo 1,27% sveukupnog broja bolesnika kod kojih je u datom periodu utvrđena invalidnost. Iz navedenog možemo zaključiti da je depresija neznatan uzrok invalidnosti, gledajući analizirani period, dobijene podatke i rezultate. S obzirom na sveprisutnu stigmatizaciju psihijatrijskih bolesnika i u našoj sredini, dobijeni podaci i rezultati samo su donekle iznenađujući.

Od ukupnog broja pacijenata sa mentalnim oboljenjima koji su bili na procjeni radne sposobnosti u periodu od 01.01.2021. do 31.12.2021. godine najveći broj je bolesnika sa poremećajima raspoloženja (36,67%).

Dakle, dobijeni rezultati nisu potvrdili izvještaje Svjetske zdravstvene organizacije o vodećim psihijatrijskim dijagnozama u zahtjevima za procjenu radne sposobnosti (12), kao i nalaze istraživanja koje su proveli Novaković i saradnici (15) i drugih brojnih studija. tj. potvrđena je dominantnost afektivnih poremećaja kod psihijatrijskih bolesnika koji su u analiziranom periodu bili na ORS.

Zaključak

Depresija je najčešći uzrok radne nesposobnosti u svijetu, oboljele čini manje produktivnim i odgovornima za povećanje broja bolovanja. Depresija pogoduje i razvoju tjelesnih poremećaja zbog životnog stila i navika depresivnih bolesnika (pretilost, pušenje, neaktivnost), zatim produžuje bolničko liječenje, povećava količinu terapijskih postupaka što povećava troškove medicinske skrbi i opterećuje zdravstveni sistem. Da bi se dobio pravi dojam opterećenosti zdravstvenog sistema ovom bolesti potrebno je promatrati podatke o broju hospitaliziranih bolesnika, ali i podatke iz primarne zdravstvene zaštite. Znatno je veći postotak bolesnika s depresivnim poremećajem koji se liječe u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Ovaj rad je vrlo važan u pogledu naglaska na održavanje mentalnog zdravlja i promicanja oporavka oboljelih od depresije, kao i drugih psihičkih poremećaja. Cilj svakog liječenja duševnog bolesnika je da mogu samostalno funkcionirati kako u socijalnim i porodičnim, tako i u radnim ulogama. Optimalna zaštita osoba oboljelih od depresije, kao i drugih mentalnih poremećaja postiže se uravnoteženim sistemom koji uključuje bolničko i izvanbolničko liječenje, što je posebno važno i zbog činjenice što rehabilitacija (radna, porodična i društvena) može biti uspješnija, ako se bolesnik ne izdvaja iz sredine u kojoj se rehabilitacija prirodno provodi. Stvaranjem sigurne i poticajne okoline stvaraju se preduslovi za unapređenje mentalnog zdravlja, te se

time poboljšava i radna reintegracija ljudi s problemima mentalnog zdravlja.

Vještačenje radne sposobnosti duševnih bolesnika jedno je od najzahtjevnijih zadataka u praksi. Iako duševna bolest može znatno da umanjí profesionalnu sposobnost oboljelog, značajan broj oboljelih i dalje je radno aktivno. Trend invalidnosti u populaciji mentalnih bolesnika još uvijek je nepovoljan i zato je praćenje njihove radne sposobnosti dosljedan parametar koji identifikuje radnu neefikasnost i nezaposlenost kao važan faktor u osiromašnju kvaliteta života psihijatrijskih bolesnika. Očuvana ili ponovno uspostavljena radna sposobnost osnovno je mjerilo uspjeha u liječenju i rehabilitaciji psihijatrijskih bolesnika.

Ovo istraživanje dodatno rasvjetljuje zastupljenost depresije, kao i drugih mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja kao uzroka invalidnosti i smanjene radne sposobnosti. Ispunjavanje osnovnih ciljeva ovog istraživanja, kao što je pružanje uvida u procjenu radne sposobnosti depresivnih i ostalih psihijatrijskih bolesnika, pružiće značajna saznanja koja mogu biti od pomoći psihijatrima, psiholozima, te stručnjacima iz oblasti mentalnog zdravlja i medicine rada. Rezultati ovog istraživanja, pored navedenog, mogu poslužiti i kao polazna osnova za buduća istraživanja, te kao osnova za neke obrazovno-edukativne programe koji se mogu koristiti u obrazovnim ustanovama ili u sklopu nekih specifičnih radionica.

Reference

1. Holmes J. Depresija. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk, 2006.
2. Hautzinger M. Depresija. Zagreb: Naklada Slap, 2002.
3. Cullen K, Irvin E, Van Eerd D, Saunders R. Preventing work disability in workers with depression; a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 2018. <http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2018-ICOHabstracts.1661>.
4. World Health Organization (2017). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization.
5. Poleksić J, Savićević M. Mentalna higijena u industriji. Niš: Institut za dokumentaciju zaštite na radu, 1979.
6. Jukić V, Štrkalj Ivezić S, Kušan Jukić M. Procjena radne sposobnosti osoba s dijagnozom psihotičnog poremećaja. *Medix* 2008; 14:70-75.
7. Kecmanović D, Loga S, Cerić I, Marković A. Psihijatrija. Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga, 1980.
8. Lerman Y, Ribak J. The Need for Consistent Criteria for Impairment and Disability. *Int J Occup Environ Health* 1997; 3(4):273-6.
9. Wynne R, De Broeck V, Vandenbroek K, Leka S, Houtman, I, McDaid D. Promicanje mentalnog zdravlja na radnom mjestu. Luxembourg: Ured za publikacije Europske unije, 2017.
10. Zakon o penzijskom i invalidskom osiguranju. Službene novine FBiH, 13/2018, 10.
11. Kecmanović D, Trogranić Z, Cerić I. Working ability of mentally ill people in times of social crisis. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 80(4):340-5.
12. Svjetska zdravstvena organizacija (2003): Mentalno zdravlje: novo razumjevanje, nova nada. Beograd: Institut za mentalno zdravlje.
13. Linden M, Weidner C. Work disability from mental disorders. *Nervenarzt* 2005; 76(11):1421-30.
14. Skakić O, Trajanović LJ. Procena radne sposobnosti mentalno obolelih osoba u uslovima društveno-ekonomske krize. *Medicinski pregled* 2011; 64(1-2):41-5.
15. Novaković M, Milovanović A, Jakovljević B, Milovanović S, Babić D, Pejanović N. Uticaj psihičkih oboljenja na ocenu radne sposobnosti. *Vojnosanitetski pregled* 2007; 64(11):733-7.

Stručni članak

TINITUS NAUČNA I KLINIČKA ENIGMA

Haris Hatibović¹; Nermin Hrnčić²; Selma Hrnčić³; Aida Hatibović⁴

Sažetak

Tinitus je simptom koji najčešće opisuje svjesnu percepciju slušnog osjećaja u odsustvu odgovarajućeg vanjskog stimulusa. Iako trenutno ne postoji jedinstveno prihvaćena terapija za tinitus, dokazane su i razvijene određene metode liječenja, pomoći i samopomoći za pacijente koji pate zbog tinitusa. Do sada nije odobren adekvatan lijek koji bi se mogao uspješno koristiti u simptomatskoj terapiji subjektivnog tinitusa. Prije početka bilo koje od preporučenih terapijskih metoda potrebna je adekvatna edukacija pacijenta.

Ključne riječi: tinitus, terapijski pristup, edukacija pacijenta

Autor za korespondenciju:

Hatibović Haris

Odjel za bolesti uha, grla, nosa i maksilofacijalnu hirurgiju

Kantonalna bolnica Zenica

Crkvice 67, Zenica, Bosna i Hercegovina

Tel +387 32 405 133

E-mail: harishatibovic@gmail.com

¹Odjel za bolesti uha, grla, nosa i maksilofacijalnu hirurgiju KB Zenica; Zenica; ²Odjel za slabočujnost, tinitus i vrtoglavice VAMED Rehaklinik; Bad Berleburg, Njemačka; ³Odjel za psihosomatiku VAMED Rehaklinik; Bad Berleburg, Njemačka; ⁴Odjel za mikrobiološku dijagnostiku KB Zenica; Zenica

Uvod

Izveden od latinskog glagola tinnire (zvoniti), izraz tinitus opisuje svjesnu percepciju slušnog osjećaja u odsustvu odgovarajućeg vanjskog stimulusa ali ne govori ništa o uzroku, daljnjem toku ili posljedicama.

Tinitus kao simptom je zvuk koji čujemo bez vanjskog izvora zvuka i tu počinje jedan od glavnih problema – čujete nešto što drugi ne čuju. To što pacijent čuje nešto što drugi ne čuju ne znači da toga nema (1).

Tinitus je najčešće visoki zviždeći zvuk, vrlo često i šuštanje, poput radija koji nije podešen na stanicu. Oni koji su pogođeni tinitus opisuju još kao kлокotanje, zujanje ili kucanje. Tinitus se može manifestirati u mnogim oblicima.

Najveća i najpouzdanija studija o učestalosti tinitusa sprovedena je u okviru Nacionalne studije sluha u Engleskoj (n=48 313). Njeni rezultati su pokazali prevalenciju od 10,1% među odraslima, pri čemu je tinitus opisan na nivou koji je ozbiljno uticao na sposobnost vođenja normalnog života kod 0,5%. Rezultati studija u Egiptu, Japanu, i Nigeriji pokazuju da je prevalencija tinitusa u ovim zemljama uglavnom slična onoj u Evropi i SAD-u i kreće se između 10% i 15% odrasle populacije (2).

Postoji tzv. **objektivni** (pulsirajući) **tinitus** koji je vrlo rijedak. Zvuk koji pacijent čuje kao tinitus se proizvodi u samom tijelu. To su isključivo zvučni signali koji izlaze iz tijela pacijenta. Ono što je posebno kod objektivnog tinitusa je to što se taj šum može čuti liječničkim stetoskopom ili snimiti mikrofonom, pa otuda i naziv objektivni. Ovakav tinitus je najčešće porijeklom iz našeg kardiovaskularnog sistema. Tada ustvari čujemo sopstveni puls. Ovaj tinitus se pojačava kad nam poraste tlak ili srce brže radi. Vrlo često se radi o aterosklerotskim promjenama krvnih sudova vrata i glave ali mogu biti i suženja krvnih sudova uzrokovana pritiskom na krvni sud ili različite patološke arteriovenske anastomoze ili aneurizma. Liječenje bi trebalo biti kauzalno (3).

Postoje i brojni drugi razlozi za objektivni tinitus. Disfunkcija Eustahijeve tube, glomus tumori, akustični neurom, abnormalne kretnje nekog od malih mišića u srednjem uhu neki su od uzroka objektivnog tinitusa.

U najvećem broju slučajeva pacijenti se žale na **subjektivni** (nepulsirajući) **tinitus** koji opisuju na različite načine kao npr. šuštanje, zujanje, brujanje, zviždanje, zvonjava... Pacijenti nepulsirajuće zujanje u ušima najčešće opisuju kao visokotonski stalno prisutni zvuk

„poput onoga kad na televizoru nema programa“ ili „jednolično pištanje visoke frekvencije“ (2).

Sve pacijente s izraženim akutnim i hroničnim subjektivnim tinitusom treba uputiti na otorinolaringološki pregled i audiološku obradu kako bi se utvrdilo postojanje i vrsta gubitka sluha. Druge dijagnostičke pretrage treba koristiti ovisno da li se radi o jednostranom ili obostranom konduktivnom ili senzorineuralnom gubitku sluha i kliničkoj slici.

Patofiziološke teorije o nastanku tinitusa

I. Tinitus bez oštećenog sluha:

Za nastanak ovakvog tinitusa postoji više teorija ali u principu se sve svode na isto. Da bi se stvorila percepcija nekog zvuka pa tako i tinitusa potrebne su: 1. Unutrašnje uho; 2. Veliki mozak koji prima signale iz unutrašnjeg uha; 3. Slušni živac koji povezuje pužnicu i mozak te služi za prenos signala iz pužnice u mozak i što je jako važno, i u suprotnom smjeru.

Već u 22. sedmici trudnoće unutrašnje uho je potpuno anatomski i fiziološki razvijeno. Već tada pužnica počinje da šalje signale ka mozgu tj. počinje percepcija zvuka. Taj zvuk je bazni (osnovni, temeljni, pozadinski) zvuk koji se u mozgu memoriše kao muštra za sva vremena. Ovaj otisak/muštra zvuka je uvijek prisutan u našoj glavi tj. mozgu. Ova pozadinska buka je tamo pohranjena kao „osnovni obrazac“. U trenutku kada smo rođeni, već smo mapirali „osnovni obrazac“ iz unutrašnjeg uha u mozgu, odnosno pohranili ga, a da signal izvana (izvan maternice) nije uticao na sluh do tada.

Najlakše se ovo može shvatiti iz sljedećeg primjera: kad pokrenemo uređaj za reprodukciju zvuka čujemo muziku ali ne i zvuke koji proizvodi sam uređaj svojim radom koje uglavnom ne percipiramo. Upravo tako, u mozgu postoji stalni zvuk koji pužnica šalje ka mozgu još od 22. sedmice intrauterinog života ali ga mi ne percipiramo.

U prilog ovoj tvrdnji urađeni su mnogi naučnoistraživački pokusi. Tako npr. čovjek u tzv. gluhoj sobi (soba bez ikakvih zvukova iz okoline) u jednom trenutku počne da percipira zvuk u mozgu, odnosno čuje tinitus. Ovaj naš osnovni pozadinski zvuk uzrokovan samim radom unutrašnjeg uha je ujedno i objašnjenje za recimo zvuk koji čujemo kad stavimo morsku školjku na uho ili zvuk koji čuju ljudi u toku meditacije. Nakon rođenja mnogo više pažnje posvećujemo svim zvukovima iz okoline nego na pozadinsku buku. Tek kasni-

je dajemo ime stanju koje odgovara odsustvu vanjske buke: „tišina“. Međutim, ovo stanje nikako nije tišina za mozak. Tišina dolazi tek kad nastupi smrt. Čak i u odsustvu spoljašnje buke, unutrašnje uho nastavlja da emituje pozadinsku buku, "elektrofiziološke signale", koje sada tumačimo kao tišinu. Ovaj osnovni obrazac postaje simptom (tinitus) kad se počne percipirati odnosno čuti. To se najčešće dešava u toku ili nakon neke stresne situacije ili perioda u životu.

II. Tinitus uz oštećenje sluha

Iz gore navedenog jasno se vidi da su tri komponente potrebne za nastanak tinitusa iste one koje su potrebne i za sluh. Da bi se tinitus mogao ispravno razumjeti potrebno je imati ispravno znanje o sluhu.

Sluh je ustvari prihvatanje i obrada zvučnih signala. Zvučni signali bivaju prihvaćeni od strane ušne školjke i sprovedeni vanjskim slušnim kanalom do bubnjića. Vibracije zvučnih signala se preko bubnjića i malih slušnih kostiju (maleus, incus i stapes) prenose i pojačavaju za od 18 do 22 puta, u unutrašnje uho i to njegov dio zadužen za sluh, kohleu (pužnicu). Zvučni talasi visoke frekvencije najjače se prenose u dijelu pužnice koji je blizu stapesne ploče dok se zvučni talasi niskih frekvencija prenose u dio pužnice koji je bliže njenom vrhu (helikotremi). U pužnici se nalaze tri kanala ispunjena tečnošću. Skala timpani i skala vestibuli ispunjene su perilimfom i nalaze se oko kohlearnog kanala koji je ispunjen endolimfom. U kohlearnom kanalu se nalazi osjetni dio tj. slušni organ u užem smislu riječi (Kortijev organ) sa svojih oko 12000 vanjskih i oko 3000 unutrašnjih slušnih osjetnih stanica sa cilijama. One su uklopljene u potporne stanice koje leže na bazilarnoj membrani. Unutrašnje stanice sa cilijama odgovorne su za stvarni proces sluha, dok vanjske imaju funkciju modeliranja zvuka. Vanjske slušne stanice mogu povećati otklon bazilarne membrane u slučaju vrlo slabih zvučnih podražaja ili oslabiti otklon u slučaju vrlo jakih podražaja. Iznad samih dlačica nalazi se tektorijska membrana. Pomjeranje perilimfe uzrokovano prenosom zvučnih talasa preko stapesne ploče, na mjestu rezonancije uzrokuje najveći otklon bazilarne membrane te same dlačice slušnih stanica mijenjaju svoju poziciju u lijevo ili desno usljed smanjenja razdaljine između samih stanica i tektorijske membrane u koju su vrhovi dlačica uronjeni. Pomjeranjem dlačica dolazi do otvaranja jonskih kanala, što uzrokuje promjenu polariteta stanične membrane. Zbog promjene polariteta stanične membrane, u području baze stanice, gdje se nalazi si-

naptička pukotina, između stanice i početka kohlearnog živca, dolazi do ispuštanja neurotransmitera i depolarizacije u kohlearnom živcu. Od ovog mjesta mehanički val zvuka prelazi u elektrofiziološki impuls i putuje kroz CNS velikom brzinom. Ovaj signal se kroz moždano stablo prenosi do mozga gdje se zvuk percipira i dobija svoje značenje onakvo kakvim ga mi spoznajemo.

Ovaj i drugi, regulatorni, procesi slušne obrade su aktivni i vrlo individualni procesi. Na ove procese uticaj imaju signali iz velikog mozga, ali i iz vegetativnog i limbičkog sistema. Potonji su odgovorni za emocionalni svijet. Na taj način, usljed uticaja vegetativnog i limbičkog sistema na slušni sistem, vanjski svijet koji u nas unosi objektivno mjerljive zvučne impulse postaje izrazito individualna stvarnost.

Dva slušna puta (lijevi i desni) su usko povezana jedan s drugim kao i sa mnogim drugim centrima, uključujući limbički sistem, koji emocionalno procjenjuje informacije koje dolaze spolja. U centralnoj slušnoj percepciji dolaze do izražaja brojni potporni, ali i inhibirajući uticaji, tako da se slušni nervni impulsi percipiraju različito u zavisnosti od nivoa pažnje i raspoloženja.

Srećom, ne prodire sve što uho „uhvati“ u našu svjesnu percepciju. Od 100% buke i tonova koji dopiru do unutrašnjeg uha, samo oko 20% se zapravo percipira svjesno u slušnim centrima u velikom mozgu. Ostalih 80% se filtrira na putu od pužnice do svijesti. To, međutim, ne znači da ova akustična informacija na putu od pužnice do svjesne percepcije ne može pokrenuti osjećaje i reakcije – podsvjesno. Koliko je sad naučno spoznato, postoji nekoliko nivoa "slušnih filtera" u ljudskom slušnom sistemu. Slušni filteri su funkcionalni sistemi koji potiskuju i ometaju poznate ili nepotrebne zvukove prije nego što budu percipirani. Biološki, to su prirodne nervne veze, sinapse (prekapćanje dva živca) označene kao jezgra unutar nauke o CNSu (kohlearno jezgro, olivarni kompleks, kolikulus inferior, korpus genikulatum i sl.). Tamo se odlučuje da li se impuls prenosi ili inhibira.

Kad god novi, nepoznati zvuk dopre do uha, mozak obično prvo pita da li poznaje zvuk ili ne. Svi nepoznati zvuci se stavljaju na ponovno ispitivanje dok zvuk ne postane poznat odnosno dok se ne sazna informacija koju taj zvuk donosi.

Tokom ljudske evolucije bilo je neophodno odmah i uz visoku pripravnost odgovoriti na zvukove koji se pojavljuju u prirodi. Prehistorijskim ljudima, koji su sjedili oko logorske vatre, bilo je od vitalnog značaja za

njihov opstanak da osluškuju zvuke iz okoline, te da po potrebi skoče, napadnu ili pobjegnu. Opuštanje je moglo nastupiti samo ako se može identificirati poznati i neprijeteći zvuk.

Sljedeći red filtera provjerava da li je ono što čujem ugodno ili neugodno. Po pravilu, svjesni mozak se više bavi neugodnim, što ima i biološki smisao. Sve što se čini da nije u redu treba mijenjati iz evolucijskih razloga.

Treći nivo filtera bavi se pitanjem može li se ili ne može promijeniti ono što stvara buku. U pravilu stvari koje ne možemo promijeniti bivaju pokretačka snaga koja stvara zvuk (tinitus) u našoj percepciji.

Nepoznati, neprijatni i naizgled nepromjenjivi zvuci imaju – neovisno o glasnoći - znatno veće šanse da budu primjećeni od poznatih, ugodnih zvukova, koji se mogu mijenjati. Tako možemo da ne čujemo otkucavanje sata, dok otkucavanje sata na bombi ostaje u glavi, čak i ako su oba zvuka podjednako glasna. Strah i uplašenost čini da čak i tihi zvukovi izgledaju glasno. Ovo je također jedan od razloga zašto ljudi s velikom anksioznošću ili anksioznim poremećajem mnogo jače percipiraju tinitus. Ne jačina, već značenje onoga što čujemo određuje reakciju.

Iz organskih razloga, zujanje u ušima ne može se odrediti glasnije od 15 dB iznad praga sluha. Ipak, sve dok tinitus ostaje nepoznat i neshvaćen, ili je procijenjen negativno a pacijent se osjeća očajno, bespomoćno i nemoćno, bivaju ispunjeni svi uslovi da pacijent strašno pati zbog tinitusa. Na ovaj način, uprkos niskoj glasnoći neki zvuci poput tinitusa aktivno privlače pažnju. Zato je važno, tinitus aktivno izbaciti iz područja nepoznatog i neshvaćenog.

Tinitus kao značajan kanalspecifični simptom

Svaka slušna stanica u unutrašnjem uhu (kortijevom organu) ima stanicu u moždanoj kori (neuron) sa kojom direktno komunicira preko „svog kanala“ u slušnom putu. Ako se radi o poremećaju bilo gdje u slušnom sistemu, na primjer gubitak sluha ili je slušni sistem preopterećen, takav se poremećaj mora percipirati u mozgu. Tada mozak reaguje zujanjem u ušima. To znači da tinitus nije ni dobar ni loš sam po sebi, već normalan odgovor na promjenu u slušnom sistemu. Konkretno, to znači da ako osoba doživi oštećenje sluha, mozak, tačnije akustični centar, primjećuje da postoji razlika u odnosu na osnovnu percepciju. Ova razlika se akustički osjeti u izgubljenom

frekvencijskom opsegu tj. do mozga ne dolaze osnovne informacije iz Kortijevog organa tačno sa mjesta odnosno za frekvencije koje u osnovnom obrascu prenose oštećene slušne stanice. Stoga kvalitet tinitusa u njegovom frekvencijskom opsegu gotovo uvijek odgovara onom frekvencijskom opsegu oslabljenog sluha. Budući da je to slušni osjećaj, a ne objektivan zvuk, tinitus obično ne može biti glasniji od 1-15 decibela.

U slučaju akutnog gubitka sluha, poboljšanje je često moguće. U slučaju dugotrajnog oštećenja sluha, ima smisla nadoknaditi oštećenje sluha slušnim pomagalom. Ako oštećenje sluha potraje, mozak pokušava pokrenuti unutrašnje uho (upućujući eferentno impulse ka slušnim stanicama sa cilijama u Kortijevom organu) kako bi obnovio/ponovo čuo one frekvencije za koje više ne prima signale iz pužnice. Taj signal se percipira kao zvuk (tinitus). Međutim, kako unutrašnje uho ne može udovoljiti ovoj želji u slučaju trajnog oštećenja sluha, mozak to i dalje registruje – i to sada s povećanom pažnjom. Tada se može uspostaviti redoviti ciklus tj. stalna komunikacija u kojoj se percepcija tinitusa može iznova i iznova povećavati.

Terapijski pristup

Zabluda o tinitusu

Postoji široko rasprostranjena pretpostavka/zabluda da je tinitus uvijek povezan s poremećajem cirkulacije (4). U akutnoj fazi bolesti (tinitusa) obično se raspravlja i provodi liječenje koje poboljšava cirkulaciju. Svaka kasnija promjena tinitusa, njegovo pogoršanje, se naknadno tumači kao pogoršanje već postojećeg poremećaja cirkulacije. Bez obzira da li se radi o biljnim supstancama, suplementima prehrani ili primjenama kinezoterapije, sve ove metode i lijekovi za poboljšanje cirkulacije imaju za cilj oporavak struktura unutrašnjeg uha koje su najčešće već nepovratno ožiljno promijenjene i koje u hroničnom stadiju bolesti (tinitusa), su odavno prestali biti suštinski povezani sa tinitusom. Ovakvu interpretaciju nerijetko šire farmaceutske kompanije koje proizvode lijekove koji poboljšavaju cirkulaciju, jer njihov profit uveliko ovisi o uvjerenju pacijenata da je poremećaj cirkulacije uzrok tinitusa.

Do sada nije odobren adekvatan lijek koji bi se mogao uspješno koristiti u terapiji subjektivnog hroničnog tinitusa. Najčešće se u praksi medikamentozno liječenje tinitusa i komorbiditeta pokušava kortikosteroidima,

betahistinom, diureticima, antidepresivima, preparatima Ginko bilobe, glutamat antagonistima...(5).

Pomoć kod akutnog tinitusa

Tinitus koji se pojavio prvi put sa akutnim gubitkom sluha mora biti razjašnjen od strane ORL specijaliste. U najjednostavnijem slučaju, radi se o ceruminoznom čepu koji se može ukloniti irigacijom, aspiracijom ili adekvatnim instrumentom. Međutim, ako je zujanje u ušima praćeno iznenadnim gubitkom sluha obično se preporučuje terapija kortikosteroidima (npr. Prednizolon) intravenski, peroralno ili transtimpanično, a ponekad terapija vazodilatatorima i hiperbarična terapija kiseonikom.

Pomoć kod dugotrajnog, hroničnog tinitusa

Dovoljne i razumljive informacije o tinitusu su osnova za suočavanje sa bukom u ušima, a te informacije možemo dobiti od otorinolaringologa/audiologa. Za pomoć kod hroničnog tinitusa u svijetu se primjenjuju razne i mnogobrojne rehabilitaciono - terapijske metode. Neke od njih ćemo pobrojati i kratko pojasniti.

Organizacije za samopomoć

Udruženja za samopomoć pružaju dodatne savjete i podršku osobama sa tinitusom. Njihova glavna svrha je da djeluju kao mjesto gdje pojedini članovi mogu razmjenjivati informacije. Jedna metaanaliza sugerira da intervencije u sklopu Udruženja samopomoći mogu biti efikasne u smanjenju patnje usljed tinitusa (6).

Tinnitus-Retraining-Therapy

Cilj Tinnitus-Retraining-Therapy (TRT) je da se promjenom životnih navika postigne da se šum u uhu više ne percipira kao problem odnosno eliminiše zujanje u ušima gašenjem funkcionalnih veza između slušnog i limbičkog i autonomnog nervnog sistema. TRT se sastoji od savjetovanja i zvučne terapije. Savjetovanje je zasnovano na neurofiziološkom modelu tinitusa (objašnjeno ranije u tekstu) i glavni cilj savjetovanja je da se tinitus stavi u kategoriju neutralnih podražaja. Terapija zvukom (sa ili bez aparata) ima za cilj smanjenje snage neuronske aktivnosti povezane sa tinitusom odnosno da smanji jačinu signala tinitusa. U ovu svrhu se često koriste pomagala, slična slušnim aparatima tzv. Noiser, koja proizvode kontinuirani, širokopojasni "Bijeli" šum koji maskira tinitus tako da se tinitus prestane percipirati. Ova pomagala mogu pomoći samo osobama koje imaju normalan prag sluha a pate zbog

tinitusa. Bilo koja vrsta tinitusa, objektivni i subjektivni tinitus, mogu se uspješno liječiti TRT-om, bez obzira na etiologiju. Postoji veliki broj publikacija na Medline-u (više od 100) na temu TRT koje ukazuju na to da TRT nudi značajnu pomoć za oko 80% pacijenata. U zadnjih 25 godina efikasnost TRT-a je značajno porasla, uz skraćivanje prosječnog vremena do jasnog poboljšanja sa 1 godine na 1 mjesec (7, 8).

Percipirati tinitus kao nešto pozitivno

Pošto se tinitus najčešće javlja nakon ili u toku stresa ili preopterećenja, savjetuje se pacijentima da pokušaju tinitus da doživljavaju kao "prijatelja" koji im želi dobro jer im on u stvari svojim javljanjem u percepciji govori da su u stresu ili da su preopterećeni. Ustvari, "prijatelj" tinitus javlja da je vrijeme napraviti pauzu od posla i uraditi nešto korisno za vlastito zdravlje. Da bi se ovako nešto postiglo potrebno je dovoljno dobro upoznati tinitus. Potrebno je takođe pronaći šta nam najbolje pomaže a što bismo mogli uraditi u ovim pauzama da nam se percepcija tinitusa smanji. Neke od vježbi koje se preporučuju su: slušanje običnih zvukova iz okoline (vjetar, cvrkut ptica, zvuk vlastitih koraka...), slušanje muzike, različite terapijsko - rehabilitacione procedure opuštanja (progresivna terapija mišićnog opuštanja po Jakobsonu ili opuštanje uz muziku,...).

Fizioterapija vratne kičme

Kada se pokaže da na promjenu percepcije tinitusa utiču pokreti glave ili vrata, neki smatraju da manuelna masaža ili fizioterapeutski tretman mišića vratne kičme ima smisla. U velikom broju rehabilitacionih centara koji se bave ovim problemom, ova vrsta terapije se koristi kao suportivna terapija (9, 10).

Terapija disfunkcije temporomandibularnog zgloba (TMD)

Kad god postoji patologija TM zgloba, posebno kada dovodi do uočljive modulacije tinitusa, preporučuje se funkcionalna terapija TM zgloba. Literatura otkriva različite efekte različitih stomatoloških mjera na tinitus, s dokaznim nivoom Ib kad god je tinitus povezan s temporomandibularnom disfunkcijom (11).

Kognitivno bihevioralna terapija (KBT)

Kognitivno bihevioralna terapija (KBT) se pokazala efikasnom u vezi s tinitusom i poboljšanjem kvaliteta života u brojnim kontrolisanim studijama (12, 13, 14). KBT ima za cilj smanjenje obraćanja pažnje na tinitus, ponovnu

procjenu uticaja tinitusa i njegovih posljedica na kvalitet života (smanjenje anksioznosti) i poboljšano suočavanje sa bolešću (npr. povećanje povjerenja u vlastitu sposobnost). Jedna Cochrane metaanaliza (15) u kojoj je procijenjeno pet randomiziranih kontrolnih studija, utvrdila je značajnu razliku u odnosu na kontrolne grupe (SMD 0,64; 95% interval pouzdanosti 0,29–1,00; I² = 0%). Ova terapija se izvodi najčešće pod kontrolom psihologa.

Kohlearni implantati (CI)

Kontrolisane studije o CI za terapiju samo za tinitus bez slabočujnosti nisu nam bile dostupne, vjerovatno nisu ni rađene. Veliki gubitak sluha ili gluhoća mogu da predstavljaju indikaciju za CI. Kad slabočujni pacijenti imaju i tinitus, retrospektivna analiza pokazala je značajno poboljšanje stanja i po pitanju tinitusa nakon ugradnje CI. (16, 17).

Pasivna muzička terapija

Za takozvanu muzikoterapiju fokusiranu na tinitus, u kojoj je muzika modifikovana u odnosu na frekvenciju tinitusa do sada dostupni rezultati nisu dovoljni za preporuku liječenja.

Aktivna muzička terapija

Aktivna muzička terapija se provodi pod vodstvom muzičkih terapeuta. Ovo je standardizirana terapija koja se sastoji od devet sesija od 50 minuta u pet uzastopnih dana. Prve konkretne dokaze o učinkovitosti ove terapije smo našli u studiji Argstatter H. i suradnici, 2014, i ovo možemo smatrati umjereno validiranim terapijskim programom (18).

Hiperbarična terapija kiseonikom

Učinkovitost liječenja kroničnog tinitusa hiperbaričnom terapijom kiseonikom nije dokazana (19).

Akupunktura

Studije koje pokazuju efikasnost akupunkture nisu dovoljne za donošenje konačnih zaključaka i preporuku. (20).

Diskusija

Efikasna simptomatska terapija lijekovima za tinitus još uvijek nije dostupna. Komorbiditete bi trebalo prikladno liječiti.

Osobama sa oštećenim sluhom i tinitusom može se preporučiti slušno pomagalo ili ugradnja CI kada je to indicirano.

Za neke terapijske mjere i postupke kao što su fizioterapija vratne kičme, terapija disfunkcije temporomandibularnog zgloba, hiperbarična terapija kiseonikom, akupunktura i specifični oblici akustične stimulacije (noiser/masker, retraining therapy, terapija muzikom) dostupni dokazi iz literature su još uvek nedovoljni za njihovu preporuku.

Validirana strukturirana kognitivno bihevioralna terapija (KBT) specifična za tinitus (individualna ili grupna) je dokazana terapijska opcija uz savjetovanje kod ljekara specijaliste. Kvalitet života i depresija kao posljedice tinitusa, kognitivno bihevioralnom terapijom se veoma efikasano tretira i ovakvo liječenje može biti preporučeno. U sklopu pripreme za KBT pacijent prethodno mora obaviti savjetovanje sa ljekarom specijalistom. Pacijenta treba informisati da se pomoću KBT postepeno navikava na tinitus.

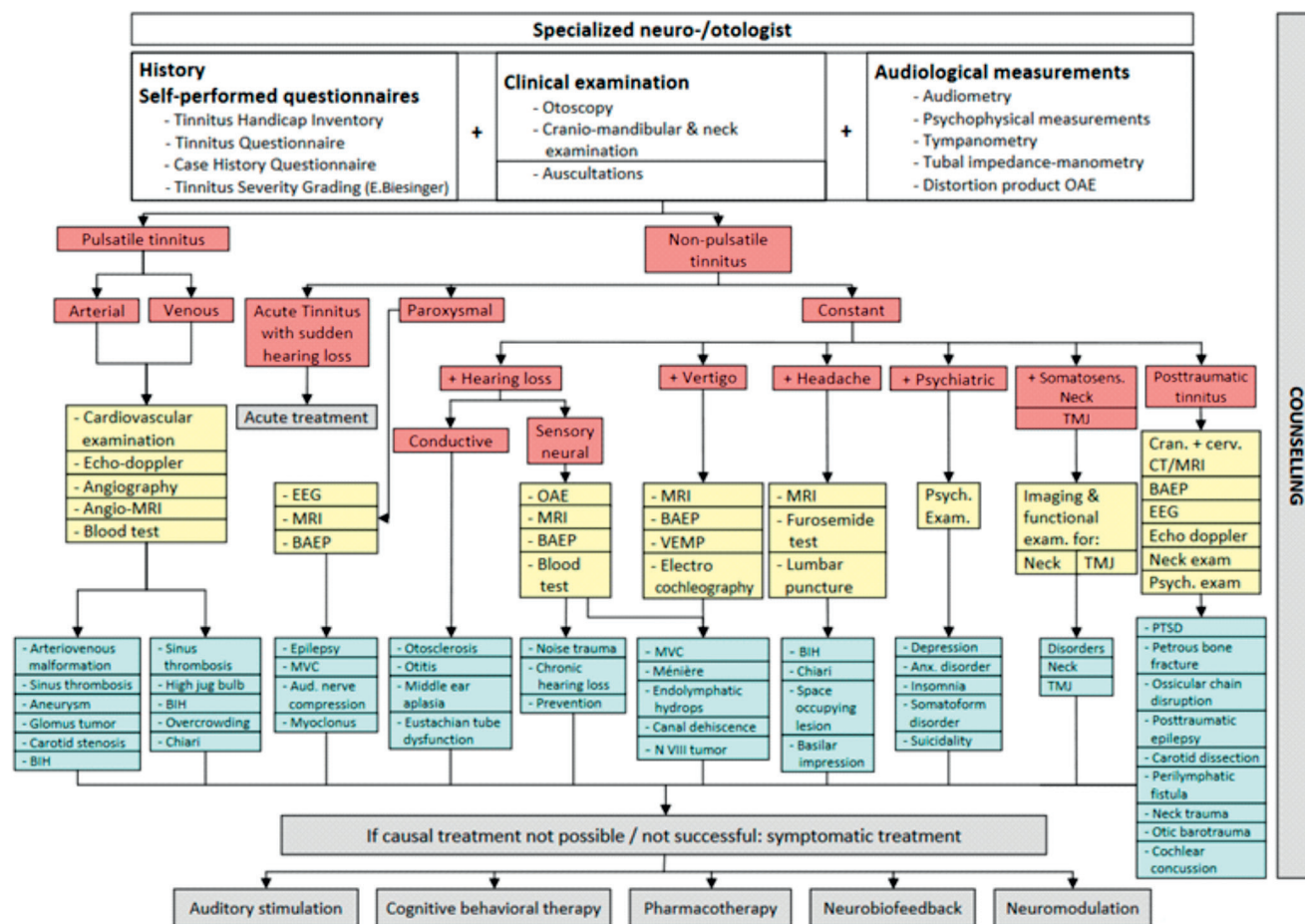
Kao osnova za razuman i na dokazima zasnovan pristup za dijagnostiku i liječenje tinitusa u kliničkoj praksi, može se preporučiti algoritam prikazan na slici 1 dostupan za besplatno preuzimanje kao interaktivni PDF dokument, ali široko prihvaćen dijagnostički i terapijski protokol za tinitus još nije razvijen. (21).

Zaključak:

Zadnjih godina se znanje o patofiziologiji tinitusa znatno unaprijedilo, što je u mnogome dovelo do promjene u pristupu liječenja tinitusa. Iako ne postoji simptomatska medikamentozna terapija za subjektivni tinitus, dokazane su i razvijene određene metode liječenja, pomoći i samopomoći za pacijente koji pate zbog tinitusa. Osnovno je prije početka bilo koje od preporučenih terapijskih metoda da se kroz adekvatnu edukaciju pacijentov nivo znanja o tinitusu podigne na znatno viši nivo, nakon čega se može pristupiti određenom modalitetu dostupnog liječenja.

Sa pacijentima kojima je zbog posljedica tinitusa značajno smanjen kvalitet života treba pažljivo razgovarati kako bi izbjegli pogoršanje simptoma, nerealna očekivanja i troškove za ponekad skupe nedokazane terapije i tretmane.

Iako je postignut veliki napredak, tinitus i dalje ostaje naučna i klinička enigma.



Slika 1: Algoritam za dijagnostiku i liječenje tinitusa (<https://tinnitusresearch.net/index.php/for-clinicians/diagnostic-flowchart>)

Reference:

- Galazyuk AV, Wenstrup JJ, Hamid MA. Tinnitus and underlying brain mechanisms. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012;20(5):409-415.
- Baguley D, McFerran D, Hall D. Tinnitus. *Lancet.* 2013; 382:1600-7.
- Hofmann E, Behr R, Neumann-Haefelin T, Schwager K. Pulsatile tinnitus: imaging and differential diagnosis. *Dtsch Arztebl Int.* 2013;110:451-8.
- Wegner I, Hall DA, Smit AL, McFerran D, Stegeman I. Betahistine for tinnitus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;12(12):CD013093.
- Zenner HP, Delb W, Kröner-Herwig B, Jäger B, Peroz I, Hesse G, Mazurek B, Goebel G, Gerloff C, Trollmann R, Biesinger E, Seidler H, Langguth B. A multidisciplinary systematic review of the treatment for chronic idiopathic tinnitus. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2017 May; 274:2079-2091.
- A Systematic Review and Meta-Analysis on the Efficacy of Self-Help Interventions in Tinnitus. *Cognitive Behaviour Therapy* 2013 42(2):159-69.
- Jastreboff PJ. 25 years of tinnitus retraining therapy. *HNO.* 2015;63(4):307-11.
- Jastreboff PJ, Jastreboff MM. Tinnitus retraining therapy: a different view on tinnitus. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec.* 2006;68(1):23-9; discussion 29-30.
- Biesinger E, Reissbauer A, Mazurek B. The role of the cervical spine and the craniomandibular system in the pathogenesis of tinnitus. *Somatosensory tinnitus.* HNO. 2008;56(7):673-7.
- Cherian K, Cherian N, Cook C, Kaltenbach JA. Improving tinnitus with mechanical treatment of the cervical spine and jaw. *J Am Acad Audiol.* 2013;24(7):544-55.

11. Bösel C, Mazurek B, Haupt H, Peroz I. Chronic tinnitus and craniomandibular disorders. Effectiveness of functional therapy on perceived tinnitus distress. *HNO*. 2008;56(7):707-13
12. Andersson G, Porsaeus D, Wiklund M, Kaldo V, Larsen HC. Treatment of tinnitus in the elderly: a controlled trial of cognitive behavior therapy. *Int J Audiol*. 2005;44(11):671-5.
13. Cima RF, Andersson G, Schmidt CJ, Henry JA. Cognitive-behavioral treatments for tinnitus: a review of the literature. *J Am Acad Audiol*. 2014;25(1):29-61.
14. Kaldo V, Cars S, Rahnert M, Larsen HC, Andersson G. Use of a self-help book with weekly therapist contact to reduce tinnitus distress: a randomized controlled trial. *J Psychosom Res*. 2007;63(2):195-202.
15. Martinez-Devesa P, Perera R, Theodoulou M, Waddell A. Cognitive behavioural therapy for tinnitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(9):CD005233.
16. Amoodi HA, Mick PT, Shipp DB, Friesen LM, Nedzelski JM, Chen JM, Lin VY. The effects of unilateral cochlear implantation on the tinnitus handicap inventory and the influence on quality of life. *Laryngoscope*. 2011;121(7):1536-40.
17. Bovo R, Ciorba A, Martini A. Tinnitus and cochlear implants. *Auris Nasus Larynx*. 2011;38(1):14-20.
18. Argstatter H, Grapp M, Hutter E, Plinkert PK, Bølay HV. The effectiveness of neuro-music therapy according to the Heidelberg model compared to a single session of educational counseling as treatment for tinnitus: a controlled trial. *J Psychosom Res*. 2015;78(3):285-92.
19. Bennett MH, Kertesz T, Perleth M, Yeung P, Lehm JP. Hyperbaric oxygen for idiopathic sudden sensorineural hearing loss and tinnitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10:CD004739.
20. Kim JI, Choi JY, Lee DH, Choi TY, Lee MS, Ernst E. Acupuncture for the treatment of tinnitus: a systematic review of randomized clinical trials. *BMC Complement Altern Med*. 2012;12:97.
21. Hall DA, Láinez MJ, Newman CW, et al. Treatment options for subjective tinnitus: self reports from a sample of general practitioners and ENT physicians within Europe and the USA. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:302.

Stručni članak

PREDNOSTI RADIOTALASNE HIRURGIJE U TRETMANU SEBOROIČNE KERATOZE

Tretman seboroične keratoze

Anis Alagić

Sažetak

Seboroična keratoza pored benignog i estetski naruženog izgleda, iritira zapinjanjem za odjeću povremeno jako svrbi, te može dovesti do krvarenja i upale. U tim slučajevima dijagnostika je još teža, te je potrebno obavezno uraditi biopsiju. U nekim slučajevima mogu izgledati kao melanom ili skvamocelularni karcinom i vrlo je lako napraviti propust. Radiohirurgija sa upotrebom visokofrekventne izmjenične struje ima mnoge prednosti u odnosu na klasičnu hirušku eksciziju. Biopsijski uzorak se može uzeti radiofrekventnim nožem u obliku omče, u vidu totalne ekscizije ili nježnog skulpturisanja tkiva sa nastankom neprimjetnog ožiljka i izvanrednim estetskim rezultatom na koži.

Ključne riječi: seboroična keratoza, radiofrekvencija

Autor za korespondenciju:

Anis Alagić

Odsjek za plastičnu i rekonstruktivnu hirurgiju

Kantonalna bolnica "prim.dr. Irfan Ljubijankić" Bihać

Ulica Darivalaca krvi bb 77000 Bihać,

Bosna i Hercegovina

Tel.: +387 37 318 856

E-mail: alagicanis@yahoo.com

Odsjek za plastičnu i rekonstruktivnu hirurgiju, Kantonalna bolnica "prim.dr. Irfan Ljubijankić" Bihać, Bihać, Bosna i Hercegovina

Uvod

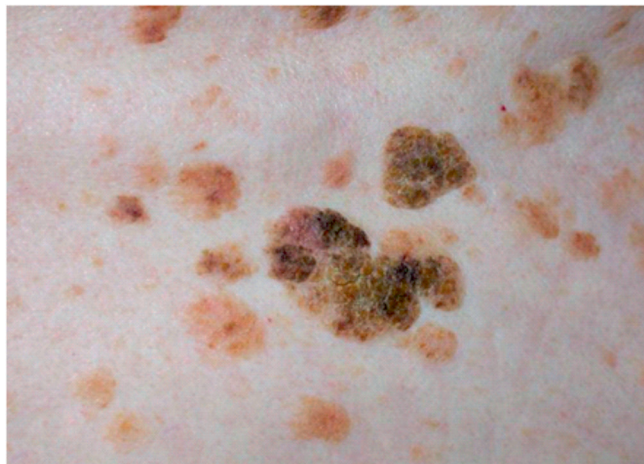
Seboroične keratoze (SK) su mrljasto ili ljuspavo zadebljanje iznad kože. Zbog neobičnog i ružnog izgleda od okolne kože mogu izazivati zabrinutost. Na sreću prave keratoze su benigne i mogu se lako ukloniti, obično iz estetskih razloga (1). Kliničar mora jasno dijagnosticirati SK prije odabira načina uklanjanja. U slučaju sumnjivih lezija neophodno je uraditi biopsiju da bi bili sigurni da se ne radi o malignome procesu (2).

Epidemiologija

SK je podjednako zastupljenja među muškarcima i ženama. SK su osobito česte kod starijih osoba pa možemo reći da se pojavljuju sa starenjem, a tek oko 1/4 mladih u dobi od 15 do 30 godina ih ima. Vrhunac pojave SK se dostiže u 60 toj godini. Otprilike oko 20-25% Amerikanaca ima seboroične keratoze. SK se može pojaviti na svim djelovima kože, ali ipak rjetko na genitalijama, dlanovima i tabanima. SK je češća u bijelac, a u obliku dermatosa papulomatoza nigra susrećemo u 10% populacije Afričkog i Azijskog porijekla (2-4).



Slika 1. Dermatosis papulomatosus nigra



Slika 2. Seboroične keratoze

Etiologija

SK se smatra jednom od znakova starenja kože i općenito hronične izloženosti ultravioletnom (UV) zračenju (5). Prekomjerna ekspresija amiloidnog predkursora proteina je veća na mjestima oštećenja kože od UV zraka pa se smatra da to može potaknuti nastanak SK. Virusna hipoteza sugerira uključenost HPV, ali bez jasnih dokaza (6,7). Nedavna istraživanja identificirala su genetske mutacije i to gen FGFR3 koji je nađen u oko 85% slučajeva SK i drugi gen PIK3CA koji ima onkogeno svojstva i nalazi se kod malignog tumora debelog crijeva, dojke i mokraćnog mjehura (8-11). Postoje opisani slučajevi pojave multiplih keratoza na ozračenom području naročito nakon karcinoma dojke (12).

Dijagnostika

Tipična seboroična keratoza je blago podignuta i ima "zaljepljen" izgled. Rubovi su jasni i dobro definirani. Boja je različita od okolne kože ali može biti crna, tamno - smeđa, siva, žuta, bijela ili boje kože. Ponekad čak i iskusnom ljekaru ih je teško definirati. Dermatoskopija navodno pokazuje 4 puta veću tačnost od pregleda golim okom (12-14). U diferencijalnoj dijagnozi moramo uzeti u obzir bazaliom, verukozni melanom, ektramamarnu Pagetovu bolest, acathosis nigricans itd.

Ako postoji i najmanja sumnja potrebno je napraviti biopsiju. Dermatoskopija je poželjna neinvazivna dijagnostička metoda posebno za razlikovanje pigmentnih SK od drugih pigmentnih tumora kao što je nevus ili melanom. Pojava iznenada većeg broja svrbežnih SK su poznati kao Leser - Trelat-ov sindrom koji predstavlja paraneoplastično stanje kod osoba sa karcinomom u gastrointestinalnom traktu, karcinomom pluća, plazmocitomom (14,15).

Pseudo Leser - Trelatov sindrom se vidi u pacijenata na kemoterapiji zbog malignoma pri čemu dolazi do peckanja i svrbeži već postojanja seboroičnih bradavica.

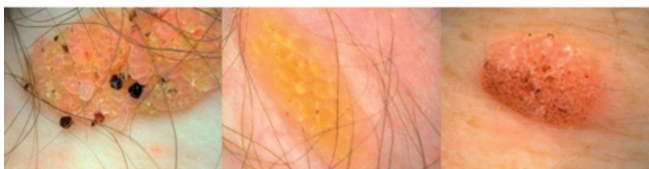
Analizom autofluorescencije pomoću kamere pametnog telefona se mogu razlikovati SK od melanoma i karcinoma bazalnih ćelija.

Ako dođe do pogrešne dijagnoze, kašnjenja u liječenju ili neispravnog tretmana to može značiti razliku između života i smrti. Npr. pacijent koji ima hidroakantom simpleks može biti pogrešno dijagnosticiran kao seboroična keratoza i tretiran kriterapijom (tečni azot) a to može izazvati potencionalno smrtonosni porokarcinom.

Na histološkoj razini razlikujemo nekoliko podtipova: hiperkeratotični tip, akantotični tip, retikularni/adeno- idni tip, klonalni tip, iritantni tip, melanoakantom i verukozni SK (1-4).



Slika 4. Hiperkeratotični tip seboroične keratoze



Slika 5. Klonalni tip seboroične keratoze



Slika 6. Melanoakantoma



Slika 7. Retikularni tip seboroične keratoze

Metode

Za tretman i otklanjanje SK primjenjuju se mnoge opcije liječenja:

1. Piling sa salicilnom ili mliječnom kiselinom - prvo se lezija natopi zatim grubim rukavicama sastruže;
2. Krioterapija (tečni azot) - zamrzavanje stanica SK na temperaturi od -20°C do -30°C tako da dehidriraju i oljušte se;
3. Shave biopsija - za sve nejasne i nesigurne lezije kod kojih je potrebna patohistološka verifikacija;
4. Laser (CO_2 i erbij - YAG) - pokazuju dobru uspješnost ali je često potrebno više od jednog tretmana unutar 30 dana;
5. 40% vodikov peroksid - moćni izbjeljivač sa uspješnosti od 65%;
6. Kombinacija trikloroctene kiseline i mravlje kiseline - nanosi se olovkom na SK pokazuje uspješnost u 97 % lezija;
7. Krema kalijev dobessil koji inhibira aktivnost FGFR3 i zaustavlja rast SK;
8. Radiofrekventna hirurgija (RF) - poznata kao radiofrekvecija ili hirurgija radiovalovima, temelji se na rezanju tkiva pomoću visokofrekventne izmjenične struje (4-10). Ovaj hirurški postupak veoma se razlikuje od tradicionalne elektrohirurgije i drugih vrsta elektrokauterizacije pošto može simultano rezati i koagulirati tkivo bez upotrebe ikakvog fizičkog pritiska. Osnova radiofrekvencije je upotreba viskofrekventnih radiovalova od 4,0 MHz kako bi se stvorila niska temperatura kroz radiofrekventne elektrode od mikrovlakana. Razlika između ove metode i elektrokirurgije je u tome da tkivo služi kao otpor umjesto elektroda. Lokalna anestezija se ubrizgava veoma tankom iglom ispod same izrasline. Odmah nakon tretmana na mjestu izrasline pojavljuje se rana na koži koja ne krvari, iste veličine kao i uklonjena izraslina. Potom se formira krasta, a nakon 7-10 dana i svježi sloj kože koji se kroz vrijeme ponovno bojom stopi sa okolnom kožom. Dubina prodiranja energije radiotalasa iznosi manje od 0,02 mm, što prouzrokuje manju traumu ćelija, minimalno lateralno oštećenje tkiva bez opekotina, brže zarastanje rana i formiranje manjih ožiljaka. Važno je napomenuti da radiotalasni aparat može svojim radom izazvati destabilizaciju aktivnosti srčanog pejsmejкера. Iz tog razloga je potrebno pasivnu elektrodu postaviti što dalje od pejsmejкера. Posle hirurške procedure obavezna je kontrola

rada pejsmejкера. Kad god je moguće u takvim situacijama treba primeniti bipolarnu metodu koagulacije.

Rezultati

Naši rezultati prije i poslije otklanjanja SK upotrebom RF hirurgije

DISKUSIJA

Radiotalasna hirurgija ima niz prednosti u odnosu na konvencionalnu hirurgiju kao što je simultana incizija i koagulacija. Nema zagrijavanja elektroda od mikrofibre zahvaljujući niskoj temperaturi koju stvara energija radiovalova (15,16). Umjesto toga, unutarstanična voda tkiva pruža otpor i nestaje bez potrebe za zagrijavanjem i oštećenjima kao u elektrokirurgiji. Takav tretman na našem tkivu rezultira hemostazom (zaustavljanjem krvarenja) bez da se tkivo dodatno ozljeđuje. Dodatno, nema opasnosti niti šoka koje izazivaju opekline. Nesumnjive prednosti su laka, brza i precizna incizija i ekscizije bez ikakvog pritiska sa koagulacijom i hemostazom, što omogućava čisto operativno polje i znatno brže zarastanje rane, bez ušivanja ili uz neznatno korišćenje šavnog materijala (ako je rana duboka) (17-22). Ove prednosti nekoliko puta skraćuju zbirno vreme trajanja intervencije – uz ekstremno rjetku pojavu postoperativnih infekcija (23-25).

Na primer, uklanjanje većih mladeža i sličnih promjena skalpelom i sa ušivanjem rane traje, u proseku, oko 20 minuta, a radiotalasima od tri do pet minuta, sa daleko bržim procesom zarastanja i bez primjetnog ožiljka. Radiotalasnom hirurgijom se obezbeđuje biopsijski uzorak bez oštećenja okolnog tkiva, koji je jednako upotrebljiv za PH (patohistološku) analizu (verifikaciju), kao i uzorak tkiva uzet klasičnom hirurškom ekscizijom. Ostale prednosti RF hirurgije su rad u blizini osetljivih anatomskih struktura i inficiranom tkivu, minimalno lateralno oštećenje tkiva, bolje i brže zarastanje rana, pouzdanost procedure (26-30).

Zaključak

Iz našeg iskustva u poređenju klasične hirurške ekscizije sa radiofrekventnim nožem dajemo jasnu prednost RF hirurgiji i to na osnovu:

1. jednostavnosti izvođenja uz skraćenje vremena operacije,
2. minimalno stvaranje ožiljnog tkiva,
3. manji postoperativni bol i otok i izvanredan estetski rezultat.

Kada je riječ o vremenu zarastanja rane nismo mogli uvidjeti prednosti, jer su rane zarastale odprilike isto.



Slika 8. Rezultati liječenja SK u Odsjeku za plastičnu i rekonstruktivnu hirurgiju, Kantonalne bolnice Bihać

Reference

1. Jackson JM, Alexis A, Berman B, Berson DS, Taylor S, Weiss JS. Current understanding of seborrheic keratosis: prevalence, etiology, clinical presentation, diagnosis, and management. *J Drugs Dermatol* 2015; 14(10):1119-25.
2. Del Rosso JQ. A closer look at seborrheic keratoses: patient perspectives, clinical relevance, medical necessity, and implications for management. *J Clin Aesthet Dermatol* 2017; 10(3):16-25.
3. Hafner C, Vogt T. Seborrheic keratosis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2008; 6(8):664-77.
4. Roberts WE. Skin type classification systems old and new. *Dermatol Clin* 2009; 27(4):529-33.
5. Squillace L, Cappello M, Longo C, Moscarella E, Alfano R, Argenziano G. Unusual dermoscopic patterns of seborrheic keratosis. *Dermatology* 2016; 232(2):198-202.
6. Neel VA, Todorova K, Wang J et al. Sustained Akt activity is required to maintain cell viability in seborrheic keratosis, a benign epithelial tumor. *J Invest Dermatol* 2016; 136(3):696-705.
7. Walter FM, Prevost AT, Vasconcelos J et al. Using the 7-point checklist as a diagnostic aid for pigmented skin lesions in general practice: a diagnostic validation study. *Br J Gen Pract* 2013; 63(610):345-53.
8. Eads TJ, Hood AF, Chuang TY, Faust HB, Farmer ER. The diagnostic yield of histologic examination of seborrheic keratoses. *Arch Dermatol* 1997; 133(11):1417-20.
9. Vestergaard ME, Macaskill P, Holt PE, Menzies SW. Dermoscopy compared with naked eye examination for the diagnosis of primary melanoma: a meta-analysis of studies performed in a clinical setting. *Br J Dermatol* 2008; 159(3):669-76.
10. Carrera C, Segura S, Aguilera P et al. Dermoscopic clues for diagnosing melanomas that resemble seborrheic keratosis. *JAMA Dermatol* 2017; 153(6):544-51.
11. Patel P, Khanna S, McLellan B, Krishnamurthy K. The need for improved dermoscopy training in residency: a survey of US dermatology residents and program directors. *Dermatol Pract Concept* 2017; 7(2):17-22.
12. Rogers T, Marino M, Dusza SW, Bajaj S, Marchetti MA, Marghoob A. Triage amalgamated dermoscopic algorithm (TADA) for skin cancer screening. *Dermatol Pract Concept* 2017; 7(2):39-46.
13. Sato Y, Fujimura T, Tamabuchi E, Haga T, Aiba S. Dermoscopy findings of hidroacanthoma simplex. *Case Rep Dermatol* 2014; 6(2):154-8.
14. Piccolo D, Di Marcantonio D, Crisman G et al. Unconventional use of intense pulsed light. *Biomed Res Int* 2014; 2014:618206.
15. Herron MD, Bowen AR, Krueger GG. Seborrheic keratoses: a study comparing the standard cryosurgery with topical calcipotriene, topical tazarotene, and topical imiquimod. *Int J Dermatol* 2004; 43(4):300-2.
16. Taylor SC. Advancing the understanding of seborrheic keratosis. *J Drugs Dermatol* 2017; 16(5):419-24.
17. ClinicalTrials.gov. A study of A-101 solution 40% in subjects with seborrheic keratosis. NCT02667236. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02667236>. Updated December 1, 2016. Accessed July 21, 2017.
18. ClinicalTrials.gov. A randomized, double-blind, vehicle-controlled study in subjects with seborrheic keratosis (SK). NCT02667275. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02667275>. Updated December 1, 2016. Accessed July 21, 2017.
19. ClinicalTrials.gov. An open-label safety study of A-101 solution. NCT02667288. <https://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02667288>. Updated December 1, 2016. Accessed August 14, 2017.
20. Cuevas P, Angulo J, Salguero I, Giménez-Gallego G. Clearance of seborrheic keratoses with topical dobesilate. *BMJ Case Rep* 2012.
21. Aktaş, H. Ergin C, Keseroğlu HÖ. Diclofenac gel may be a new treatment option for seborrheic keratosis. *Indian Dermatol Online J* 2016; 7(3):211-12.
22. Levy - Nissenbaum E, Thio HB, Burstein P, Thaçi D. Seborrheic keratosis removal in a multicentre phase I/II clinical trial using a novel topical formulation (BL-5010). *Br J Dermatol* 2015; 173:247-9.
23. Brodsky J. Management of benign skin lesions commonly affecting the face: actinic keratosis, seborrheic keratosis, and rosacea. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2009; 17(24):315-20.
24. Mitsuhashi Y, Kawaguchi M, Hozumi Y, Kondo S. Topical vitamin D3 is effective in treating senile warts possibly by inducing apoptosis. *J Dermatol* 2005; 32(6):420-23.
25. Major RH. History of medicine volumes I and II. Springfield: eld: Charles C. Thomas; 1954.
26. Stillings D. John Wesley: philosopher of electricity. *Med Instrum.* 1973; 7:307.
27. Cushing H, Bovie W. Electrosurgery as an aid to the removal of intracranial tumors. *Surg Gynecol Obstet* 1928; 47:751-84.
28. Feldman L, Fuchshuber P, Jones D. The SAGES Manual on the Fundamental Use of Surgical Energy (FUSE) Springer Science+Business Media, LLC 2012.
29. Massarweh N, Cosgriff N, Slakey P. Electrosurgery: History, Principles, and Current and Future Uses. *Surgery* 2006; 202(3):520-30.
30. Gallagher K, Dhinsa B, Miles J. Electrosurgery. *Surgery* 2010; 29(2):70-2.

Prikaz slučaja

RIJETKE BOLESTI U RANOM DJETINJSTVU (CAROLIJEVA BOLEST)

Carolijeva bolest

Elma Smajlović, Amila Mrkonja - Čaušević, Orhana Grahić - Mujčinović

Sažetak

Uvod Carolijeva bolest je rijetka kongenitalna malformacija intrahepatičnih žučnih vodova karakteristična po njihovoj dilataciji i ektaziji. Kada je asocirana sa hepatičnom fibrozom govorimo o Carolijevom sindromu. Nasljeđuje se autosomalno recesivno, sa mutacijom na genu PKHD1. Ista mutacija je odgovorna za autosomalno recesivnu formu policističnih bubrega (ARPKD) koji se često sreće udružen sa Carolijevom bolešću.

Prikaz slučaja Dojenče u dobi od pet i pol mjeseci hospitalizirano je na Odjelu pedijatrije zbog akutnog febrilnog enterokolitisa izazvanog Rotavirusom. U sklopu ultrazvučne dijagnostičke obrade postavi se sumnja na cistične tvorevine u jetri i difuznu leziju parenhima oba bubrega. Indicira se MRI abdomena u kojem se opiše da promjene na bubrezima odgovaraju najprije autosomno recesivno policističnoj bolesti bubrega uz asociranu Carolijevu bolest jetre. Dijete se uputi na dalje praćenje nefrologa i gastroenterologa, bez trenutne potrebe za terapijom, obzirom na očuvane parametre funkcija bubrega i jetre.

Zaključak Modernim slikovnim pretragama moguće je postaviti dijagnozu bez potrebe za invazivnom dijagnostikom. Bitnost ranijeg postavljanja dijagnoze je u prevenciji komplikacija bolesti, ranijeg prepoznavanja propadanja funkcije jetre i bubrega, sa mogućnošću odlaganja potrebe za transplantacijom organa.

Autor za korepodenciju:

Elma Smajlović

Odjel pedijatrije Kantonalna bolnica Zenica

Crkvice 67 72 000 Zenica

Bosna i Hercegovina

Tel: +387 32 447 351

E-mail: elmakap@hotmail.com

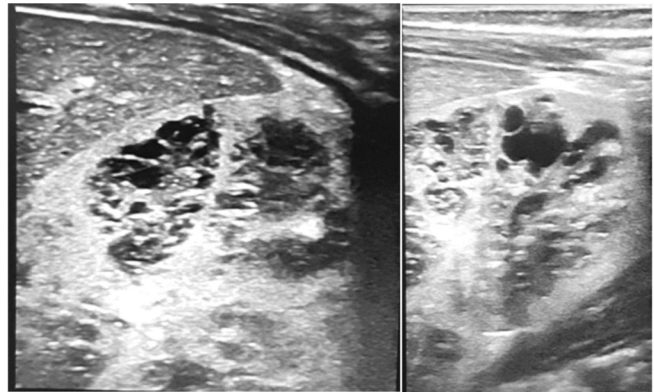
Uvod

Bolest je dobila naziv prema francuskom gastroenterologu Jacques Caroliju, koji je prvi 1958. opisao stanje dilatacije intrahepatičnih žučnih vodova (1). Smatra se rijetkom, kongenitalnom malformacijom intrahepatičnih žučnih vodova sa prevalencom 1/1000000 i većom učestalošću kod ženskog pola (2:1) (2). U literaturi se opisuju dvije forme bolesti, prva takozvana Carolijeva bolest ili čista forma, koju karakterišu izolirane segmentne ili sakularne dilatacije intrahepatičnih žučnih vodova i koja predstavlja samo 15% slučajeva, te druga forma - Carolijev sindrom, koja je asocirana sa kongenitalnom hepatičnom fibrozom (3). Carolijeva bolest može zahvatiti jedan jetreni režanj ili biti difuzna, a posljedica je zaustavljenog remodeliranja duktalne ploče u devetoj sedmici embrionalnog razvoja na nivou većih intrahepatičnih žučnih vodova (4). Nasljeđuje se autosomalno recesivno, sa mutacijama identificiranim na genu PKHD1 lociranom na hromosomu 6p12.3-6p12.2 (5). Aficirani gen kodira veliki protein- fibrocistin, čije mutacije izazivaju morfološke anomalije jetre i bubrega (6). Ista mutacija je odgovorna za autosomalno recesivnu formu policističnih bubrega koji se često sreće udružen sa Carolijevom bolešću. Iako je prisutna od rođenja, bolest najčešće ostaje asimptomatska osim u slučajevima razvijanja holangitisa, intrahepatičnih kalkulusa, holangiokarcinoma ili insuficijencije bubrega (7).

Prikaz slučaja

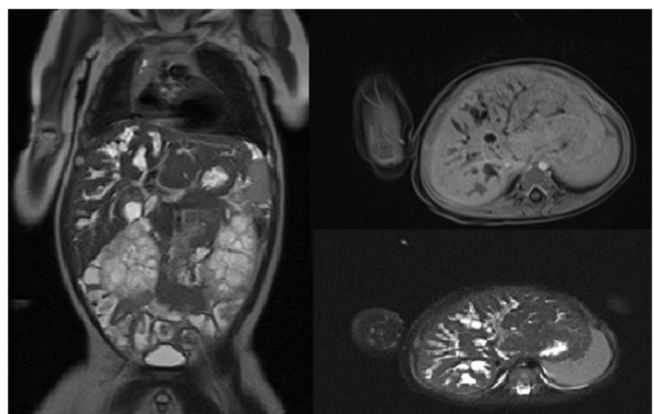
Muško dojenče u dobi od pet i pol mjeseci javlja se na Odjel pedijatrije šestog dana bolesti zbog povišene tjelesne temperature. U ličnoj anamnezi djeteta je iz druge trudnoće dovršene u 29NG hitnim carskim rezom zbog oligohidramniona. U novorođenačkoj dobi zbog kliničke slike RDS primilo dozu surfaktanta, ventilirano putem CPAP-a. Do dana prijema bez drugih zdravstvenih poteškoća. Fizikalnim pregledom dojenčeta, osim febrilnosti, notira se distendiran abdomen sa palpabilnom jetrom. U realiziranoj lab. obradi na našem odjelu: CRP 0.090 (>)g/L, Le 19x10⁹/L, parametri funkcije jetre i bubrega u fiziološkim granicama. Mikrobiološki izolovan Rota virus u stolici. Dojenče tretirano antibiotski i simptomatski do korekcije lab. nalaza i općeg stanja. Ultrasonografija abdomena verificira globalno uvećanu jetru (96mm; ref. 75+/-6mm), ehogenijeg parenhima uz dilatirane intrahepatične žučne vodove, djelimično cistično izmijenjene, do promjera 11mm. Žučna kesa

i ductus choledochus urednih eho karakteristika. Oba bubrega uvećana, nejasne diferencijacije parenhima i CEK-a, po tipu spužvastog bubrega.



Slika 1. Ultrazvučni nalaz bubrega – „spužvasti bubreg“ (Odjel pedijatrije, Kantonalna bolnica Zenica)

Indicira se MRI abdomena kojim se potvrdi prisustvo uvećane jetre bez promjena u parenhimu sa nepravilnom dilatacijom intrahepatičnih žučnih vodova širine do 11mm, sa blago proširenim ekstrahepatičnim žučnim vodovima i bez znakova holangitisa. Parenhim oba bubrega izmijenjen na račun sitnih cista prečnika do 2mm, i poremećaja odnosa korteksa i medule u korist medule. U zaključku navedeno da promjene na bubrezima odgovaraju najprije autosomno recesivno policističnoj bolesti bubrega uz asociranu Carolijevu bolest jetre. Dijete je upućeno nefrologu i gastroenterologu radi daljeg praćenja razvoja bolesti.



Slika 2. MRI pregled abdomena sa izrazito uvećanom jetrom i dilatacijom intrahepatičnih žučnih vodova (Odjel pedijatrije, Kantonalna bolnica Zenica)

Diskusija

Dijagnoza bolesti bazirana je na prikazu cističnih lezija u jetri povezanih u kontinuitetu sa bilijarnim stablom. Modernim slikovnim pretragama moguće je postaviti

dijagnozu bez potrebe za invazivnom dijagnostikom. Kod našeg pacijenta ultrazvučni sken je već asocirao na mogućnost postojanja dijagnoze, osobito zbog prisustva cističnih lezija na bubrezima, dok je magnetna rezonanca potvrdila dijagnozu. Na oku je kliničara/radiologa da posumnja da su cistične lezije u jetri ustvari dilatirani žučni vodovi, proširili dijagnostički slikovni sken i posumnja na dijagnozu. MRCP (magnetna holangiopankreatografija) je izdvojena kao dijagnostička metoda izbora za postavljanje dijagnoze (8,9).

Iako se u mnogim studijama navodi da je bolest rijetko dijagnostikovana u dječijoj dobi, sistematični review Južnoameričkih autora pokazao je da se bolest najčešće dijagnostikuje u dobnom rasponu od 0-40 godina, sa najvećim pikom u kategoriji 0-10 godina (32,9%), potom u kategoriji 20-30 godina (22,4%), (9). Objavljeni su slučajevi postavljanja dijagnoze prenatalno i u neonatalnoj dobi (10,11). Kliničke prezentacije bolesti u dječijoj dobi i adolescenciji se manifestuju sa žuticom, bolovima u stomaku, temperaturom asociranom sa bakterijskim holangitisom, hepatomegalijom, i hepatolitijazom (8).

Navedeni sistematični review Južnoameričkih autora pokazao je hepatomegaliju kao dominantnu prezentaciju kliničke slike u 44,7% slučajeva, potom je slijedila bol u gornjem desnom kvadrantu abdomena, zatim splenomegalija i žutica (9). Povišena tjelesna temperatura je bila prisutna u 42,4% slučajeva kao komplikacija prisutnog holangitisa. Kod našeg pacijenta jedina manifestacija bolesti je bila palpabilno uvećana jetra.

Trenutno ne postoji specifična terapija za Carolijevu bolest. Tretman bolesti se zasniva na suportivnoj njezi ovisno o simptomima, antibiotici u slučaju bakterijskog

holangitisa ili ursodeoxycholna kiselina za hepatolitijazu. Hirurška resekcija monolobarne bolesti je moguća, ali kod difuzne lezije jetre, kod Carolijevog sindroma, sa posljedičnim komplikacijama, tretman izbora je transplantacija jetre /-i bubrega (12).

Transplantacija jetre je opisana kao tretman izbora za djecu koja razviju komplikacije fibropolicistične bolesti jetre, sa preživljavanjem od 100% u studiji autora iz Južne Koreje (13). Indikacije za transplantaciju su bile rekurentni holangitisi, dekompenzirana ciroza jetre i refraktorne komplikacije portalne hipertenzije.

U dostupnoj literaturi opisani su i pojedini slučajevi benignog dugogodišnjeg toka bolesti (14,15).

Kod našeg pacijenta dijagnoza se postavila u ranoj dojenačkoj dobi sa još uvijek očuvanim funkcijama jetre i bubrega. Time smo dobili na vremenu da kontinuiranim monitoringom pratimo izmjene u funkciji organa i suportivnim tretmanom odgodimo razvoj komplikacija bolesti.

Zaključak

Carolijeva bolest jeste rijetka kongenitalna malformacija, ali svijest o njezinom postojanju i dostupnost osnovnih slikovnih metoda, kojima možemo lahko prepoznati strukturalne anomalije na žučnim vodovima, omogućava nam rano prepoznavanje bolesti. Ako uz to imamo i pridruženu policističnu bolest bubrega dijagnoza je izvjesna. Bitnost ranijeg postavljanja dijagnoze je u prevenciji komplikacija bolesti, ranijeg prepoznavanja propadanja funkcije jetre i bubrega, sa mogućnošću odlaganja potrebe za transplantacijom organa.

Reference

1. Dukova B, Ilievski B, Duganovska S, Chadikovski V, Kostovski A. Liver pathology findings in infant with caroli's syndrome. *International Journal of Hepatobiliary and Pancreatic Diseases* 2012; 2:48.
2. Kadian J, Gupta T, Yadav N, Kishan H. Caroli syndrome-A case report. *J Clinic Exper Hepatol* 2018; 8(suppl 1):105-6.
3. Miller WJ, Sechtin AG, Campbell WL, Pieters PC. Imaging findings in Caroli's disease. *AJR Am J Roentgenol* 1995; 165(2):333-7. doi: 10.2214/ajr.165.2.7618550. PMID: 7618550.
4. Jonas MM, Pérez-Atayde AR. Fibrocystic liver disease; In: Suchy FJ, Spkol RJ, Balistreri WF, editors. *Liver Disease in Children*. 2nd edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001; 904-5.
5. Hao X, Liu S, Dong Q, Zhang H, Zhao J, Su L. Whole Exome Sequencing Identifies Recessive PKHD1 Mutations in a Chinese Twin Family with Caroli Disease. *PLoS ONE* 2014; 9(4):e92661.
6. Ward CJ, Hogan MC, Rossetti S, Walker D, Sneddon T, Wang X, Kubly V, Cunningham JM, Bacallao R, Ishibashi M. The gene mutated in autosomal recessive polycystic kidney disease encodes a large, receptor-like protein. *Nat Genet* 2000; 30:259-69.
7. The role of liver transplantation in patients with Caroli's disease. Waechter FL, Sampaio JA, Pinto RD, Alvares-da-Silva MR, Cardoso FG, Francisconi C, Pereira-Lima L. *Hepatogastroenterol* 2001; 48:672-4.
8. Ananthakrishnan AN, Saeian K. Caroli's disease: identification and treatment strategy. *Curr Gastroenterol Rep* 2007; 9(2):151-5. doi: 10.1007/s11894-007-0010-7. PMID: 17418061.

9. Vacca-Carvajal BF, Vásquez-Iles JM, Rangel-Pereira MG, Vargas-Rodríguez LJ. Characterization of patients with Caroli's disease: Systematic review. *Rev Colomb Gastroenterol* 2021; 36(1):180-90. <https://doi.org/10.22516/25007440.612>
10. Sgro M, Rossetti S, Barozzino T, Toi A, Langer J, Harris PC, Harvey E, Chitayat D. Caroli's disease: prenatal diagnosis, postnatal outcome and genetic analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2004;23(1):73-6. doi: 10.1002/uog.943. PMID: 14971004.
11. Keane F, Hadžić N, Wilkinson ML, et al Neonatal presentation of Caroli's disease *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition* 1997; 77:145-6.
12. de Tommaso AM, Santos DS, Hessel G. Caroli's disease: 6 case studies. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2003; 33(1):47-51. PMID: 14708512.
13. Ko JS, Yi NJ, Suh KS, Seo JK. Pediatric liver transplantation for fibropolycystic liver disease. *Pediatr Transplant* 2012; 16(2):195-200. doi: 10.1111/j.1399-3046.2012.01661.x. PMID: 22360404.
14. Tzoufi, Meropi et al. "Caroli's disease: Description of a case with a benign clinical course." *Annals of gastroenterology* 2011; 24:129-33.
15. Tsuchida Y, Sato T, Sango K, et al. Evaluation of long-term results of Caroli's disease: 21 years observation of a family with autosomal "dominant" inheritance, and review of the literature. *Hepatogastroenterology* 1995; 42:175-81.

Prikaz slučaja

CISTIČNE PROMJENE U RAMUSU DONJE VILICE, DIJAGNOZA I TERAPIJA

Ciste donje vilice

Alisa Alić - Čerim, Denin Babić

Sažetak

Uvod Ciste u vilicama mnogo su češće nego u drugim kostima zbog razvojnih, odontogenih, rezidualnih, te epitelnih tkiva u tom području, a pri tom mogu biti ishodište brojnih tumora. Uglavnom daju nespecifične simptome, te je patohistološki nalaz nužan za postavljanje konačne dijagnoze. Broj i različitost cisti u orofacijalnoj regiji je veći nego bilo gdje drugo u organizmu (Daley i Wysocki 1997.g). Utvrđivanje njihovog postojanja, a posebno diferencijalna dijagnostika, danas i pored znatnog napretka tehničkih sredstava, ponekad predstavlja teškoću. Cilj našeg rada je da prikazemo operativnu tehniku odstranjenja patološke lezije iz ramusa mandibule, kao i da ukažemo na mogućnost postojanja različitih patoloških entiteta u ovom dijelu donje vilice.

Prikaz slučaja Pacijent muškog spola, starosti 39 godina, došao je na naš odjel radi zaostalog korijena u regiji mandibularnog lijevog trećeg molara, te se analizom ortopantomograma otkrije i patološka promjene u ramusu mandibule. Pacijentu se predloži terapija u smislu ekstrakcije zaostalog korijena, te enukleacije patološke promjene u istom aktu. To se i učini, a rezultati operativnog tretmana su zadovoljavajući, jer se na kontrolnim snimcima uočava stvaranje nove kosti na mjestu patološke promjene bez obzira na veličinu lezije, uz očuvanje koštanog kontinuiteta, a bez upotrebe osteosinteze.

Zaključak Iako se pacijent javio radi zaostalog korijena u donjoj vilici studioznom dijagnostikom je uočeno postojanje i patološke lezije koja je diferencijalno - dijagnostički mogla biti mnogo opasniji patološki entitet nego što se patohistološkom analizom potvrdilo.

Ključne riječi: cista, ramus mandibulae, dijagnoza, diferencijalna dijagnoza, hirurško liječenje

Autor za korespondenciju:

Alisa Alić - Čerim

Stomatološka služba - oralna hirurgija

Dom zdravlja Zenica

Fra Ivana Jukića br.2

72000 Zenica

Bosna i Hercegovina

Tel: +387 61 753 122

E-mail: alisaalic41@gmail.com

Stomatološka služba-oralna hirurgija, Dom zdravlja Zenica, Zenica, Bosna i Hercegovina

Uvod

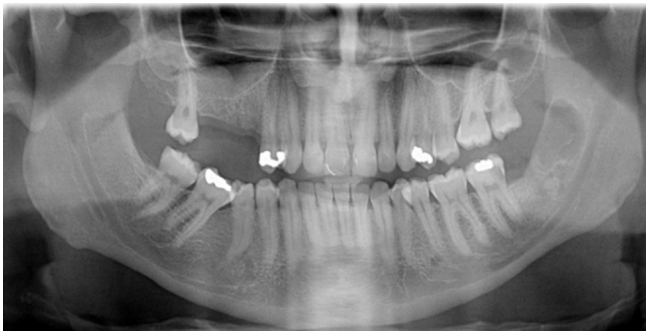
Cistične tvorevine predstavljaju patološku šupljinu u kosti ili u mekome tkivu, s vanjskim zidom od vezivnog tkiva, te unutrašnjim kojeg tvori epitel (prave ciste) (1-3). Unutrašnjost cistične šupljine ispunjava cistični sadržaj koji može biti različite boje i konzistencije (bistra ili gusta tečnost, kazeozno nekrotična masa sa kristalima holesterina...) (2,4).

Ciste vilica nisu rijetka pojava, ali u određenom broju slučajeva, terapijski pristup je otežan zbog nespecifičnosti simptoma, te je patohistološki nalaz nužan za postavljanje konačne dijagnoze.

Glavna dilema u liječenju velikih viličnih cista bila je i ostala - mogu li velike koštane šupljine zacijeliti primarnim zatvaranjem koštanih defekata i organizacijom krvnoga ugruška ili treba upotrijebiti neke druge standardne postupke, poput marsupijalizacije ili modifikacije hirurških zahvata ili pak puniti defekte koštanim transplantatima, bez obzira na njihovo porijeklo o čemu i danas postoje različita mišljenja (5).

Prikaz slučaja

Pacijent muškog spola, starosti 39 godina, javlja se radi zaostalog korijena mandibularnog trećeg molara, poslije bezuspješne ekstrakcije istog zuba. Nakon anamneze uradimo i OPG (ortopantomogram) snimak. Inspekcijom i palpacijom se nije uočavala nikakva tumefakcija u predjelu ramusa mandibule, pacijent nije osjećao bol niti bilo kakve simptome.



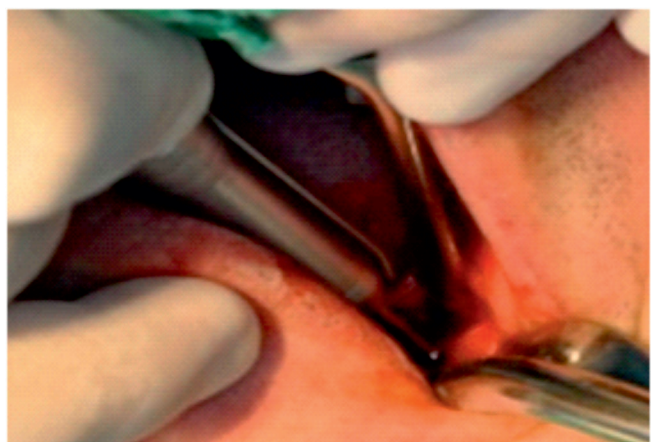
Slika 1. Radiografija donje vilice: prosvjetljenje u lijevom ramusu mandibule uz očuvanost mandibularnog kanala

Tada smo uradili aspiracionu biopsiju navedene regije u ramusu (dobijen sukrvičav sadržaj) i pošalali sadržaj na patohistološku analizu. Patohistološka analiza je pokazala: mikroskopski krv sa dosta pločastih epitelnih ćelija - kontaminacija. Nalaz je dakle nespecifičan, te

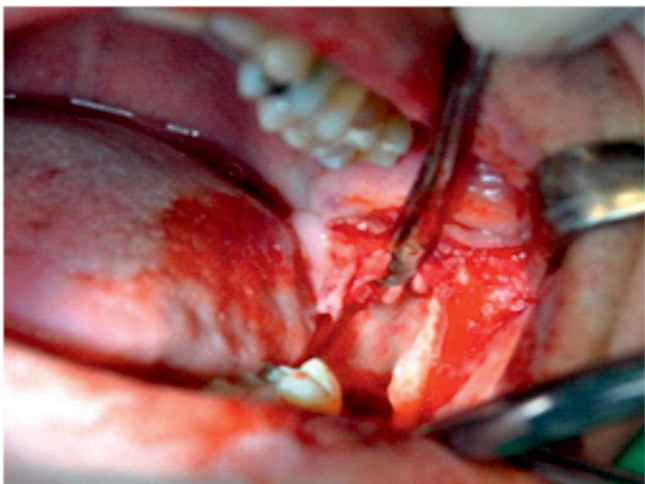
nam govori da bi se moglo posumnjati na različite patološke lezije koje bi zahtijevale radikalniji operativni pristup. Nakon toga, odlučeno je da se uradi radikalni operativni zahvat u smislu resekcije lezije.



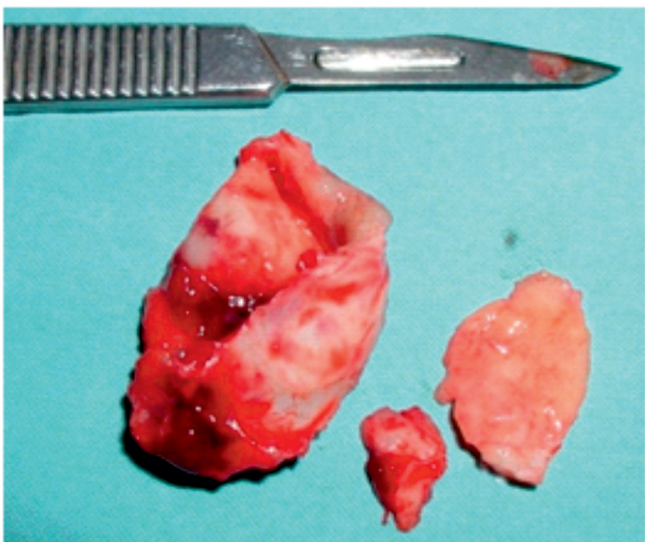
Slike 2 i 3. Intraoperativni snimci koji pokazuju inciziju i mobilizaciju mukoperiostalnog reznja



Slika 4. Intraoperativni snimak koji pokazuje kortikotomiju



Slika 5. Operativno polje i enukleacija patološke lezije



Slika 6. Pokazuje veličinu patološke lezije i zaostali korijen



Slika 7. Pokazuje reponiran režanj i postavljene pojedinačne šavove na ranu

Koštana šupljina je isprana sa 0,3 % Na-hipohloritom, te fiziološkom otopinom. Odstranjena promjena je poslana na patohistološku analizu.

Pacijentu je ordinirana uobičajena postoperativna terapija (antibiotici, analgetici, mekša i kalorična ishrana, održavanje oralne higijene).

Kontrolni pregledi su urađeni nakon 24 sata i nakon 7 dana, kada nisu primijećeni nikakvi znaci infekcije, edema, bola i drugih komplikacija. Kontrolni radiografski (RTG) snimci su urađeni nakon 4 sedmice i 3 mjeseca postoperativno.



Slika 8. Pokazuje kontrolni RTG snimak nakon 3 mjeseca, gdje se može uočiti stvaranje nove kosti

U međuvremenu je dostavljen patohistološki nalaz, koji je pokazao: u dobijenom materijalu se vide tanke koštane gređice, djelimično okružene prstenom osteoblasta međusobno odvojene vezivnovaskularnom stromom. U jednom uzorku se vidi višeslojno pločasti epitel urednog izgleda ispod kojeg se nalazi hronično upalni infiltrat (što potvrđuje uputnu radnu dijagnozu radikularne ciste).

Diferencijalno dijagnostički bi se sljedeće lezije mogle dovesti u vezu sa našom patološkom lezijom:

- Ortokeratinizirana cista je unilokularna radiolucencija sa jasnom zonom periferne kondenzacije (7). Neki autori u Japanu su opisali ortokeratinizirane ciste sa hrskavičnim tkivom u zidu ciste (8).
- Ameloblastom - benigni odontogeni tumor četiri puta češći u donjoj nego u gornjoj vilici (predilekciono mjesto angulus – ramus mandibule) (9).
- Odontogeni fibrom može biti dezmodoplastične (ve-

zivnotkivne) ili odontogene etiologije (9).

- Hemangioma - centralni koštani hemangiomi se rijetko javljaju u viličnim kostima (9).
- Keratocistični odontogeni tumor - najčešća lokalizacija ramus mandibule, stvara dijagnostičku nedomicu u pogledu porijekla i karaktera lezije (10). Biopsija je imperativ.
- Ameloblastični karcinom, carcinoma planocelulare - maligna alteracija cističnog epitela je vrlo rijetka (1:milion) (11). Biopsija je imperativ.
- Osteomijelitis iniciran nekim infektivnim fokalnim žarištem ili nastaje hematogenom diseminacijom, te kao posljedica neadekvatno tretirane traume. Fistule i sekvestri kao pravi znaci osteomielitisa (12), te opšti i lokalni simptomi nisu bili prisutni kod našeg pacijenta, te se osteomijelitis isključio kao moguća definitivna dijagnoza.
- Traumatska koštana cista - nema tipičnog nalaza za cistu, tj u patohistološkoj analizi neće biti cističnog epitela u obloku cistične ovojnice. U anamnezi je oguće otkriti traumatu u zahvaćenom području (13).

Diskusija

Vrlo je važno da vidimo cistu na rendgen snimku u njenom cijelom obimu. Dijagnostikovanje viličnih cista treba uvijek provesti kritički, jer greške u dijagnostici mogu dovesti operativni ishod u pitanje i do komplikacija opasnih po život. Ciste vilica su česte, ali ne predstavljaju hirurški problem, jer ih se najveći broj dijagnosticira i liječi kada su manjeg opsega. Osnovni simptomi su vidljiva i palpabilna izbočenja, bol, parestezije (najčešće

n. mentalisa), dislokacija i pomičnost okolnih zuba, te znakovi upale. Najčešće ciste vilica su radikularna cista, odontogena keratocista i folikularna cista.

S obzirom da je nalaz aspiracione biopsije glasio "mikroskopski - krv sa pločasto epitelnim stanicama (kontaminacija)" sumnjalo se na hemangiom ili traumatsku koštanu cistu. Urađena je cistektomija koja je bila dovoljno radikalna u smislu odstranjenja tvorbe u cijelosti, a s druge je pak strane očuvan kontinuitet kosti i na taj način izbjegnuta potreba za osteosintezom i/ili osteoplastikom mandibule.

Što se tiče zarastanja velikih koštanih defekata operativna metoda je važna, a izbor je svakako enukleacija u cijelosti. Sve metode koje primarno zatvaraju koštanu šupljinu, a nastoje ujedno smanjiti mrtvi prostor i spriječiti infekciju krvnoga koaguluma, ubrajamo u dobre metode.

Zaključak

U planiranju operativnog zahvata potrebno je biti svjestan svih potencijalnih komplikacija do kojih može doći za vrijeme i nakon operacije. Očito je, da svaka hirurška tehnika ima niz prednosti, ali i niz nedostataka. Kontrolna RTG snimka nakon operacije pokazala je iznenađujuće dobar nalaz novostvorene kosti u području postoperativnog defekta na mandibuli. Kad god se pristupa operativnom zahvatu treba razmišljati o mogućim patološkim entitetima koji mogu doći u obzir, te je potrebna uska saradnja sa patolozima radi eventualnog radikalnijeg operativnog pristupa.

Reference

1. Gavrić M. Maksilofacijalna hirurgija. Novi Sad, 2004.
2. Petrović V, Gavrić M. Ciste vilica, lica i vrata. Nauka, Beograd, 2004.
3. Allan FG. Panoramic Radiology. The University of Louisville, USA 2007.
4. Sulejmanagić H, Kraljušić M. Patohistološke karakteristike granuloma i radikularnih cista. Stomatološki vjesnik 1985; 95-101.
5. Knežević G, Rinčić M. Radiološka procjena cijeljenja koštanih defekata punjenjem Bioresorbom nakon cistektomije u donjoj čeljusti. Acta Stomatol Croat 2007.
6. Perin JP, Marciers JM, Schmidt J. Very large mandibular keratocysts. Rev Stomatol Chir Maxillofac 2002; 103(4):207-20.
7. Moody JB, Ferguson HW. Odontogenic keratocysts. Oral Surgery 1997; 172-6.
8. Ide F, Matsumoto N, Miyazaki Y et al. What Is the Non-calcifying Langerhans Cell-Rich Variant of Calcifying Epithelial Odontogenic Tumor?. Head and Neck Pathol 2019; 13:489-91.
9. Blancke W, Biederman F. Cystic tumors of mandible in the RTG and their differential diagnosis. Radiology Diagn (Berlin) 1963; 19:713-32.
10. Jovanović G, Burić N. Marsupijalizacija, enukleacija keratocističnog odontogenog tumora. Vojnosanit Pregl 2010; 67(5):431-5.
11. Thomas BZ, Thomas RF, Boguslaw B, Adamo KA. Mesenchymal chondrosarcoma of the mandible: Case report and review of the literature. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 1998; 56:84-91.
12. Topazian RG. Osteomyelitis of the jaws In: Topazian RG, Goldberg MH, Oral and maxillofacial infections, 4th. edn. Saunders, Philadelphia, 2002 pp 214- 42.
13. Sander S, Sokler K, Grgurević J. Traumatske koštane ciste. Acta Stomat Croat 2001; 411-15.

Prikaz slučaja

KLINIČKA PREZENTACIJA I DIJAGNOSTIKA NAZOFARINGEALNOG KARCINOMA KOD TRUDNICE

Nazofaringealni karcinom

Amel Krkalić¹, Mirza Kovačević², Nadir Omerović¹

Sažetak

Uvod Nazofaringealni karcinom u trudnoći se javlja rijetko, a glavna dilema je njegova dijagnostika i liječenje, koje ima značajan negativan uticaj na trudnoću, s obzirom na rizik od prijevremenog porođaja, fetalnih defekata i pobačaja.

Prikaz slučaja Pacijentica starosti 30 godina, u dvanaestoj sedmici trudnoće dolazi sa oteklinom na desnoj strani vrata. Nakon pregleda otorinolaringologa, dijagnostika i tretman dogovoreni nakon poroda.

Zaključak Menadžment nazofaringealnog karcinoma u trudnoći je vrlo složen i zahtijeva opsežan multidisciplinarni pristup velikog broja medicinskih specijalnosti.

Ključne riječi: nazofaringealni karcinom, klinička slika, dijagnostika

Autor za korespondenciju:

Amel Krkalić

Odjel za Otorinolaringologiju i maksilofacijalnu hirurgiju

Kantonalna bolnica

Crkvice 67 72000 Zenica

Bosna i Hercegovina

Tel: 062 131 447

E-mail: amel91_ze@live.com

¹Odjel za Otorinolaringologiju i maksilofacijalnu hirurgiju, ²Odjel za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, Kantonalna bolnica Zenica, Zenica, Bosna i Hercegovina

Uvod

Karcinom nazofarinksa je najčešći tip tumora nazofarinksa porijeklom iz epitelnog tkiva. Najčešće se manifestuje asimptomatskim čvorom na vratu. Javlja se češće kod osoba muškog spola, u odnosu 2:1 do 3,5:1 (1). Približno jedna trećina nediferenciranih karcinoma dijagnosticira se kod mlađih osoba (2). Kao najčešći epitelni tumor kod odraslih ljudi, epidemiološki najčešće je povezan je sa infekcijom EBV (Epstein Barr Virus), etničkom pripadnošću i zagađenjem okoline. Manje česti uzroci su genetska predispozicija i način prehrane kao što je prekomjerna konzumacija slane ribe (3, 4, 5). Na osnovu studija Američkog društva za rak incidenca je 1 oboljeli na svakih 10000 stanovnika u Americi. Mogućnost nazofaringealnog karcinoma treba razmotriti kod svake trudnice sa simptomima uporne glavobolje i abnormalnog iscjetka iz nosa, uz preporuku za detaljnu dijagnostiku. Uspješan ishod trudnoće može se postići nakon prilagođene primjene kombinacije kemoterapije i radioterapije (6). Cilj ovog prikaza slučaja je prikazati kliničku sliku i dijagnostiku pacijentice sa nazofaringealnim karcinomom koji se javio u trudnoći.

Prikaz slučaja

Tridesetogodišnja pacijentica prvi put se javila na pregled na odjelu otorinolaringologije u aprilu 2022. godine. Bolest je počela u augustu 2020. godine, kao promjena na vratu desno, kada je pacijentica bila u 12 nedelji trudnoće. Na tadašnjem pregledu specijaliste otorinolaringologa (ORL) pacijentica subjektivno bez tegoba. Od ranijih bolesti pacijentica navodi anksiozne smetnje. Nakon pregleda nadležni ORL specijalista tada predložio radiološku obradu i hirurški tretman nakon poroda.

Pacijentica ponovno pregledana u martu 2022. godine sada nakon poroda, kada je urađena kompjuterizovana tomografija (CT) vrata koja je pokazala desno solidnu nekrotičnu masu na vratu promjera 58x41x25 mm, koja je jasno ograničena i ne infiltrira okolne structure. Ista je u kontaktu sa venom jugularis internom straga koju lako komprimira. Na odjelu je urađena biopsija opisanog čvora na vratu sa definitivnim patohistološkim nalazom se postavi sumnja na slabo diferencirani karcinom. Postoperativno je urađen CT toraksa koji je ukazao na znake apikalno policistično emfizematoznih sekvela obostrano, a bronhoskopija na znake hroničnog bronhitisa, uz uredne ginekološke kontrolne preglede.

Na pregledu specijaliste nuklearne medicine pacijentica u eutirozi, bez medikamentozne terapije. Ehsonografija periferije je pokazala desno postoperativno tečnu kolekciju na vratu promjera 30x12.5 mm. Na vratu desno prisutni multipli ovalni limfonodi promjera 14x4.5mm uz uredan ostali nalaz na vratu, dojka, axili, abdomenu i preponama. EBV test je bio negativan. Na onkološkom konziliju preporučen je PET/CT koji je pokazao patološki metabolizam F-fluorodeoksiglukozom u posteriornom zidu nazofarinksa i obliteriranoj Rosenmullerovoj fossi desno - nalaz suspektan na primarni proces. Na onkološkom konziliju je preporučena i ciljana ORL obrada. Na pregledu specijaliste ORL fiber optikom se kroz desnu nosnicu ušli smo u predio nazofarinksa i našli polipozno izmjenjeno tkivo koje kontaktno krvvari. Urađena je video asistirana biopsija nazofarinksa u opštoj anesteziji, kada je uzet uzorak i poslan na patohistologiju. Pacijentica je upućena na daljni tretman onkologa.

Diskusija

Nazofaringealni karcinom je maligni tumor sa jedinstvenim biološkim i kliničkim karakteristikama. Vrlo je povezan sa infekcijom EBV i osjetljiv je na radioterapiju. Zbog izuzetne važnosti između EBV infekcije i incidencije ovog karcinoma, testiranje antitijela protiv EBV-a primjenjuje se za skrining populaciju "visokog rizika" (7). Prvi izbor u dijagnozi jeste biopsija tumora pomoću endoskopa (8). Biopsiju cervikalnog limfnog čvora treba uraditi samo kada je patološki nalaz u primarnoj biopsiji tumora negativan, ali ostaje vrlo suspektan na nazofaringelani karcinom uz test na EBV (9). Neophodna je i dalja radiološka obrada, uključujući CT i magnetna rezonancu.

Simptomi i znaci uključuju nazalno krvarenje, začepljenje nosa i iscjedak u 78% slučajeva, oštećenje sluha, infekcija uha i tinitus u 73% slučajeva, glavobolja (61%), i kvržica ili masa na vratu u 63% slučajeva. Ova kvržica ili masa na vratu opisana je kao bezbolna i uzrokovana je širenjem tumora na limfne čvorove na vratu, što je bila klinička prezentacija i kod naše pacijentice (10). Može doći i do infekcija uha ili gubitka sluha (konduktivni, sensorni ili mješoviti), što je nešto rjeđa pojava (11). Dosadašnje studije govore da je slušni sistem zahvaćen jer se nazofaringealni karcinom često nalazi u Rosenmullerovoj fosi blizu otvora Eustahijeve cijevi u nazofarinks (12).

Dijagnostika nazofaringealnog karcinoma kod trudnice je veliki izazov za kliničara. Pregled se radi pod anestezijom, koja može izazvati posljedice po fetus. Ukoliko se radi biopsija, može dovesti do velikog krvarenja, dok CT izlaže fetus zračenju. Dosadašnje studije su pokazale da je biopsiju pod anestezijom najbolje raditi na kraju drugog tromjesečja, dok s druge strane krvarenje kao moguća komplikacija se povećava s povećanjem gestacijske dobi (13). Američko društvo za kliničku onkologiju 2017. godine je objavilo da je CT glave i grudnog koša siguran tokom trudnoće jer ne izlaže direktno fetus zračenju. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, nazofaringealni karcinom je kategoriziran u tri tipa: nekeratinizirajući karcinom, keratinizirajući karcinom skvamoznih stanica i bazaloidni karcinom skvamoznih stanica (14). U endemskim područjima preko 95% slučajeva pripada nekomerativnom tipu, dok manje od 5% pripada tipu keratinizirajućeg skvamoznog karcinoma, a tip bazaloidnog skvamoznog karcinoma je izuzetno

rijedak (15,16). Ovaj karcinom je relativno dobro osjetljiv na jonizujuće zračenje, a terapija zračenjem je glavni modalitet liječenja s kurativnom namjerom za pacijente sa nediseminiranom bolešću. Petogodišnja stopa preživljavanja specifične za bolest u stadijumu i nazofaringealnog karcinoma je oko 95% samo uz intenzivno modulirajuće zračenje (17). Mogućnost pojave nazofaringealnog karcinoma treba razmotriti kod svake trudnice sa simptomima uporne glavobolje, iscjетка iz nosa ili pojave bezbolnog čvora na vratu. Uspješan ishod bolesti može se postići nakon prilagođene kemo i radioterapije stadiju trudnoće.

Cilj ovog rada bio je prikazati kliničku sliku karcinomom nazofarinksa kod trudnice, kod koje je dalja dijagnostika bila prolongirana do poroda. Uz neophodnu radiološku dijagnostiku presudan je bio klinički pregled pacijenta gdje je fiber optikom uočena tumorska promjena u nazofarinksu.

Reference

1. Lin TI, Lin JC, Ho ESC. Nasopharyngeal carcinoma during pregnancy. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2007; 46:4.
2. Brennan B. Nasopharyngeal carcinoma. *Orphanet J Rare Dis* 2006; 1:23.
3. Okekpa SI, S M N Mydin RB, Mangantig E et al. Nasopharyngeal Carcinoma (NPC) Risk Factors: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Association with Lifestyle, Diets, Socioeconomic and Sociodemographic in Asian Region. *Asian Pac J Cancer Prev* 2019; 20(11):3505-14.
4. Abdulmir AS, Hafidh RR, Abdulmuhamen N, Abubakar F, Abbas KA. The distinctive profile of risk factors of nasopharyngeal carcinoma in comparison with other head and neck cancer types. *BMC Public Health* 2008; 8:400.
5. Chang ET, Adami H-O. The enigmatic epidemiology of nasopharyngeal carcinoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006; 15(10):1765-77.
6. Zhang L, Liu H, Tang LQ, Chen QY, Guo SS, Liu LT, Guo L, Mo HY, Zhao C, Guo X, Cao KJ, Qian CN, Zeng MS, Shao JY, Sun Y, Ma J, Hong MH, Mai HQ. The impact of plasma epstein-barr virus DNA and fibrinogen on nasopharyngeal carcinoma prognosis: an observational study. *Br J Cancer* 2014; 111:1102-11.
7. Huang, T, Zhang, Z, Zhou X. Diagnosis and Therapy of Nasopharyngeal Carcinoma. *Pharynx - Diagnosis and Treatment*. IntechOpen; 2021.
8. Zhou X, Cui J, Macias V, Kajdacsy-Balla AA, Ye H, Wang J, Rao PN. The progress on genetic analysis of nasopharyngeal carcinoma. *Comp Funct Genomics* 2007; 57513.
9. Zhang, Y, Yu X, Yang Y, Wang Y, Chen S, Zhou X. Diagnostic utility of immunohistochemical analysis and Epstein-Barr virus-encoded small RNAs in situ hybridisation of cell block sections obtained using fine-needle aspiration in nasopharyngeal carcinoma with lymph node metastasis. *Diagn Cytopathol* 2019; 47(3):200-5.
10. Rusthoven KE, Koshy M, Paulino AC. The role of fluorodeoxyglucose positron emission tomography in cervical lymph node metastases from an unknown primary tumor. *Int J Am Cancer Soc* 2004; 101:2641-9.
11. Ling-Feng W, Wen-Rei K, Kuen-Yao H. Hearing loss in patients with nasopharyngeal carcinoma after chemotherapy and radiation. *Kaohsiung J Med Sci* 2003; 19:4.
12. Ming-Shiang Y, Yung-Yi C, Chang-Chen C, Hao-Chun H. Nasopharyngeal carcinoma spreading along the Eustachian tube: The imaging appearance. *J Chin Med* 2004; 67:200-3.
13. Barbagallo M, Dominguez LJ. Vascular effects of progesterone, role of cellular calcium regulation. *Hypertens* 2001; 37:142-7.
14. Tabuchi, K, Nakayama M, Nishimura B, Hayashi K, Hara A. Early detection of nasopharyngeal carcinoma. *Int J Otolaryngol* 2011; 638058.
15. Jeyakumar A, Brickman TM, Jeyakumar A, Doerr T. Review of nasopharyngeal carcinoma. *Ear Nose Throat J* 2006; 85(3):168-70.
16. Wei WI, Sham JS. Nasopharyngeal carcinoma. *Lancet* 2005; 365(9476):2041-54.
17. Chua DT, Sham JS, Kwong DL, Au GK. Treatment outcome after radiotherapy alone for patients with Stage I-II nasopharyngeal carcinoma. *Cancer* 2003; 98(1):74-80.

Prikaz slučaja

HIRURŠKO ZBRINJAVANJE KOMPLIKACIJA GOJAZNOSTI NA TRBUŠNOM ZIDU

Elvis Cikotić, Kuridža Savan, Koluh Anhel, Anel Okić, Ljuca Senad, Mahir Omanović

Sažetak

Gojaznost se definira kao porast BMI iznad 30 kg/m². Najveći problem po zdravlje ostavlja centralna gojaznost, koja za sobom povlači niz metaboličkih poremećaja. Rješavanje problema gojaznosti može biti konzervativno, što podrazumijeva dijetu i fizičku aktivnost uz promjenu životnih navika iz korjena, te operativno što spada u domen barijatrijske hirurgije.

U radu je prikazan zanimljiv slučaj izrazite gojaznosti, koja je predstavljala veliki zdravstveni problem i potencijalno ugrožavala život pacijenta.

Ključne riječi: gojaznost, hirurgija, liječenje

Autor za korespondenciju:

Kuridža Savan

Kantonalna Bolnica Zenica

Crkvice 67

Tel: 061/825-002

E-mail: savan.ze@gmail.com

Uvod

Gojaznost je medicinsko stanje u kojem je višak tjelesne masnoće akumuliran u toj mjeri da ima negativan uticaj na zdravlje, što može dovesti do skraćenja očekivanog životnog vijeka i drugih težih zdravstvenih komplikacija (1). Definiše se kao porast BMI (body mass index) iznad 30 kg/m². Centralna gojaznost je jedan od glavnih rizika za metabolički sindrom. Metabolički sindrom ima slijedeća obilježja:

1. Centralna gojaznost,
2. Hiperinzulinemija,
3. Inzulinska rezistencija,
4. Aterogena dislipidemija;
5. Disfunkcija dipocita,
6. Intolerancija glukoze ili tip II DM (diabetes mellitus),
7. Povišen nivo slobodnih masnih kiselina i steatohepatitis,
8. Esencijalna hipertenzija,
9. Endotelna disfunkcija,
10. Renalna disfunkcija : mikro-makroalbuminemija,
11. PCOS-policistični ovarijalni sindrom,
12. Prokoagulaciono stanje: Povišen PAI-1 i fibrinogen,
13. Proinflamatorno stanje: povišen CRP (C - reaktivni protein) i proinflamatorni citokini (TNF-alfa; IL-6),
14. Povećan rizik od aterotromboze (2-4).

Osim navedenih obilježja, česti problemi gojaznosti su i kile trbušnog zida koje nastaju zbog povišenog intraabdominalnog pritiska i nakupljanja masnog tkiva, nasljed-

nih faktora, te slabljenja i istezanja kolagenih vlakana. Ukoliko je centralna gojaznost veoma izražena, te ukoliko je hiperplastičnog tipa postoji problem i viška kože koji perzistira i nakon redukcije tjelesne težine, te predstavlja ozbiljan estetski i socijalni problem (2,3).

Rješavanje problema gojaznosti može biti konzervativno, što podrazumije dijetu i fizičku aktivnost uz promjenu životnih navika iz korjena, te operativno što spada u domen barijatrijske hirurgije (1,3).

Ukoliko dođe do korekcije tjelesne mase, nerijetko je potrebno hirurški intervenisati u smislu rješavanja problema viška kože, zbrinjavanja kila trbušnog zida kako bi se spriječila uklještenja i postigao povoljan estetski i funkcionalni rezultat, te povećala radna sposobnost (1,4).

Prikaz slučaja

Pacijent starosti 46 godina, visine 182 cm, težak 150 kg, sa BMI – 45 i znacima metaboličkog sindroma, pušač, pristupio je konzervativnom načinu mršavljenja i uz dijetu i fizičku aktivnost reducirao tjelesnu težinu u periodu od 3 godine na 88 kg i BMI – 26,56. Nakon postizanja željene tjelesne težine zaostao je problem veće kile trbušnog zida i viška kože što je u estetskom, funkcionalnom i psihološkom pogledu ostavilo negativne reperkusije. Na odjelnju abdominalne hirurgije Kantonalne bolnice Zenica urađena je preoperativna priprema i plastika trbušnog zida sa abdominoplastikom. Postoperativni tok je protekao uredno. Pacijent nakon kompletnog tretmana dobrog zdravstvenog stanja, bez ikakve terapije, svakodnevno fizički aktivan u sportu i na radnom mjestu.



Slika 1. Preoperativne fotografije



Slika 2. Postoperativne fotografije

Diskusija

Ovim radom smo željeli prikazati jedno multidisciplinarno liječenje gojaznosti kao najvećeg problema današnjice, što je u konačnici rezultiralo poboljšanju psihičkog i fizičkog zdravstvenog stanja, estetski prihvatljivim izgledom, punom radnom sposobnošću i vraćanju sportu i drugim svakodnevnim aktivnostima.

Zaključak

Gojaznost kao glavna komponenta metaboličkog sindroma je zajedno sa svim reperkusijama na zdravlje najveći zdravstveni problem današnjice koji je poprimio pandemijske razmjere. Multidisciplinarnim pristupom je moguće riješiti problem gojaznosti i njenih komplikacija te vratiti pacijenta svakodnevnim radnim i drugim aktivnostima.

Reference

1. Maksimović Ž. Hirurgija za studente medicine Medicinski fakultet Beograd 2011.
2. Sečen S, Veljković R. Savremeni pristup operativnog liječenju kila Bilten stručnog sastanka hirurga Novi Sad, 2006.
3. Suada Mulić-Bašić Interna medicina za studente medicine i visoke zdravstvene škole, Tuzla 2011.
4. Ketī Lič; Prevod Nebojša Pajić. Psihologija i gojaznost, Psihopolis institut, Beograd, 2016.

Prikaz slučaja

DIJAGNOZA AUTOIMUNOG OBOLJENJA U VRIJEME COVID 19 PANDEMIJE

Autoimune bolesti

Alma Jahić¹, Asmira Ljuca¹, Elis Vujić¹, Senad Ljuca², Amila Mujezinović¹

Sažetak

U radu je prikazan slučaj pacijentice starosne dobi 35 godina koja se javlja u bolnicu zbog otežanog disanja, bola u prsima, neproduktivnog kašlja i visoke temperature. Hospitalizirana je na Odjelu za unutrašnje bolesti Kantonalne bolnice Zenica, gdje je liječena po protokolu za Covid 19 pozitivne pacijente. U više navrata su rađeni PCR i ELIS-a testovi koji su bili negativni. Usljed pogoršanja opšteg stanja primljena je u Jedinicu intenzivnog liječenja. Započeti terapijski tretman nije pokazao efikasnost. Donosena je odluka o paralelnoj dijagnostičkoj obradi izvan pretpostavke da se radio o COVID 19. Zbog pozitivnog bronhoskopskog nalaza, te opisane ultrazvučne prezentacije pleuralnog, perikardnog izljeva i manje količine slobodne tečnosti u abdomen, a sve praćeno mirnim parametrima upale posumnjali smo na autoimuno oboljenje, koje smo i dokazali serološkim pretragama. Uključena je pulsna terapija i plazmafereza, te je pacijentica istoga dana odvojena od respiratora i ekstubirana. Treći dan od ekstubacije, premještena je na prijemni odjel.

Prikazom ovog slučaja želimo ukazati na izazove u tretmanu pacijenata za vrijeme pandemije. Moguće posljedice dugotrajnog istraživanja u tvrdnji da se pred nama nalazi pacijent zaražen COVID 19, a kada to nije slučaj ima za rezultat odgađanje usmjerene dijagnostičke obrade i otkrivanja tačne dijagnoze sa kašnjenjem adekvatnog tretmana.

Ključne riječi: kasna dijagnoza, autoimuno oboljenje, COVID 19

Autor za korespondenciju:

Alma Jahić

Odjel za anesteziologije, reanimatologije i intenzivnog liječenja

Kantonalna bolnica Zenica

Crkvice 67, Zenica, Bosna i Hercegovina

Telefon: +387 32 447 473

E mail: anestezija.jahic@gmail.com

¹Odjel anesteziologije, reanimatologije i intenzivnog liječenja, ²Odjel za hirurške bolesti, Kantonalna bolnica Zenica, Zenica, Bosna i Hercegovina

Uvod

“Nije lupus, nikada nije lupus” , čuveni je citat serijskog ciklusa koju prati medicinsku tematiku. U našem slučaju : nije lupus, nikada nije lupus ... osim onda kada jeste.

Svjedoci smo da su protekle dvije godine obilježene pandemijom COVID 19, što je uzročno posljedično dovelo do toga da je nesvjesno fokus zdravstvenog sistema na samo jedno oboljenje. Sve je više dokaza za ono što se moglo pretpostaviti da u takvim uslovima rada, postoji veća mogućnost postavljanja netačne dijagnoze. Pri tome svjetske statistike idu u prilogu tvrdnji jer se i u nepandemijskim uslovima prijavljuje 5 do 14 % slučajeva greška u postavljanju dijagnoze na inicijalnom prijemu (1) .

Treba uzeti u obzir i prezentacija kliničke slike COVID 19 koja je nespecifična, sa prisutnom simptomatskom mimikrijom koja usporava dijagnostički algoritam i vrlo lako može da udalji od postavljanja ispravne dijagnoze. Dodatna otežavajuća okolnost je prepoznavanje oboljenja, koja nisu toliko česta (2,3).

Napominjemo da u našem slučaju, usljed nemogućnosti patohistološke verifikacije dijagnoze, izostavljena je identifikacija histoloških promjena te se u izboru pristupu liječenja oslonilo na prisustvo c/ANCA u serumu i kliničke manifestacije. Pri tome se liječenje moralo započeti rano da bi se spriječile komplikacije kao što su zatajenje bubrega, infarkt miokarda, ostećenje mozga. U okviru saznanja i dostupnih analiza primarno se postavljaju dijagnoze Mješovite bolesti vezivnog tkiva sa postojanjem opravdane sumnje i na Granulomatozu sa poliangitisom, u starijoj literaturi poznatu kao Wegenerov vaskulitis.

Hronologija daljeg liječenja pacijentice uvidom u dostupnu medicinsku dokumentaciju navodi da je sedamnaest mjeseci nakon otpuštanja iz bolnice, rezultat patohistološke analize tkiva bubrega postavljanje dijagnoze u smislu Sistenskog eritemskog lupusa sa započinjanjem terapijskog tretmana ciklofosfamidom, koji je bio drugi predviđeni korak i u našem planu liječenja.

Prikaz slučaja

Pacijentica starosti 35 godina, primljena je na Odjel internih bolesti sa kliničkom slikom bola u prsima, prisutnom tahidispernom, neproduktivnim kašljem i febricitacijom. Pregledom kardiologa na prijemu utvrđeno je

da se radi o akutnom perikarditisu sa prisutim pleuralnim izljevima. Na prijemu urađeni nalazi pokazivali su mirne upalne parametre, izraženu anemiju, povišen nali LDH (laktat dehidrogenaza), dimer 6,19, sa urednim nalazom troponina, uree i kreatinina.

Nakon kontrolnog rendgen snimka pluća, po prijemu je urađen CT (kompjuterizirana tomografija) grudnog koša na kojem se opisuju: ekstenzivne inflamatorne promjene, najviše na lijevoj strani, sa velikom mogućnošću da se radi o COVID 19 sa razvijenom superinfekcijom.

Iako je urađen veći broj PCR i ELISA testova specifičnih za COVID 19 koji su bili negativni, pacijentica je na osnovu kliničke slike i nalaza silkovnih metoda vođena i liječena po tadašnjim protokolima naše ustanove za COVID 19. Tako je do dolaska Jedinicu intenzivnog liječenja (JIL), tretirana Vankomicinom, Ceftriaxonom i Imipenem/cilastatin, te Flukonazolom, sa preporukama infektologa za dalju dijagnostiku u smislu hemokulture, urinokulture te praćenje upalnih parametara, RTG (radiografskih) snimaka pluća i kliničke slike.

Sedmi dan svog boravaka u bolnici pacijentica je, usljed pogoršanja kliničkog stanja, premještena na odjel JIL-a zbog procijene moguće potrebe za naprednom respiratornom potporom u vidu mehaničke ventilacije, te tretmanom kontinuiranog naobjašnjivog febrilnog stanja i daljom dijagnostikom anemijskog sindroma. Po prijemu pacijentica svjesna, tahidisperoična, na kisoničkoj potpori spO₂ 94%, srčana frakvenca 101, sa vriednostima krvnog pritiska 101/60 mmHg.

Po prijemu na JIL urađen je *bed side* orijentacioni ultrazvuk srca od strane intenziviste koji pokaže prisutne perikardijalne izljeve iste u odnosu na opisani eho (ehosonografiji) srca po prijemu u bolnicu, a ultrazvučni pregled pluća prikaže obostrane pleuralne izljeve i B linije. Uz konsultaciju sa hirugom isključi se potreba za drenažom i forsira diureza.

U lab nalazima: Le 6,17, Er 2,87, Hgb 84, Hct 0,25 u DKS Ne 0,76, Limfociti 0,15, Proklacitonin 0,188, D dimer 6,19 i LDH 291 i u ABS hipoksemija. U nalazu urina prisutni eritrociti i proteini, u nalazu krvi bez porasta uree i kreatinina.

Nastavi se antibiotsko liječenje po prethodnom nalazu infektologa. Prethodnoj terapiji dodaju se albumini, forsira diureza, te ordinira jedna doza deplazmatisanih eritrocita.

Drugi dan hospitalizacije na JIL-u, dolazi do pogoršanja respiratornog statusa, te se pacijentica intubira i postavi na apata za MV (PC SIMV) uz sedaciju Midazolamom. Postavljena je i na invazivni monitoring: plasiran centralni venski kateter, arterijska linija, nazogastrična sonda. U vremenu febrilnosti uzeti su uzorci krvi za hemokulturu i poslani na analizu. Urađen je pregled ginekologa i hirurga koji isključuje aktivno krvarenje kao razlog anemije. U toku dana su dobijeni nalaz hormona štitne zlijeze i antitijela.

Treći dan boravka pored osnovne laboratorije urađeni su Feritin 311, TIBC 19,7 UIBC 18,2. U terapiju su uključeni preparati željeza i venski Venofer. Isti dan se prvi put bezuspješno pokušalo sa odvajanjem od respiratora.

Četvrtog dana pacijentica je i dalje na aparatu za mehaničku ventilaciju. Počinje ponovno da febricira, te je uključen Amikacin (empirijski/ na osnovu mikroflore rezistentih uzročnika u JIL/ K.pneumonije MDR) sa blagim porastom CRP, do dolaska nalaza uzetih hemokutra i urinokultura. Doze antibiotika se izračunaju na osnovu Cockcroft - Gault formule za klirens kreatinin i tjelesne težine pacijentice.

U kontrolnom RTG pluća ne dolazi do pojave regresije, opisane promjene čak šta više pokazuju progresiju, a sve to i dalje nije praćeno porastom upalnih parametara. Opcija odvajanja od respiratora ili smanjivanje potpore i dalje nije moguća.

Peti dan boravaka na JIL-u, pacijentica bez sedacije, uz kontrolni nalaz acidobaznog statusa se ekstubira, prema protokolu uzet je bris tubusa i poslan na mikrobiološku analizu. Nakon kontrolnog nalaza gasnih analiza i pogoršanja respiratornog statusa, pacijentica je ponovno intubirana i vraćena na aparat za mehaničku ventilaciju. Urađena je bronhoskopija, kojom se evidentira prisutno difuzno krvarenje u području bronhoskopa dostupne traheje i bronha, bez prisustva purulentnog sadržaja.

Zbog evidentnog nereagiranja pacijentice na terapiju, a naročito nakon nalaza bronhoskopije, odlukom intenziviste počinje paralelno sa osnovnim liječenjem po protokolima za COVID 19, dijagnostika u novom smjeru. Ponovni ultrazvučni pregledom evidentira i dalje prisutni pleuralni i perikardni izljevi, te manja količina slobodne tečnosti perihepatalno i perisplenično / ascit/ panserozitis. Diferencijalno dijagnostički se sad već posumnja na mogućnost autoimunog dešavanja. Konsultativno je pozvan reumatolog i planirani imuno-

loški nalazi. Uključena je pulsna doza SoluMedrola. U naredna 24 sata, peti dan od intubacije, prvi od reintubacije dolaze nalazi imunološke obrade gdje se najviše istaknu pozitivni nalazi ANCA mijeloperoksidaze antitijela i ANCA proteinaze 3 što je bio jak dokaz u pravcu dijagnostike u uvodu pomenute Granulomatoze sa poliangitisom. U uslovima koje smo imali i zbog prisustva objektivnih kliničkih simptoma uz nalaz imunoloških pretraga postavi se kao radna dijagnoza.

Ponovno je konsultovan reumatolog, koji također postavlja sumnju, nastavi se pulsna kortikosteroidna terapija, te se upućuje poziv nefrologu konsultantu radi indikacije za plazmaferzu. Urađeni su nalazi C3 i C4 komplementa koji dolaze povišeni.

RTG PLUĆA praćenje

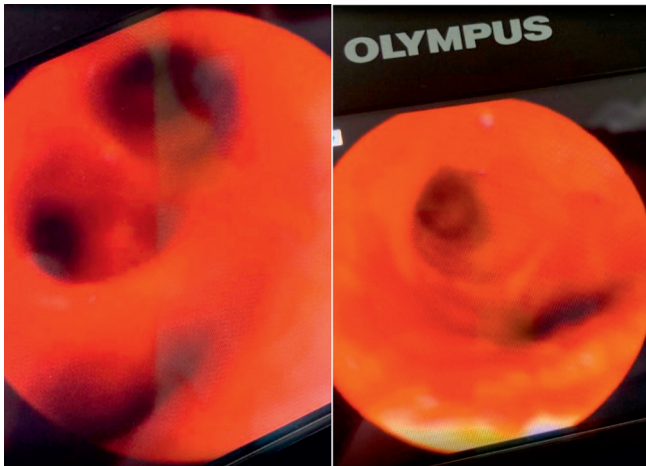


Slika 1. Uporedni RTG snimci pluća kod pacijentice

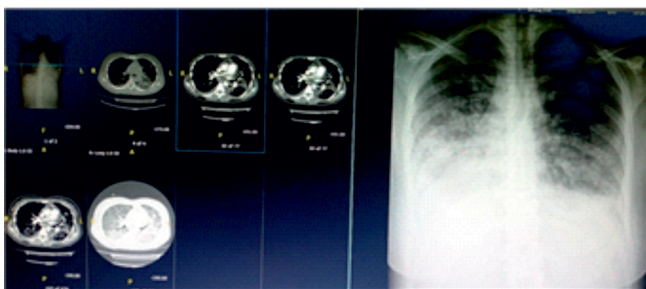
Odluku o plazmaferezi, izboru plazme ili albumina, u ovom slučaju odlučuje se za plazmu, koja se ordinira u sklopu protokola naše ustanove i uz konsultaciju nefrologa. Veliki uspjeh se dešava samo nekoliko sati nakon uključivanja plazmafereze i druge pulsne doze SoluMedrola. Pacijentica se EKSTUBIRA! U nastavku liječenja po prispjeću nalaza antibiograma uključen je Rifampicin 300 mg isključen Amikacin. Praćeni nalazi RTG pluća su u poboljšanju sa evidentnom regresijom promjena. Također tokom liječenja tretirana je i anemija konzervativnim načinom davanja krvi, do stabilnosti krvne slike.

Dalja dijagnostička obrada u smislu PH verifikacije, zbog tada kliničkog stanja pacijentice nije rađena.

I da, dvije sedmice nakon premještaja sa JILa, dobila je COVID 19. Posljednji dostupni nalazi sedamnaest mjeseci nakon otpusta iz bolnice, navode da je u Kliničkom centru Tuzla nakon biopsije tkiva bubrega utvrđeno da se radi o Sistemskom lupusu, pacijentica je na terapiji ciklofosamidom. Prima terapiju, nakon završenog i započetog tretmana osnovne hronične bolesti nije zahtjevala ponovnu hospitalizaciju.



Slika 2. Nalaz bronhoskopije kod pacijentice



Slika 3. CT i usporedni RTG pluća na prijemu

Diskusija

Ideja da organizam svojim imunitetom, koji je primarno evoluirao da isti brani od bolesti vanjskog svijeta, napada sam sebe dugo je bila teorija koju su odbacivali sami pioniri imunologije. Danas doktori a posebno oboljeli, znaju da su autoimune bolesti i više nego stvarne. Klasifikacija uvrštava oko 80 oboljenja u autoimuna, a broj oboljelih obuhvata 5-8% svjetske populacije (2). Iz prakse je poznato da autoimuna oboljenja zahtijevaju dugotrajnu obradu i praćenje radi postavljanja definitivne dijagnoze, naročito jer se izraženi simptomi smjenjuju sa blažim ili potpunim odsustvom istih, pa samim tim iziskuje veći broj pretraga i dijagnostiku u pravo vrijeme izvan standardnih protokola. Prema statističkim podacima većina studija navodi da je vrijeme za postavljanje dijagnoze oboljenja iz grupe autoimunih bolesti 4,5 godine u kojem pacijent bude tretiran u prosjeku od strane četiri doktora u jednom zdravstvenom sistemu (3).

Također svjetske statistike govore da se u 5 do 14% slučajeva dešava greška u postavljanju dijagnoze po prijemu i to u nepanemijskim uslovima (1).

U vremenu pandemije kada je "Put pacijenta" zbog organizacije rada, nedostatka kadra i insuficijentnosti

ostalih kapaciteta, bio znatno izmjenjen, a dostupnost usluga limitirana, dolazi do slučaja da autoimuno oboljenje bude prepoznato u vremenu kada je pacijentica već zahtijevala tretman u jedinici intenzivne njege i mehaničku ventilaciju.

Dakle, pri analizi razloga kasne dijagnoze treba prepoznati više faktora. Prvi je specifičnost rada sa pacijentima u periodu COVID 19 pandemije. Statistike ukazuju da je u vrijeme početka i trajanja pandemije smanjen broj pacijenta koji su spadali u grupe neophodne za interveniranje a pri tome se u obzir uzimaju ne samo hitna stanja, nego i skrinig, dijagnostika te patološka obrada. Prema statistikama u Evropi se broj usluga pruženih pacijentima smanjio za jednu trećinu (5). Kod nas ne postoje zvanična obrada podataka u tom smislu, ali ako uzmemo dostupne podatke iz naše prakse kao primjer: broj pregleda u anesteziološkoj ambulanti u dvije prije zvaničnog početka pandemije iznosio je 16 000 a u dvije pandemijske godine 11 000 što umanjuje za više od trećine broj pregleda naročito u prvoj pandemijskoj godini. Izraženo u brojkama 4000 manje elektivnih hirurških zahvata.

Dalje, klinička slika i tok bolesti u smislu sličnosti sa autoimunskim oboljenjima. U kontekstu prepoznavanja prirode oboljenja kod pacijentice, uzima se u obzir da je veći broj istraživanja ukazivao na autoimunosni aspekt COVID 19 koje je primarno infektivno oboljenja.

Treba napomenuti da prirodu autoimunog odgovora većina članaka analizira iz perspektive objašnjenja pojave sindroma dugog post COVID-a, ne diferencijano dijagnostički. Navodimo primjer jednog članka koji opisuje da su serumska antinuklearna antitijela bila detektibilna kod jedne trećine hospitaliziranih pacijenta (6). U jednoj manjoj studiji koja je obuhvatala 48 pacijenta, 23 (44%) su imali pozitivan ANA test (7). Postoji niz slučajeva, naročito opisanih kod mladih osoba gdje se govori o COVID 19 kao trigeru autoimunih vaskulitisa međutim kod svih pacijenata opisanih u prikazima, postojao je dokaz COVID 19 infekcije (8). U našem slučaju, kada je pacijentica liječena na JIL-u imala je simptome koji bi se mogli pripisati infekciji donjih djelova (RTG pretpostavka), bez pojave simptoma od strane gornjih djelova respiratornog trakta, promjene u renalnoj funkciji, sa kardiološkom komponentom u smislu perikardijalnog izljeva koji nije česta komplikacija, ali može u kontekstu pojave, godina i prethodne anamneze pacijentice ipak biti usmjerenje da se diferencijalno dijagnostički pomisli da se radi o au-

toimunom oboljenju. Naročito zbog izostanka dokaza o prisustvu aktivnog ili preboljenog COVID 19.

Dijagnoze koje su uslijedile bile su Mješovite bolest vezivnog tkiva i ranije pomenuta Granulomatoza sa poliangitisom. Dakle na drugu nabrojanu dijagnozu se posumnjalo jer je na osnovu imunološke analize, prisutne specifične cANCA PR3 (9), kliničke slike i retrospektivno praćene medicinske dokumentacije. Istom je isključena pojava čestih respiratornih infekcija i njihov tretman. Međutim sa evidentiranim hospitalizacijama u više navrata zbog urinarne infekcije kliničkom slikom bez porasta upalnih parametara sa urednim nalazima sedimenta i biohemijom urina, a prethodno već spomenuti simptomima dizurijom, inkontinencijom i sa čestom pojavom hidronefroze, koji su bili prisutni kod pacijentice.

Nije isključena mogućnost i preklapanja autoimunih oboljenja. Literatura opisuje kao entitet ali izuzetno rijetko tu mogućnost, u smislu prisustva sistemskog eritematoznog lupusa i vaskulitisa povezanog sa anti-neutrofilnim citoplazmatskim antitijelima (AAV). Oba stanja imaju različite kliničke značajke unatoč tome što dijele zahvaćane organske sisteme. Prevalenca preklapanja SLE i AAV je niska. Uobičajeni fenotip preklapanja bio je AAV sa glomerulonefritisom. Jedan od AAV se vodi i granulomatoza sa polangitisom za koju su specifična ANCA mijeloperoksidaze antitijela i ANCA proteinaze 3, koja su se pokazala na profilu naše pacijentice.

Također pacijentica je imala hipertireozu u terapiji propiltiouracil. Literatura (10) navodi veći broj slučajeva koji vezuju terapiju PTU sa pojavom autoimunih vaskulitisa. Pojam DIV (*drug –induced vasculitic syndromes*) nije nepoznanica u literaturi veći broj slučajeva i kohortnih studija ukazuju na mogućnost pojave ovog sindroma kod uzimanja lijekova za hipertireozu. Isključivanje terapije u određenom broju slučajeva dovodi do poboljšanja (11,12). Kliničkim znacima su najviše opisivale kožne lezije sa atralgijom koji nisu bili prisutni kao simptomi kod pacijentice. U našem slučaju odlučeno je da se propiltiouracil u dozi od prvo 50 pa onda 100 mg ne isključuje iz terapijske šeme u konsultaciji sa specijalistom nuklearne medicine. Ovdje ćemo spomenuti da tokom otorinolaringološkog pregleda nisu pronađene promjene koje bi odgovarale granulomatoznim (13,14), a koje su se u našoj ustanovi jedino mogle biopsirati i bile jedina opcija spram kliničkog stanje pacijentice.

Kroz obradu, urađeno je više RTG pluća i CT koji su opisivali promjene slične ARDS i COVID plućima.

Međutim, kada je opisana bronhoskopija sa vidljivim perfuzijskim krveranjem odmah se posumnjalo na prisustvo hemosideroze. Mehanizam pojave karakteristične za vasulitits je da se plućna hemosideroza definira plućnim krvarenjem sa bolešću imunološkog kompleksa. Rezultat formacije imunološkog kompleksa je prekid vaskularno - endotelne barijere i alveolarno - epitelne barijere što dovodi do alveolarnog edema, krvarenja i masivne infiltracije polimorfonuklearnih neutrofila (PMN). Opisani mehanizam odgovara nalazima učinjene bronhoskopije, nalazima slikovnih metoda kao i brzini povlačenja promjena nakon plazmafereze.

Svjesni smo da je PH verifikacija potrebna za konačnu dijagnozu. Međutim, u pandemijskim uslovima i sa tim u kontekstu tretiranja pacijenta u JIL ista nije bila dostupna. Za terapiju se dakle odlučilo zbog ispunjavanja većeg broja kriterija, jer je kliničko stanje pacijentice zahtjevalo promptnu reakciju.

U terapijskom smislu smjernice su u svojim preporukama uslovne. Literatura preporučuje korištenje ciklofosfamid i kortikosteroidnu terapiju. Smatra se da ta kombinacija u 90% slučajeva uvodi u remisiju. Remisija podrezumijeva reduciranje pojave upalnog odgovora. Literatura spominje se terapiju metorteksatom, te ne preporučuje rutinsko korištenje plazmafereze. U našem slučaju korištene su pulsne doze kortikosteroida i plazmafereza, koji su bili terapijski opravdani zbog kliničke slike, a i samim odgovorom na terapiju u smislu poboljšanja. Steroidi su ordinirani dnevno dva sata nakon plazmafereze. Ovo je primjer kada su terapijske preporuke neprimjenjive u potpunosti jer pacijentica sa autoimunim oboljenjem dijagnozu dobila u vremenu kada je već dospjela na aparat za mehaničku ventilaciju.

Također treba istaći da se u odluku o terapijskom tretmanu uzeo u obzir fertilitet pacijentice i želja za reprodukcijom tako da je u prvoj liniji liječenja u dogvoru sa porodicom pacijentice izostavljeno korištenje citostatika, ali označeno kao mandatna uz potpisan pristanak, dalja terapijska metoda u slučaju izostavljanja odgovora na prvi plan liječenja.

Zaključak

Nije sve COVID 19. Dijagnoza autoimunog oboljenja je uvijek u detaljima.

Od pojave prvih simptoma do dijagnoze autoimunog oboljenja u našem slučaju trajalo je dvije godine prije

i tri godine u COVID 19 pandemiji. Vremenski se podudara sa svjetskim standardima, Mada kao zaključak treba istaći da se dijagnoza autoimnog oboljenja treba

otkriti prije dolaska pacijenta u stanje da zahtjeva intenzivni terapijski tretman i respiratornu podršku mehaničke ventilacije.

Reference

1. Miller CS. Skin-deep diagnosis: affective bias and zebra retreat complicating the diagnosis of systemic sclerosis. *Am J Med Sci* 2013; 345(1):53-6.
2. Fugger L. Challenges, Progress and prospects of developing therapies to treat autoimmune diseases. *Cell* 2020; 181(1):63-80.
3. Benaroya Resrch Institute. Diagnosing Autoimmune Diseases ; benaroyaresearch.org
4. Dregmans E., Kaal AG, Meziyerh S. Analysis of variation between diagnosis at admission vs discharge and clinical outcomes among adults with possible bacteremia. *JAMA Netw Open* 2022; 5(6):e2218172
5. Carroll WD, Streneger V, Balfour-Lynn M. European and United Kingdom COVID 19 experience : The same but different. *Pediatric Resp Rev* 2020; 35:50-6.
6. Chang SE, Allan FP et al. New onset IgG autoantibodies in hospitalized patients with COVID 19. *Nat Commun* 2021; 12:5417.
7. Woodruff MC, Ramonell RP, Sain AA et al. Elaxed peripheral tolerance drives broad de novo autoreactivity in severe COVID-19, 2021.
8. Reiff DD, Mayer CG, Marlin B et al. New onset ANCA-associated vasculitis in adolescent during an acute COVID -19 infection: a case report *BMC Pediratics* 2021; 333.
9. Rarok AA, Van Der Geld YM, Stegman CA et al. Diversity of PR3-ANCA Epitope Specificity in Wegeners Granulomatosis. *J Clin Immunol* 2003; 23:460-8.
10. Tomkins M, Tudor R, Smith D. Propylthiouracil-induced antineutrophil cytoplasmic antibody-associated asculitis and agranulocytosis in a patient . *Jurl of Endocrinological Investigation* 2013.
11. Trusau A, Brit ML. Propylthiouracil-induced ANCA negative cutaneous small vessel vasculitis. *J Community Hosp Intern Med Prospect* 2018; 8(1):35-7.
12. Wong AH, Wong WK, Looi LM et al. Propylthiouracil – Inuced Antinrutophil Cytoplasmic Antibodies-Associated Vasculitis whit Reanl and Lung Involment. *Case Rep Nephrol Dial* 2022; 12:105–11.
13. Yoo J, Jung SM et al. Should nasal biopsy inevitably prefomred for classifying granulomatosis whit polyangitis in patient whit rhinosinusitis? A retrospective chat review study. *Rheumatol Int* 2019; 39:885-99.
14. Tracy C. Granulomatosisi whit Polyangitis (GPA, formerly Wegwer Granulomatosis) *Medscape*.

Prikaz slučaja

RAZVOJNE VENSKE ANOMALIJE MOZGA KOD NOVOROĐENČADI

Venske anomalije

Orhana Grahić Mujčinović¹, Elma Smajlović¹, Hakija Bečulić²

Sažetak

Razvojna venska anomalija ili venski angiom je relativno česta vaskularna malformacija mozga u odrasloj populaciji. Obično je asimptomatska, slučajno otkrivena u toku radioloških pretraga nervnog sistema, ali rijetko u neonatalnoj dobi. Mali broj njih je kompliciran krvarenjem, koje je u većini slučajeva uzrokovano udruženim drugim vaskularnim anomalijama. Hirurška ili endovaskularna obliteracija nosi značajan rizik od venskog infarkta, pa se preferira konzervativno liječenje.

Prikazaćemo dva slučaja cerebralne razvojne venske anomalije kod novorođenčadi, oba su bila komplikovana krvarenjem i liječena su konzervativno. Dodatne anomalije nisu pronađene na dijagnostičkim snimcima, ali jedno dijete je testirano na trombofiliju i heterozigotno na faktor V Leiden mutaciju.

Ključne riječi: venski angiomi, intrakranijalna krvarenja, novorođenče

Autor za korespondenciju:

Orhana Grahić Mujčinović

Odjel pedijatrije, Kantonalna bolnica Zenica

Crkvice 67, 72000 Zenica, bosna i Hercegovina

Tel. 032447351

E-mail: orhanagrahic@yahoo.com

¹Odjel pedijatrije, ²Odjel neurohirurgije, Kantonalna bolnica Zenica, Zenica, Bosna i Hercegovina

Uvod

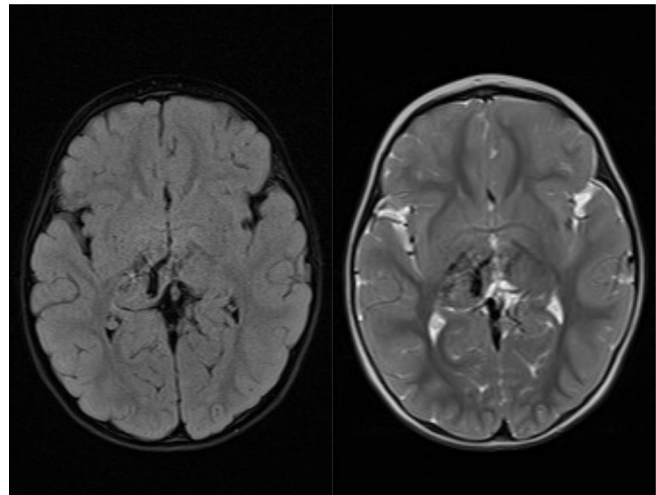
Cerebralni venski angiom ili cerebralna razvojna venska anomalija (*developmental venous anomaly - DVA*) je benigna anatomska varijanta venske drenaže parenhima mozga i jedna je od najčešćih vaskularnih malformacija u mozgu odrasle osobe (1). Često se nađu akcidentalno u toku radioloških pretraga mozga iz drugih razloga, ali rijetko u neonatalnoj dobi. U većini slučajeva su asimptomatski, ali ponekad se mogu zakomplikovati krvarenjem ili se mogu javiti simptomi poput glavobolje ili epileptičnog napada.

Cerebralni angiomi daju znak „*caput medusae*“ na snimcima, koji dolazi iz slike mnoštva malih vena koje dreniraju u centralnu venu. Mogu biti mali ili toliko veliki da dreniraju cijelu hemisferu mozga (2). U većini slučajeva venski angiomi su pojedinačna anomalija, ali ponekad ih može biti više i tada su najčešće nasljedne anomalije.

Kod ovih venskih anomalija mozga ne preferira se hirurški tretman, zbog rizika od infarkta dijela mozga koji dreniraju. Čak i kada su komplicirane sa krvarenjem, liječenje je u najvećem broju slučajeva konzervativno (3).

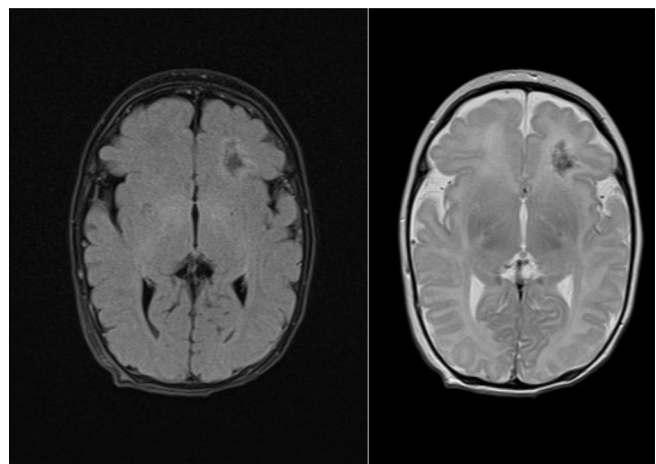
Prikaz slučajeva

Prvi slučaj je žensko nedonošče, rođeno kao prvo dijete iz prve trudnoće u 33. nedjelji gestacije, porod dovršen operativno carskim rezom zbog epileptičnog statusa majke (eklampsije). Porođajna masa 2270 g, porođajna dužina 44 cm, Apgar skor 5/7. Po rođenju uočavaju se klinički znaci nedonešenosti uz rascjep gornje usne. Urađen je ultrazvuk mozga koji pokaže pojačanu ehogenost u regiji desnog talamusa. Magnetnom rezonancom (MRI) potvrđena je venska anomalija. Preporuke su praćenje, bez hirurškog liječenja. Dijete je operirano zbog rascjepa usne u dobi od 6 mjeseci. Neurološki razvoj tokom prve godine života bio je uredan. U dobi od godinu dana desilo se akutno pogoršanje kliničkog i neurološkog statusa zbog spontanog krvarenja razvojne anomalije mozga. Liječenje krvarenja je bilo konzervativno, a dijete se oporavilo uz određene posljedice (strabizam, anizokorija).



Slika 1. Razvojna venska anomalija u desnom talamusu (Odjel pedijatrije, Kantonalna bolnica Zenica)

Drugi slučaj je također žensko novorođenče, rođeno u terminu, vaginalni porođaj, kao drugo živo dijete iz treće trudnoće. Porođajna masa 3990 g, porođajna dužina 52 cm, Apgar skor 8/9. Zbog neonatalne žutice hospitalizirano u dobi od 4 dana, urađen je ultrazvuk mozga koji je pokazao ehogeno područje u lijevom frontalnom režnju, MRI je potvrdio krvarenje na osnovi razvojne venske anomalije. Osim žutice, nije bilo drugih patoloških kliničkih znakova intrakranijalnog krvarenja. Krvarenje se potpuno povuklo i dijete za sada ima uredan neurološki razvoj. U sklopu dijagnostičke obrade rađeno testiranje na trombofiliju, potvrđena je heterozigotna mutacija za faktor V Leiden.



Slika 2. Razvojna venska anomalija u lijevom frontalnom režnju (Odjel pedijatrije, Kantonalna bolnica Zenica)

Diskusija

Iako su relativno često opisivane u odrasloj populaciji, nema mnogo studija o razvojnim venskim anomalijama

kod djece, osobito u neonatalnom dobu. Prava incidenca je vjerovatno puno veća od procijenjene, obzirom da rijetko daju simptome. U studiji rađenoj u Italiji, u periodu od 10 godina od 2135 novorođenčadi koji su bili podvrgnuti MRI pregledu, samo kod 41 je nađena razvojna venska anomalija, odnosno kod 1,9% slučajeva (5). U studiji Brinjkji i sur. incidenca u DVA kod djece starosti do 1 godine je bila 1,5%, što je značajno manje nego u ostalim ispitivanim dobnim skupinama (6). Incidenca razvojne venske anomalije kod odraslih je na nalazima autopsije 2,7%, a na nalazima slikovnih pretraga i do 6,4% (7,8). Iako se smatra da ove razvojne anomalije vode porijeklo iz embrionalnog doba, patogeneza je i dalje dosta nejasna, te ostaje pitanje da li postnatalni uzroci imaju uticaja na veću incidencu ove anomalije kod odraslih. U oba naša slučaja anomalije su otkrivene slučajno ultrazvučnim pregledom mozga u neonatalnom dobu, gdje je ultrazvučni pregled urađen iz drugih razloga (nedonešenost, hiperbilirubinemija) i potvrđene naknadno MRI pretragom. Ultrazvučni nalaz opisivao je areju pojačane ehogenosti koja je po svojim eho karakteristikama mogla odgovarati krvarenju, u drugom slučaju to i jeste bilo krvarenje na mjestu razvojne anomalije koja se jasno vidjela nakon resorpcije. Ultrazvučni pregled mozga u novorođenačkoj dobi je jednostavna dijagnostička metoda za otkrivanje patoloških promjena, uključujući i razvojne venske anomalije. Sa dopplerom se može vizualizirati protok kroz kolektorsku venu, a serijskim pregledima pratiti eventualne promjene (9). Ultrazvuk se za sada u praksi ne radi rutinski kod asimptomatske novorođenčadi, te je to vjerovatno razlog malog broja detektovanih razvojnih venskih anomalija u ovoj dobi, obzirom da iste uglavnom ne daju simptome. MRI pregled daje više informacija od ultrazvuka, i u oba naša slučaja je dijagnoza potvrđena sa MRI pregledom.

Lokacija DVA je najčešće supratentorijalna, skoro u 70% slučajeva. Lezije mogu biti solitarne i multiple,

često udružene i sa drugim vaskularnim anomalijama. Prema studijama rizik od komplikacija tipa krvarenja kod razvojnih venskih anomalija je 0,68%. Smatra se da se krvarenja uglavnom javljaju kod udružene anomalije tipa kavernoma (5,9,10). U našoj seriji slučajeva nismo dokazali dodatne anomalije, iako su oba komplikovana krvarenjem. Kod jednog novorođenčeta u sklopu dijagnostičke obrade krvarenja rađeno je testiranje na trombofiliju i nađena je heterozigotna mutacija na genu za faktor V Leiden. Iako je mutacija faktor V Leiden primarno genetski defekt koji predisponira trombozi, neke studije izvještavaju o značajnoj prevalenci iste kod neonatusa sa intrakranijalnim krvarenjem. Vjerovatno u nekim patološkim stanjima kod novorođenčadi može imati uticaj na razvoj krvarenja, uzimajući u obzir i nezreo koagulacioni sistem u toj dobi (11, 12). U literaturi je opisana i povećana učestalost razvojnih venskih anomalija kod primarnih tumora mozga (13).

Razvojne venske anomalije rijetko daju simptome i komplikacije, i kod izoliranih nalaza uvijek se preporučuje konzervativni tretman i praćenje. Hirurško uklanjanje može uzrokovati vensku kongestiju i infarkciju tog dijela mozga, te nije terapijski izbor. U slučaju kada je razvojna venska anomalija udružena sa kavernoznom, ako je indiciran operativni tretman, hirurški se uklanjanje kavernom, a ona se ostavlja netaknutom (10).

Zaključak

Vaskularne anomalije mogu imati ulogu u etiologiji intrakranijalnog krvarenja kod djece, čak i u neonatalnoj dobi. Rano otkrivanje anomalije dalo bi priliku za detaljniju dijagnostiku i otkrivanje riziko faktora poput trombofilije prije nego se razviju komplikacije. U neonatalnoj dobi ultrazvuk je dobra skrining metoda za dijagnostiku vaskularnih malformacija u mozgu. Dalje studije će svakako doprinijeti našem razumijevanju ovog patološkog entiteta.

Reference

1. Garner TB, Del Curling O Jr, Kelly DL Jr, Laster DW. The natural history of intracranial venous angiomas. *J Neurosurg* 1991; 75(5):715-22. doi: 10.3171/jns.1991.75.5.0715. PMID: 1919693.
2. Truwitt CL. Venous Angioma of the Brain: History, Significance, and Imaging Findings. *AJR* 1992; 159:1299-307.
3. Mooney MA, Zabramski JM. Developmental venous anomalies. *Handb Clin Neurol* 2017; 143:279-282. doi: 10.1016/B978-0-444-63640-9.00026-6. PMID: 28552150.
4. Mullaguri N, Battineni A, Krishnaiah B et al. Developmental Venous Anomaly Presenting with Spontaneous Intracerebral Hemorrhage, Acute Ischemic Stroke, and Seizure. *Cureus* 2019; 11(8):e5412. doi:10.7759/cureus.541

5. Geraldo AF, Messina SS, Tortora D, Parodi A, Malova M, Morana G et al. Neonatal Developmental Venous Anomalies: Clinicoradiologic Characterization and Follow-Up. *AJNR Am J Neuroradiol* 2020; 41(12):2370-6. doi: 10.3174/ajnr.A6829. Epub 2020 Oct 22. PMID: 33093132; PMCID: PMC7963246.
6. Brinjkji W, El-Rida El-Masri A, Wald JT, Lanzino G. Prevalence of Developmental Venous Anomalies Increases With Age. *Stroke* 2017; 48(7):1997-1999. doi: 10.1161/STROKEAHA.116.016145. Epub 2017 May 23. PMID: 28536179.
7. Sarwar M, McCormick WF. Intracerebral venous angioma. Case report and review. *Arch Neurol* 1978; 35:323-325.
8. Gokce E, Acu B, Beyhan M et al. Magnetic resonance imaging findings of developmental venous anomalies. *Clin Neuroradiol* 2014; 24:135-43.
9. Horsch S, Govaert P, Cowan FM, Benders MJ, Groenendaal F, Lequin MH, Saliou G, de Vries LS. Developmental venous anomaly in the newborn brain. *Neuroradiology* 2014; 56(7):579-88. doi: 10.1007/s00234-014-1367-6. Epub 2014 Apr 23. PMID: 24756165.
10. McLaughlin MR, Kondziolka D, Flickinger JC, Lunsford S, Lunsford LD. The prospective natural history of cerebral venous malformations. *Neurosurgery* 1998; 43(2):195-200; discussion 200-1. doi: 10.1097/00006123-199808000-00001. PMID: 9696070.
11. Aronis S, Bouza H, Pergantou H, Kapsimalis Z, Platokouki H, Xanthou M. Prothrombotic factors in neonates with cerebral thrombosis and intraventricular hemorrhage. *Acta Paediatr Suppl* 2002; 91(438):87-91. doi: 10.1111/j.1651-2227.2002.tb02910.x. PMID: 12477269.
12. Günther G, Junker R, Sträter R, Schobess R, Kurnik K, Heller C, Kosch A, Nowak-Göttl U; Childhood Stroke Study Group. Symptomatic ischemic stroke in full-term neonates : role of acquired and genetic prothrombotic risk factors. *Stroke* 2000; 31(10):2437-41. doi: 10.1161/01.str.31.10.2437. Erratum in: *Stroke* 2001 Jan;32(1):279. PMID: 11022077.
13. Jones BV, Linscott L, Koberlein G, Hummel TR, Leach JL. Increased Prevalence of Developmental Venous Anomalies in Children with Intracranial Neoplasms. *AJNR Am J Neuroradiol* 2015; 36(9):1782-5. doi: 10.3174/ajnr.A4352. Epub 2015 May 28. PMID: 26021620; PMCID: PMC7968756.
14. Idiculla PS, Gurala D, Philipose J, Rajdev K, Patibandla P. Cerebral Cavernous Malformations, Developmental Venous Anomaly, and Its Coexistence: A Review *Eur Neurol* 2020; 83(4):360-8. doi: 10.1159/000508748. Epub 2020 Jul 30. PMID: 32731220.

Prikaz slučaja

VLAŽNA KOLOSTOMA, PRIKAZ RIJETKO KORIŠTENE I EFIKASNE TEHNIKE U LIJEČENJU IZRAZITO UZNAPREDOVALOG, EKSTENZIVNOG I INOPERABILNOG KOLOREKTALNOG KARCINOMA

Vlažna kolostoma

Senad Dervišević¹, Elvedin Selimanović¹, Goran Zovko¹, Demir Muračević¹, Elvis Cikotić¹, Muhamed Salčinović², Alma Mekić – Abazović³, Emina Karčić – Muračević⁴, Lejla Mujbegović⁵, Senada Džebo⁶

Sažetak

Vlažna kolostoma (*double barreled wet colostomy, DBWC*) podrazumijeva istovremenu urinarnu i fekalnu diverziju jednostavnom i sigurnom hirurškom procedurom korištenjem jedne abdominalne stome. Koristi se kod radikalno operisanih pacijenata sa lokalno uznapredovalim ili recidivnim pelvičnim tumorima kada nije bilo moguće poštediti analni i urinarni sfinkter. Primjenjuje se i kod pacijenata sa neresektabilnim pelvičnim lezijama kada je prisutna urinarna i fekalna opstrukcija koja je posljedica progresije maligne bolesti, a u svrhu poboljšanja općeg stanja i kvaliteta života. Ovim prikazom slučaja predstaviti ćemo vam pacijenticu kojoj je učinjena parcijalna zdjelična egzenteracija sa konstruisanjem vlažne kolostome, te operativnu tehniku navedenog.

Cilj rada je pokazati da vlažna kolostoma predstavlja dobru alternativu u odnosu na druge urinarne rekonstrukcije zbog same činjenice da se kroz jednu stomu prazni i fekalni i urinarni sadržaj, što značajno olakšava pacijentu održavanje te smanjuje komplikacije.

Ključne riječi: vlažna kolostoma, pelvična egzenteracija, komplikacije vlažne kolostome.

Autor za korepodenciju:

Senad Dervišević

Odjel za hirurške bolesti

Kantonalna bolnica Zenica

Crkvice 67, 72 000 Zenica

Bosna i Hercegovina

Tel: +387 32 447 359

E-mail: dervisevic.senad@kbze.ba

¹Odjel za hirurške bolesti, ²Odjel za urologiju, ³Odjel za onkologiju i radioterapiju, ⁴Odjel pedijatrije, ⁵Odjel patologije, Kantonalna bolnica Zenica, Zenica, Bosna i Hercegovina, ⁶Univerzitetski klinički centar Sarajevo, Klinika za plućne bolesti i Sarajevo

Uvod

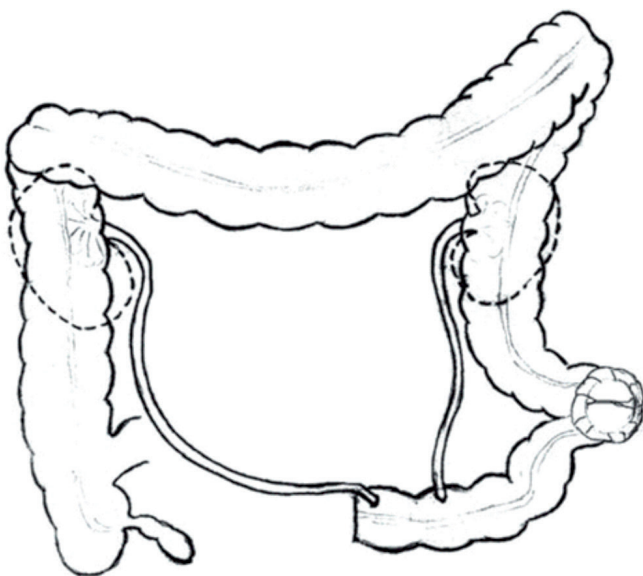
Vlažna kolostoma (*double barreled wet colostomy, DBWC*) podrazumijeva istovremenu urinarnu i fekalnu diverziju jednostavnom i sigurnom hirurškom procedurom korištenjem jedne abdominalne stome (1, 2). Koristi se kod pacijenata radikalno operisanih zbog lokalno uznapredovalog ili recidivnog pelvičnog tumora kada nije bilo moguće poštediti analni i urinarni sfinkter. Primjenjuje se i kod pacijenata sa neresektabilnim pelvičnim lezijama kada je prisutna urinarna i fekalna opstrukcija koja je posljedica progresije maligne bolesti, a u svrhu poboljšanja općeg stanja i kvaliteta života (3). Procedura se primjenjuje i kod pacijenata sa kompleksnim pelvičnim (zdjeličnim) komplikacijama (fistule) nastalim kao posljedice radijacionog tretmana. Kroz historiju su se mnogo češće koristile procedure koje podrazumijevaju dvije nezavisne stome, kutanu uretero – entero stomu (ilealni konduit, Bricker – ova procedura) ili kolon konduit formiranu od transversalnog kolona za urinarnu diverziju i kolostomu za digestivnu diverziju. Potrebno je naglasiti da se vlažnom kolostomom izbjegava resekcija tankog crijeva za formiranjem ilealnog konduita što može biti rizično. Bitnost navedenog se ogleda u činjenici da popuštanje te anastomoze predstavlja najčešću komplikaciju sa letalnim ishodom. Carter i Garnet su 1989. godine prvi put opisali bipolarnu vlažnu kolostomu (DBWC) kao alternativnu tehniku za pacijente koji su bili kandidati za istovremenu fekalnu i urinarnu diverziju (4, 5). Kod originalne vlažne kolostome koju je koristio pionir pelvične hirurgije Brunshwig ureteri su implantirani proksimalno od fekalnog izlaza, tako da su

se stolica i urin miješali prije izlaska na stomu. Historijski, egzenteracija zdjelice ima 50% morbiditeta i 10% mortaliteta (6). Grupa pacijenata koja je bila podvrgnuta multi organskoj resekciji imala je nižu stopu mortaliteta što ukazuje da bi navedena tehnika mogla biti jako korisna ili kao kurativna ili kao palijativna terapija. Napredak u periooperativnom tretmanu i u hirurškoj tehnici dozvoljava radikalnije procedure u zdjeličnoj hirurgiji. Međutim, idalje kao najveći izazov sa kojim se hirurg susreće pri zdjeličnoj egzenteraciji jeste rekonstrukcija urinarnog tranzita i kontinuiteta nakon cistektomije.

Prikaz slučaja

Pacijentica starosne dobi 49 godina primljena je u našu Ustanovu zbog povremenih bolova u donjem dijelu trbuha, neredovnom stolicom praćenom primjesama svježe krvi. Pacijentica je prethodno bila zdrava i njena porodična anamneza na maligna oboljenja je bila negativna. Laboratorijska obrada ukazala je na hroničnu anemiju. Realizirao se kolonoskopski pregled kojim se verifikuje, u predjelu sigmoidnog kolona, na dubini oko 40 cm, nepravilna, polipozna, stenozirajuća tumefakcija. Uzeli su se isječki promjene za patohistološku analizu koji su pokazali da se radi o adenokarcinom kolona infiltrativnog tipa, gradus II.

Kompjuterizirana tomografija (CT) abdomena i male zdjelice je evidentirao prisustvo veće nepravilne zone u području sigmoidnog kolona koja je redukovala skoro u cjelosti lumen pretežno u formi cirkularnog zadebljanja zida. Ventrokaudalno opisana masa je infiltrirala mokraćni mjehur na dužini oko 52 mm, u području baze. Tumorska masa je dorzalno dolazila u kontakt sa korpusom uterusa koji se pokazao lako uvećanim dijelom inhomogenog aspekta sa notiranjem cistiformnog karaktera lezije u ventralnom aspektu korpusa submukozne lokacije promjera oko 10 mm u slici miomatozno izmijenjene materice. Lijevi adneksi su bili kranijalne lokacije, urednog CT prikaza, dok se desni nije vizualizirao najvjerovatnije zbog zahvaćenosti procesom. Nakon završene obrade pacijentica se uputila na Odjel hirurgije zbog planiranog operativnog tretmana. Postoperativno, nakon dobijanja konačnog PHD nalaza preparata, utvrđeno je da se radi o adenokarcinomu (intestinalnog tipa, gr 2 / 3, stadij B2 po AC, p T4N0MXR0). Infiltratio carcinomatosa structuram mesocolonis et parietis vesicae urinariae. Pacijentica se uputila na onkološki konzilij koji je indicirao hemio-



Slika 1. Ilustracija vlažne (wet, DBWC) kolostome

terapija po protokolu Folfox VI ciklusa. Postoperativno pacijentica je onkološki redovno praćena u periodu od sedam godina ,bez komplikacija stome, bez recidiva na posljednim CT skenovima.



Slika 2. CT abdomena i male zdjelice

Operativna tehnika

Nakon preoperativne pripreme i pregleda anesteziologa urađen je operativni zahvat. Pacijentica je postavljena u blagi ginekološki položaj, te medijalnim rezom kože i potkože iznad i ispod pupka, pristupili smo u trbušnu šupljinu. Eksplorirana je trbušna šupljina. Na distalnom dijelu sigmoidnog kolona nađena je tumorska masa koja većim dijelom infiltrira mokraćni mjehur i vijugu tankog crijeva. U Retziusovom prostoru nađena je oskudna količina gnojnog sadržaja, isti je evakuisan. Potom je odvojena infiltrirana vijuga tankog crijeva od tumorske mase, a otvoreni lumen je zatvoren u dva sloja. Potom je pozvan urolog koji uradi intraoperativnu cistoskopiju, te verificira tumorsku masu koja u potpunosti ispunjava mokraćni mjehur i indicira cistektomiju. Descendentni i sigmoidni kolon zajedno sa mezokolonom se sa lateralne strane isprepariraju i mobiliziraju, odigine od lijeve bubrežne lože i Gerota fascije, do medijalne linije. Učinja je visoka ligatura arterije mesenterice inferior oko 2 cm od izlazišta iz aorte. Učinjena je i ligatura vene mesenterice inferior na donjem rubu

pankreas. Pažljivo je ispreparirana gornja trećina rektuma. Veća krvarenja zbrinuta su ligaturama, a manja elektrokoagulacijom. Učinjena je resekcija kolona oralno linearnim staplerom, na odgovarajućoj visini na descendentnom kolonu. Potom je urađena niska resekcija rektuma na granici prema analnom kanalu. Uslijedila je cistektomija, a potom i histerektomija sa adnektomijom. U nastavku smo dodatno mobilizirali lijenalnu fleksura. Na posebnom otvoru na koži izvedena je bipolarna kolostoma, desetak cm od resekcione linije, korištenjem Vicryl 3-0 pojedinačnim šavovima koji su plasirani na kožu otvora na trbušnom zidu i zid posuvraćenog kolona. U svaki ureter je plasirana ureteralna sonda koja je fiksirana običnom ligaturom. Dodatno su mobilizirani ureteri sa obje strane. Na antimezenterijalnoj strani kolona pojedinačnim šavovima učinjena je ureterokolo anastomoza. Kolonični rezervoar se ne fiksira za trbušni zid. Postavljena su dva drena u Douglasov prostor i izvedeni na posebne otvore na koži prednjeg trbušnog zida. Uslijedila je revizija hemostaze i šavovi operativne rane po slojevima. Kada je zatvorena koža, dodatnim pojedinačnim šavovima je izvršena završna konstrukcija kolostome. Pacijentica je postoperativno prva tri dana praćena na jedinici intenzivnog liječenja, a potom na našem odjelu. Nakon uspostavljanja crijevne pasaže peti postoperativni dan je uvedena enteralna prehrana. U postoperativnom toku redovno su rađeni kontrolni laboratorijski nalazi, korigovani novonastali elektrolitni, proteinski i krvni dizbalansi. Sedmi postoperativni dan urađena je urografija i potom izvađeni drenovi. Uz konsultaciju sa urologom držimo uretralne sonde 3 sedmice, a potom se iste vade.

Diskusija

Vlažna kolostoma, prvi put urađena i opisana od strane Bruschwig – a, imala je mnogo metaboličkih i infektivnih komplikacija povezanih sa vrlo otežanim održavanjem stome, naročito odlivom tečnosti. Godine 1989. Carter vrši modifikaciju gore navedene stome, odvajanjem fekalnog od urinarnog odliva, te uspijeva smanjiti mogućnost nastanka ranijih komplikacija. Upotreba navedena stome je pokazala izvjesne olakšice pri održavanju od strane pacijenata zbog same činjenice da umjesto konstantno tečne stolice, pacijent sada ima kontinuiranu urinarnu produkciju ali i djelimično formiranu stolicu. Ako tome dodamo i činjenicu da će pacijent imati samo jednu stomu, mnogo više pacijenta se lakše odluči za prihvatanje pomenutog operativnog za-

hvata. Vlažna (DBWC) stoma se koristi kod parcijalne i totalne egzenteracije zdjelice u ginekologiji, urologiji i kolorektalnoj hirurgiji. Mnoge komplikacije su tokom godina povezane sa urinarnom derivacijom. U ranom postoperativnom periodu moguć je nastanak septičnih komplikacija poput abscesa zdjelice ili peritonitisa te na samoj uretero-kolono-anastomozi rane komplikacije u vidu fistula ili kasne stenoze. Postoji mogućnost i formiranja kamenaca u urinarnom rezervoaru. Infekcije rane, postoperativni ileus, metabolička acidoza su povezane i primjećene u brojnim studijama kao komplikacije gore navedene stome. Perioperativni mortalitet iznosi 0 - 11,56%. Kao kasne komplikacije nađene su i pojave karcinoma na uretero – kolonomanastomozi, te stvaranje polipa u urinarnim rezervoarima i do 40% slučajeva (8–12). U našem slučaju osim blagog metaboličkog disbalansa koji se uspješno korigovao sa adekvatnom parenteralnom i enteralnom ishranom pacijentice i blage dilatacije uretera, ali sa urednim serumskim vrijednostima kreatinina, nismo imali veće komplikacije. Poučeni našim iskustvom, ali i podacima iz literature, možemo zaključiti da se iste mogu izbjeći uz adekvatnu indikaciju za operativni zahvat, dobru preoperativu pripremu i dobro opće stanje pacijenta. Ne smije se zanemariti izrazita bitnost adekvatne hiruške tehnike te stručnost medicinskog tima koji učestvuje u izvođenju procedure. Ukoliko se izbjegnu gore navedene komplikacije vlažne kolostome pacijenti će zasigurno voditi kvalitetniji život. Ovu činjenicu podržava kvantitativna studija o kvalitetu života pacijenata

sa vlažnom kolostomom, urađena od strane Lopes de Queiroz i saradnika, u kojoj je devet pacijenata imalo prosječno globalno stanje zdravlja visokih 81.7 (9).

Zaključak

U ovom radu smo predstavili prednosti ove operativne tehnike uz zanemarive postoperativne komplikacije, koje su mnogo rjeđe od literaturnih.

S obzirom na rapidan porast oboljelih od kolorektalnih karcinoma koji se uglavnom otkriju u lokalno uznapredovalom ili metastatskom stadiju bolesti od ključne je važnosti detektovati stadij bolesti i profil pacijenta za odabir operativne tehnike.

Čak do 37% novootkrivenih slučajeva kolorektalnih karcinoma je dijagnostikovano kao lokalno uznapredovala bolest sa invazijom okolnih struktura. Ovo su podaci iz svjetske statistike, s obzirom da mi, nažalost, nemamo adekvatne baze podataka, odnosno Registar za rak. Dosadašnjim radom i vlastitim iskustvom, smo ustanovili da je ova brojka daleko veća. Činjenica je da naša zemlja spada među siromašnije zemlje u Evropi, te da shodno tome nemamo sredstava za rani screening i preventivnu zdravstvenu zaštitu zbog čega možemo očekivati sve veći broj lokalno uznapredovalih tumora. Upravo je ova činjenica razlog da više koristimo gore navedenu proceduru. Vlažna kolostoma predstavlja adekvatnu opciju za pacijente, kako u terapijskom, tako i palijativnom smislu i obezbjeđuje im dobar kvalitet života koji je onkološkom pacijentu imperativ.

Literatura

1. Carter MF, Dalton DP, Garnett JE. Simultaneous diversion of the urinary and fecal streams utilizing a single abdominal stoma: the double – barreled wet colostomy. *J Urol* 1989; 141(5):1189-91.
2. Carter MF, Dalton DP, Garnett JE. The double – barreled wet colostomy: long term experience with the first 11 patients. *J Urol* 1994; 152(6 Pt 2):2312 -5.
3. Takada H, YOSHIOKA K, Boku T, Yoshida R, Nakagawa K, Matsuda T, Hioki K. Double – barreled wet colostomy. A simple method of urinary diversion for patients undergoing pelvic exenteration. *Dis Colon Rectum* 1995; 38(12):1325 – 6.
4. Osorio Gullon A, De Oca J, Lopez Costea MA, Virgili J, Ramos E, del Rio C, Marti Rague J. Double barreled wet colostomy: a safe and simple method after pelvic exenteration. *Int J Colorectal Dis* 1997; 12(1):37 – 41.
5. Blanco Diez A, Fernandez Rosado E, Alvarez Castelo L, Sanchez Rodriguez – Losada J, Chantada Abal V, Novas Castro S, Barbagelata Lopez A, Serrano Barrientos J, Gonzalez Martin M. Double barreled wet colostomy: analysis of urinary diversion *Actas Urol Esp.* 2003; 27(8):611 – 7.
6. Gannon CJ, Zager JS, Chang GJ, Feig BW, Wood CG, Skibber JM et al. Pelvic exenteration affords safe and durable treatment for locally advanced rectal carcinoma. *Ann Surg Oncol* 2007; 14(6):1870–7.
7. Kecmanovic DM, Pavlov MJ, Kovacevic PA, Sepetkovski AV, Ceranic MS, Stamenkovic AB: Management of advanced pelvic cancer by exenteration. *Eur J Surg Oncol* 2003; 29:743–6

8. Sukumar S, Sivanandam E, Bhat S, Mathew G, Sudheer OV, Dhar P. Revisiting the double-barreled wet colostomy for simultaneous urinary and fecal diversion-an Indian experience. *Indian Journal of Gastroenterology* 2010; 29:240–3.
9. Golda T, Biondo S, Kreisler E, Frago R, Fracalvieri D, Millan M. Follow-up of double-barreled wet colostomy after pelvic exenteration at a single institution. *Diseases of the Colon and Rectum* 2010; 53:822–9.
10. Blanco D'íez A, Fernández Rosado E, Alvarez Castelo L et al. Double barred wet colostomy: analysi. *Actas Urologicas Espanolas* 2003; 27:611–17.
11. Lopez-Cano M, Mañnas MJ, Hermosilla E, Esp'ín E. Multivisceral resection for colon cancer: analysis of prognostic factors. *Digestive Surgery* 2010; 27:238–45.
12. Lopes de Queiroz F, Barbosa-Silva T, Pyramo Costa LM, Werneck Côrtes BJ, Figueiredo JA, Guerra F et al. Double-barrelled wet colostomy with simultaneous urinary and faecal diversion: results in 9 patients and review of the literature. *Colorectal Dis* 2006; 8:353-9.
13. Guimaraes GC, Ferreira FO, Rossi BM, Aguiar S Jr, Zequi SC, Bachega W et al. Double-Barreled wet colostomy is a safe option for simultaneous urinary and fecal diversion. Analysis of 56 procedures from a single institution. *J Surg Oncol* 2006; 93:206–11.

INFORMACIJE IZ LJEKARSKE KOMORE ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA

Od posljednje objave iz Ljekarske komore Zeničko-dobojskog kantona u našem biltenu protekao je period od tačno godinu dana, te Vas ovim putem informišem o svim aktivnostima Komore u proteklom periodu.

Izvršni odbor Ljekarske komore donio je odluku o izradi novog loga Ljekarske komore Zeničko-dobojskog kantona u cilju bolje vidljivosti i prepoznatljivosti Komore u djelovanju prema trećim licima.

U cilju povećanja zaštite i sigurnosti dokumenata sa javnim ovlaštenjima koje Komora izdaje izrađen je unificirana hologramska naljepnica Komore.

Imenovan je novi RO za Bilten i Medicinski Glasnik Ljekarske komore Zeničko-dobojskog kantona uz opasku, da je RO Biltenu potrebno u potpunosti zamijeniti isključivo osobama koje se bave naučno-istraživačkim radom (obzirom da trenutno funkciju RO obnaša Izvršni odbor Komore), te će u narednom periodu u zavisnosti od interesa članova isti biti postepeno zamijenjeni.

06.09.2021. godine Komisija za edukaciju Ljekarske komore Zeničko-dobojskog kantona organizuje stručni sastanak „Covid-19 – Šta smo naučili i naše iskustvo u tretmanu Covid-19 pacijenata”, poštujući sve mjere koje su bile na snazi.

Ovaj stručni sastanak predstavljao je nastavak seta stručnih sastanaka vezanih za Covid-19, a gdje se možemo pohvaliti da smo jedina organizacija u regiji koja je organizovala stručni sastanak o Covid-19, a da on zvanično nije prošao granice Bosne i Hercegovine.

U saradnji sa Udruženjem-Udrugom hirurga/kirurga FBiH u periodu od 17.09.2021. godine do 18.09.2021. godine organizovan je Simpozijum Multidisciplinarni pristup liječenju kolorektalnog karcinoma na kojem su učešće uzeli eminentni stručnjaci iz Koc klinike iz Turske, te su u saradnji sa Odjelom za hirurške bolesti JU Kantonalna bolnica Zenica istim pružili edukaciju iz novih saznanja u oblasti kolorektalnog karcinoma, te ovim putem čestitam načelniku Odjela Dervišević Mr.sc.prim.dr Senadu i tadašnjem Predsjedniku Udruženja Koluh Doc.dr Anhelu na uloženom trudu za realizaciju ovog Simpozijuma koji je bio od velikog značaja za učesnike istog.

Tokom mjeseca oktobra i novembra 2021. godine Komisija za edukaciju u JU Kantonalna bolnica Zenica organizuje stručni sastanak “Racionalna upotreba antibiotika u hiruškim disciplinama”.

Po prvi put od osnivanja Ljekarske komore Zeničko-dobojskog kantona 02.12.2021. godine Izvršni odbor održava se u Tešnju, a nakon istog i stručni sastanak na kojem su učešće uzeli naši članovi iz Tešnja.

Ljekarska komora Zeničko-dobojskog kantona u periodu od 03.12.2021. godine do 05.12.2021. godine u saradnji sa Udruženjem doktora medicine anesteziologa-reanimatologa u Bosni i Hercegovini organizuje Simpozij sa međunarodnim učešćem.

U 2022. godini 12 ljekara prijavilo se za dodjelu zvanja Primarijus, te je svih 12 kandidata dobilo počasno zvanje Primarijus.

Izvršni odbor Ljekarske komore Zeničko-dobojskog kantona pripremio je i uputio je Ljekarskoj/Liječničkoj komori FBiH nacrt Pravilnika o utvrđivanju zajedničkih kriterija za licenciranje članova Ljekarske/Liječničke komore FBiH i članova kantonalnih/županijskih ljekarskih/liječničkih komora, a kojim je predviđeno smanjivanje birokratskih procedura za članove.

03.03.2022. godine u organizaciji Komisije za edukaciju održan je Stručni sastanak „Kliničke manifestacije COVID-19 infekcije“ na kojem je omogućen i online pristup učešća za sve zainteresirane ljekare iz FBiH.

Nakon višemjesečnih pregovora data je saglasnost za projekat tečaja dječije anestezije koji će u narednom periodu sprovoditi Ljekarska komora Zeničko-dobojskog kantona u saradnji sa WFSA (World Federation Of Societies of Anesthesiologists), a o čemu ćete biti blagovremeno informisani.

Kontinuirano radimo na usavršavanju našeg Web registra, te omogućavanju članstva praćenja svih svojih podataka iz evidencija Komore, kao i vođenju statističkih podataka koji su od značaja za Komoru.

Ovaj vid modernizacije rada Komore doprinijeti će i efikasnosti u samom radu, kao i omogućavanje uvida u rad po zahtjevu nadležnom Ministarstvu.

07.05.2022. godine po prvi put u saradnji sa Komorom medicinskih sestara-tehničara organizujemo stručni sastanak povodom dana zdravlja, te je isti u organizacionom dijelu zasigurno zaslužio sve pohvale.

Ističem svoje zadovoljstvo zbog efikasnog rada svih Organa i Komisija Komore, te ovom prilikom se zahvaljujem kompletnoj Komisiji za edukaciju za svoju predanost u radu, a posebno Hadžić Mr.med.sci.prim.dr Eldiri koja je svojom energijom doprinijela efikasnosti u radu ove Komisije.

Radna grupa za potrebe pronalaska adekvatnijih prostorija za potrebe Komore izvršila je uvid u jedan potencijalno interesantan prostor, te se od investitora čekaju konkretni podaci, a za eventualnu prezentaciju Skupštini Komore.

U narednom periodu Komora će biti posvećena očuvanju ljekarske struke i poboljšanju edukacija za članove,

te ćemo pokušati obezbjediti što veći broj individualnih edukacija i tečajeva za naše članove, a u skladu sa finansijskim mogućnostima.

Istakao bih zadovoljstvu u komunikaciji sa Ministarstvom zdravstva Zeničko-dobojskog kantona i Ministrom Jupiće dr. Adnanom, koji je iskazao interes za učešće u projektima koje smo do sada realizovali.

Nakon određenih nesuglasica i drugačijih mišljenja ostvaren je kontakt i sa Škaljo Prof. Omerom direktorom ZZO ZDK, a gdje se nadam da ćemo uz zajedničke sastanke i razgovore na obostrano zadovoljstvo uspjeti pronaći rješenje za probleme sa kojima se naši članovi susreću, a sve u cilju omogućavanja što kvalitetnije zdravstvene zaštite korisnicima iste.

Pozivam sve zainteresirane članove da se aktivno uključe u rad Komore, dostave svoje prijedloge i ideje, a kako bi iste razmotrili i eventualno realizovali.

Prim.dr Tarik Kapidžić

INFORMACIJE IZ SAMOSTALNOG STRUKOVNOG SINDIKATA DOKTORA MEDICINE I STOMATOLOGIJE ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA

Poštovane kolegice i kolege,

Dana 04.11.2021. usvojen je Zakon o reprezentativnosti sindikata i udruženja poslodavaca FBiH kojim je okončana dugogodišnja borba za priznavanje prava našem sindikatu da predstavlja i bori se za prava doktora medicine i stomatologije.

Samostalni strukovni sindikat doktora medicine i stomatologije Zeničko-dobojskog kantona u prethodnom periodu nastavio je raditi na poboljšanju uslova rada doktora medicine i stomatologije.

Tokom 2021. godine započeti su pregovori za novi Kolektivni ugovor o pravima, obavezama poslodavaca i radnika u djelatnosti doktora medicine i stomatologije na području Zeničko – dobojskog kantona koji su na naše zadovoljstvo okončani zaključivanjem ugovora koji garantuje dva uvećanja plata u ovoj godini. Ugovor je potpisan 10.03.2022. godine.

Samostalni strukovni sindikat doktora medicine i stomatologije Zeničko-dobojskog kantona u prethodnom periodu obezbjedio je svojim članovima mogućnost osiguranja od profesionalne odgovornosti i osiguranja od nezgode.

Upravni odbor radi na izmjenama i donošenju novih normativnih akata u cilju efikasnijeg rada Sindikata.

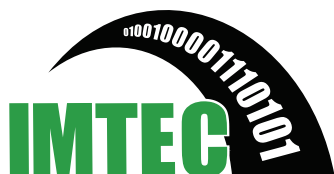
Odbor solidarnosti Sindikata po ustaljenoj praksi odgovorio je na sve pristigle zahtjeve.

Saradnja sa Ljekarskom komorom Zeničko-dobojskog kantona kontinuirano se održava, te se zajednički djeluje u cilju poboljšanja uslova rada.

» Za uspješan početak.



Popust od 10% za plaćanje Mastercard® karticama.



unicredit.ba



