originalni rad – urgentna medicina

BILIJARNE KOLIKE U HITNOJ POMOĆI

Nada Banjac¹, Davor Đurić²

¹Služba hitne medicinske pomoći sa edukativnim centrom, JZU Dom Zdravlja Banjaluka,

²Služba hitne medicinske pomoći Dom Zdravlja Derventa, Bosna i Hercegovina

SAŽETAK

Uvod: Bilijarne kolike najčešći su simptom bolesti usled prisustva kamena u žučnoj kesici. Karakteriše ih bol ispod desnog rebarnog luka koji se širi u desno rame, često su praćene mučninom i povraćanjem. Bol je oštar i isprekidan u trajanju od nekoliko sati ili neprekidan.

Cilj: Istraživanje je sprovedeno sa ciljem da prikaže incidencu žučnih kolika i ostalih tegoba u patologiji bilijarnog trakta, izbor terapije i razloge za upućivanje na hirurški tretman.

Metodologija: Sprovedna je retrospektivna analiza podataka iz protokola Hitne službe Derventa za period juni/decembar 2017.god. u koje su uključeni svi pacijenti sa dijagnozom žučna kolika.

Rezultati: Od ukupnog broja pacijenata (8793) u datom periodu, kod 51 (0,58%) pacijenta je postavljena dijagnoza bilijarne kolike. U analizu je uključeno 19 (37,25%) muškaraca i 32 (62,75 %) žene. Najviše pacijenata je bilo u dobnoj skupini od 40-50 godina (27,4%). U odnosu na dijagnozu bili su zastupljeni: akutni holecistitis (1,9%), akutni kalkulozni holecistitis (21,6%), akutizacija hroničnog kalkuloznog holecistitisa (5,9%), hronični kalkulozni holecistitis u egzacerbaciji (68,6%). U izboru terapije bili su zastupljeni: analgetici (7,84%), spazmolitici (23,53%), spazmolitici i infuzioni rastvori (21,6%), analgetici u kombinaciji sa spazmoliticima i infuzionim rastvorima (45,91%) i opioidni analgetici (1,9%). U Hitnoj službi je zbrinuto i opservirano 76,47% pacijenata, a na hirurški tretman upućeno je 23,53% pacijenata. **Zaključak:** Potrebna je konstantna edukacija osoblja SHMP radi efikasnog prepoznavanja bilijarnih tegoba i eventualnih komplikacija koje vode do životno ugrožavajućih stanja. Nedostatak ultrazvučnog aparata i biohemijskih pokazatelja u hitnim službama otežavaju ljekarima u hitnim službama pravilnu procjenu pacijentovog stanja i povećavaju broj pacijenata upućenih na hirurški pregled.

Ključne riječi: žučne kolike, izbor terapije, pregled hirurga

---

UVOD

Žučne kolike su najčešći simptom bolesti usled prisustva kamena u žučnoj kesici. Karakterišu ih napadi bola u stomaku, često locirani ispod desnog rebarnog luka koji zrači prema leđima u područje desne

lopatice i prema desnom ramenu, te pojava mučnine, gađenja i povraćanja. Obično su uzrokovane kontrakcijom žučne kese nakon masnog obroka. Bol prolazi sa opuštanjem žučne kese nakon nekoliko sati.

Žučna kesa je muskulatorni organ oblika kruške, dug 1.2 do 2.4 cm, smješten u gornjem desnom dijelu abdomena, ispod jetre, priljubljena u tzv. fossi vesicae felleae [1]. Povezana je sa jetrom i crijevima putem izvodnog kanala, ductus cysticus-a, koji se uliva u izvodni kanal jetre, ductus hepaticus communis, pa zajedno čine ductus choledochus. Ductus choledochus se pruža naniže kroz lig. hepatoduodenale, u kome leži ispred i udesno od venae portae, a udesno od a.hepaticae propriae, prolazi iza gornjeg dijela duodenuma i glave pankreasa te ulazi u unutrašnji zid nishodnog dijela duodenuma (**slika 1**).

A
B

Slika 1. Žučna kesa i anatomija žučnih putova(A,B)

U zidu duodenuma se spaja sa glavnim izvodnim kanalom pankreasa, gradeći sa njim kruškasto proširenje (ampulla

hepatopancreatica Vateri), koja se otvara na velikoj bradavici duodenuma (papilla duodeni major). U završnim dijelovima izvodnih kanala žučnih puteva i pankreasa postoji sfinkterski mehanizam koji sprečava prelazak žuči i pankreasnog sekreta u duodenum izvan perioda varenja, a takođe sprečava i prelazak duodenalnog sadržaja u ove kanale. Ovaj mehanizam se sastoji od posebnog sfinktera ductus-a choledochus-a, posebnog sfinktera ductus-a pancreaticus-a major-a i zajedničkog sfinktera oba kanala koji obuhvata Vaterovu ampulu i naziva se Oddijev sfinkter (m.sphincter ampullae hepatopancreaticae Vateri) (**slika 2**).

Slika 2. Sfinkterski mehanizam

Sekrecija žuči

Glavna svrha žučne kese je koncentracija i sakupljanje žuči, tečnosti zelenkasto-smeđe boje koju proizvodi jetra. Dnevno odrasla osoba izluči oko 1000 ml žuči. Glavni pokretač sekrecije žuči je aktivna sekrecija žučnih soli. Bilirubin, holesterol i lecitin se aktivno luče u žuč, voda i natrijum prate sekreciju žučnih soli, a ćelije izvodnih žučnih kanala aktivno luče jone natrijuma i bikarbonata, a joni kalijuma i voda prate ovu sekreciju, čime se povećava količina žuči i sadržaj elektrolita u njoj [3]. U žučnoj kesi dolazi do koncentrisanja žuči resorpcijom vode,

uz istovremenu sekreciju mucina, što dovodi do koncentrisanja žuči 6-10 puta. Nakon obroka, pod uticajem holecistokinina, dolazi do kontrakcije žučne kese uz istovremenu relaksaciju sfinktera papile te žuč otiče u duodenum. Osim holecistokinina pražnjenje žučne kese mogu da potaknu magnezijum sulfat, masne kiseline dugih lanaca, a iz hrane ulja, žumance jajeta itd.

Sastav žuči

Sastav žuči u kanalčićima jetre se znatno razlikuje od žuči u žučnoj kesi. **Žuč A (primarna žuč** - žuč iz kanalića jetre) se sastoji od 97% vode, a 3% čine žučne soli, elektroliti, bilirubin, holesterol, lecitin, mucin i enzimi. **Žuč B (sekundarna žuč** - žuč iz žučne kese) zbog resorpcije vode se mijenja, pa raste udio holesterola, žučnih boja, proteina, i elektrolita. Specifična težina žuči iz jetre je 1010, a specifična težina žuči B je 1040. Žuč jetre je alkalna, a žuč u žučnoj kesici je kisela zbog porasta koncentracije žučnih kiselina.

Glavni sastojci suvog ostatka žuči su holesterol, žučne soli (u obliku micela) i lecitin. Njihovi međusobni odnosi u micelama su vrlo stabilni, žučne soli (77%), lecitin (oko 18%) i holesterol (oko 5%). U tom odnosu su ovi sastojci rastvorljivi, uprkos tome što resorpcijom vode, dolazi do znatnog koncentrisanja žuči u žučnoj kesi. Znatnije promjene ovih odnosa u miceli dovode do formiranja holesterolskih konkremenata.

Funkcije žuči

Žučne soli povećavaju rastvorljivost holesterola i omogućavaju njegovu eliminaciju iz organizma, emulguju masti i pomažu njihovu apsorpciju i apsorpciju vitamina rastvorljivih u mastima (A, D, E i K vitamini). Podstiču lučenje vode iz

debelog crijeva čime podstiču kretanje sadržaja u crijevu. Bilirubin (glavna žučna boja) se izlučuje iz žuči kao otpadna supstanca razorenih eritrocita. U žuč se izlučuju lijekovi i drugi otpadni materijali koji se kasnije putem crijeva izlučuju iz tijela. Žučne kiseline emulgujući masne kiseline, sprečavaju nastanak kalcijumovih soli i njihovo taloženje u crijevima. Žuč djeluje antibakterijski, naročito na *Escherichia coli* pa se broj ovih bakterija smanjuje u proksimalnom dijelu tankog crijeva.

Enterohepatična cirkulacija žučnih soli

Enterohepatična cirkulacija žučnih soli odvija se relativno brzo, oko 2 puta u toku jednog varenja hrane, oko 6-8 puta na dan. Dio žučnih soli koji se izlučuje nadoknađuje se sintezom u jetri, a ovim mehanizmom organizam čuva žučne soli koje imaju značajnu ulogu u varenju masti.

Metabolizam bilirubina

U ćelijama retikuloendotelnog sistema stari eritrociti bivaju hemolizirani (vijek eritrocita 120 dana). Iz hema se stvara **biliverdin** koji redukcijom prelazi u nekonjugovani bilirubin (indirektni), vezan je za albumine plazme i nerastvorljiv u vodi. Kada dođe u jetru, u hepatocitima se bilirubin vezuje za proteine i sa glukuronskom kiselinom stvara **bilirubinglukuronid** koji je hidrosolubilan, daje direktnu Bergovu reakciju pa se naziva još i direktnim ili konjugovanim bilirubino (**slika 3**).

Slika 3. Metabolizam bilirubina

U raznim bolestima jetre stvaranje ovog bilirubina je smanjeno pa bilirubin u krvi raste najviše na račun indirektnog bilirubina. U opstruktivnim žuticama stvaranje direktnog bilirubina je normalno ili skoro normalno, tako da bilirubinemija raste na račun porasta direktnog, konjugovanog bilirubina [2].

Pod uticajem bakterija u crijevima bilirubin se redukuje u **urobilinogen** koji oksidacijom prelazi u **urobilin**, a on se najvećim dijelom izlučuje stolicom čija boja i dolazi od ovog pigmenta. Manji dio urobilina se resorbuje i ulazi u enterohepatičku cirkulaciju, a samo mali dio izlučuje preko bubrega.

Mehanizam nastajanja žučnih kamenaca

U formiranju žučnih kamenaca u **žučnoj kesi** odlučujući uticaj imaju poremećaji u stavu žuči. Na formiranje konkremenata u **holedohusu i intrahepatičnim žučnim putevima** odlučujući uticaj imaju bilijarna staza i infekcija. Postoje tri tipa žučnih kamenaca: holesterolski, crni i smeđi pigmentni kamenci. **Crni pigmentni kamenci** se često javljaju kod mlađih osoba sa hemoliznom anemijom i kod ciroze jetre (slika 4). Glavni sastojci ovog konkrementa su bilirubin, žučne soli, holesterol i organska materija. Oni su

nepravilnog oblika, tamne mrko-zelene boje i mekši su od holesterolskih, nisu inficirani.

Slika 4. Crni pigmentni kamenci

Smeđi pigmentni kamenaci su povezani sa bilijarnom infekcijom i bilijarnom stazom i najčešće se nalaze u intrahepatičnim žučnim putevima, češće kod muškaraca. U žučnoj stazi dolazi do koncentrisanja pojedinih sastojaka žuči i razmnožavanja bakterija i infekcije pa dolazi do formiranja konkremenata koji su smeđe, a ponekad i mrkozelene boje, mekani, multipli, redovno inficirani i imaju često oblik odljevka žučnog voda u kome se stvaraju (slika 5).

Slika 5. Smeđi pigmentni kamenci

Holesterolski žučni kamenci su najčešći žučni kamenci (70-90%). Oni su glatki ili fasetirani, čvrsti, a na presjeku imaju tipičnu slojevitú građu (slika 6). Infekcija nema većeg značaja u njihovom nastajanju. Stvaranje ovih konkremenata može inicirati i ubrzati stvaranje tzv. **nidusa**,

jezgra od deskvamiranog epitela, detritusa, nekrotizovanih holesterolskih polipa i dr.

Slika 6. Holesterolski žučni kamenci

Kako izgleda žučna kolika i tegobe vezane za žučne kamence?

Žučna kolika se karakteriše bolovima pod desnim rebrenim lukom (Murphy-jev znak) koji se šire pod desnu lopaticu, desno rame, desni pazuh ili desni hemitoraks (**slika 7**). Bol može biti oštar i isprekidan u trajanju od nekoliko sati, a može biti i neprekidan. Za kolike je tipično da bol polako raste do jednog nivoa i zatim postepeno opada. Pojačava se pri disanju, kretanju i dubokom kašljanju. Bolesnik često ima mučninu i povraća ili ima nagon na povraćanje. Žučnu koliku izaziva pomjeranje jednog ili više kamenaca u žučnoj kesi ili u žučnim vodovima [4].

Slika 7. Topografija bola kod bilijarne kolike

Žučne kolike mogu biti praćene povišenom tjelesnom temperaturom, drhtavicom i žuticom (Charcot-ov trijas). Trajno začepljenje cističnog voda uzrokuje upalu žučne kese (akutni holecistitis), a gušteračnog voda upalu gušterače (pankreatitis). Kolike se mogu javiti nakon

operativnog uklanjanja žučne kese (postholecistektomijski sindrom), izazvane žučnim kamencima u zajedničkom žučnom ili gušteračinom vodu, bilijarnim strikturama, stenozom Odijeveg sfinktera [7].

Nekada se pacijenti žale na tegobe u vidu nadutosti, podrigivanja, žgaravice, težine u stomaku nakon jela, bolova u gornjem dijelu abdomena, krčanje u crijevima, a ponekad imaju prolivastu i kašastu solicu.

Biohemijski parametri holestaze

Najvažniji biohemijski pokazatelji zastoja žuči su:

1. Porast aktivnosti enzima alkalne fosfataze 3 puta iznad normalne vrijednosti, kod opstruktivnog ikterusa uzrokovanog malignom bolešću porast je znatno viši, a kod malignih tumora jetre i metastaza u jetri vrijednosti su izrazito visoke (RV ALP muškarci 60 – 142 U/L ; žene 50 – 153 U/L).
2. Transaminaze (AST i ALT) imaju mali dijagnostički značaj jer su blago do umjereno povećane zbog toksičnog djelovanja bilirubina na hepatocite (RV AST muškarci i žene 8 – 38 U/L ; RV ALT muškarci i žene 10-48 U/L).
3. Porast aktivnosti enzima gama-glutamyltransferaze (γ -GT) 10-20 puta iznad referentnih vrijednosti. (RV muškarci 11-55 U/L, žene 9-35 U/L).
4. Povećanje serumske aktivnosti enzima 5'-Nukleotidaze (5'-NT) 2–6 puta (RV 2-17 U/L).
5. Povećanje vrijednosti holesterola u serumu (RV 4 - 6,5 mmol/L).
6. Povećane vrijednosti bilirubina (prvenstveno direktnog, konjugovanog) u serumu. Normalna koncentracija ukupnog bilirubina je od 6-20,5 μ mol/L, a direktnog bilirubina do 8,5 μ mola/L. Kada su vrijednosti direktnog bilirubina u serumu

veće od 35 $\mu\text{mol/l}$, beonjače vidljivo požute, dok koža požuti kod koncentracije veće od 60 $\mu\text{mol/l}$.

Alkalna fosfataza (AP), γ -glutamiltranferaza (γ -GT) i 5'-nukleotidaza (5'-NT) se zajedno nazivaju **enzimi markeri sindromaolestaze**.

Bilijarna kalkuloza

Ovo je najčešće oboljenje žučnih puteva, a operacije na žučnim putevima spadaju u najčešće operacije u hirurgiji (**slika 8**). Blizu 50% nosilaca žučnih kamenaca nema nikakve simptome ili su oni blagi. Kada se simptomi jave, klinička prezentacija je veoma široka [5].

Slika 8. Kamenci u žučnoj kesi

Akutni holecistitis

Najčešće nastaje zbog opstrukcije ductus-a cysticus-a kamencima i često je komplikovan empijemom žučne kese i gangrenom zida žučne kese. U kliničkoj slici dominira bol praćen mučninom, gađenjem, povraćanjem i nadimanjem. Palpatorno je pozitivan Murphy-jev znak, a u laboratorijskim nalazima je povišena sedimentacija eritrocita, umjerena leukocitoza koja rijetko prelazi $15 \times 10^9/\text{L}$, lako povišen bilirubin i blago uvećane amilaze. Dijagnoza se postavlja ultrasonografski kada se uočava distenzija, zadebljanje, a često i raslojavanje zida žučne kese, u lumenu žučne kese se vide znaci kalkuloze ili mulj, a oko žučne kese tanak sloj tečnosti. Perforacija žučne kese

se vidi ultrasonografski kao veća tečna kolekcija oko žučne kese. Liječenje je konzervativno, po smirenju tegoba hirurško klasičnom ili laparoskopskom holcistektomijom. Indikacije za hitno operativno liječenje su intoksikacija, povišenje tjelesne temperature, leukocitoza veća od $15 \times 10^9/\text{L}$, nagla pojava bola u trbuhu, pojava tumefakcije koja se nije ranije palpirala ili defans trbušnih mišića (naročito dijabetičari) [6].

Akutni akalkulozni holecistitis

Rijetko je oboljenje, oko 5% bolesnika sa akutnim holecistitisom nema kamence. Javlja se kod salmonelozne infekcije, u postoperativnom periodu, u bolesnika na nultoj dijeti, kod terapije tetraciklinima, usled torzije žučne kese, akutnog hepatitisa, kod težih povreda, opekotina, teških infekcija, nakon primanja brojnih transfuzija krvi, velikih doza analgetika, naročito-morfina.

Dijagnoza se postavlja ultrasonografski. Neophodno je hitno hirurško liječenje koje je praćeno znatno većim mortalitetom nego akutni kalkulozni holecistitis.

Akutni emfizematozni holecistitis

Vrlo rijetko oboljenje, često kod muškaraca, dijabetičara i osoba koje nemaju holelitijazu. Izazivaju ga mješovita bakterijska flora i anaerobi. Oboljenje ima brz tok i dovodi do rane intoksikacije, brzog pogoršanja opšteg stanja, prostracije i cirkulatornog kolapsa. Dijagnoza se postavlja nativnim RTG snimkom abdomena na kome se vidi gas u zidu i lumenu žučne kese i žučnih vodova tzv. pneumobilija, koja se takođe može dijagnostifikovati ultrasonografijom. Liječenje je hirurško [8].

Akutni holecistitis u starih

Javlja se kod osoba starijih od 60 godina, a praćen je oskudnim simptomima, oskudnog kliničkog nalaza, a patološki nalaz na žučnoj kesi je obiman. Nerijetko postoji i perforacija žučne kese. Dijagnoza se zbog minimalnih simptoma i oskudnog nalaza postavlja kasno. Ako konzervativno liječenje ne dovede do vidnog poboljšanja u toku 24 sata od početka liječenja, indicirana je holecistektomija.

Akutni holecistitis u djece

Akutni holecistitis djece je rijetko oboljenje, javlja se kao komplikacija sferocitoze ili anemije srpastih ćelija. Obično se javlja u toku dugih, teških oboljenja, povreda, opekotina i poslije operacija, naročito ako postoji dehidracija. Na oboljenje se rijetko misli, pa se sa dijagnozom i operativnim liječenjem obično kasni, a na prognozu utiče ne samo holecistitis, nego i osnovno oboljenje.

Hronični kalkulozni holecistitis

Posledica je intermitentnih opstrukcija cističnog kanala, epizoda akutnog holecistitisa i sanacije zapaljenja. Težina kliničke slike nije uvijek u skladu sa stepenom promjena u zidu žučne kese [9]. Dijagnoza se postavlja nativnom radiografijom, ultrasonografijom, peroralnom i intravenskom holecistografijom. Liječenje je hirurško.

Holedoholitijaza

Holedoholitijaza označava prisustvo žučnog kamenca u glavnom žučnom vodu. Kamenci rjeđe nastaju u duktusu holedokusu (primarna holedoholitijaza) ili češće, dospeju u njega iz žučne kese (sekundarna holedoholitijaza). Klinička slika je različita, a kod većine bolesnika se javljaju komplikacije od kojih su

najvažnije holangitis, bilijarni pankreatitis, sekundarni stenozirajući papilitis, a vrlo rijetko holedohoduodenalne fistule, nekroze i perforacije holedohusa i hemobilije. Liječenje obuhvata endoskopsku ekstrakciju, litotripsiju, disolucionu terapiju, klasičnu hirurgiju.

Holangitis

Holangitis je najčešća klinička manifestacija holedoholitijaze. U osnovi holangitisa leži bilijarna opstrukcija koja dovodi do staze žuči na koju se nadovezuje infekcija. Dijeli se na **ascendentni (nesupurativni) holangitis** koji nastaje kod nepotpune opstrukcije bilijarnog trakta, a infekcija dolazi ascendentnim putem; **supurativni holangitis** se javlja kod potpune opstrukcije bilijarnog stabla, dolazi do razvoja septikemije pa i letalnog ishoda; **rekurentni piogeni (orijentalni) holangitis** je rijedak kod nas i **kriptogeni holangitis** kod koga je infekcija zahvatila intrahepatične dijelove bilijarnog stabla, a javlja se kod sistemskih oboljenja i toksičnog šoka.

U kliničkoj slici je karakterističan Šarkoov trijas: temperatura, žutica, abdominalni bol. U teškim holangitisima, pored Šarkoovog trijasa javljaju se i mentalna konfuzija, letargija i septični šok. U laboratorijskim nalazima značajno je uvećana sedimentacija eritrocita, leukocitoza, ali leukociti mogu biti normalni ili čak sniženi. Bilirubin može biti normalan, lako ili umjereno povećan ili čak veoma visok. Alkalna fosfataza je redovno uvećana, a nivo transaminaza zavisi od težine holangitisa tj. od stepena celularne lezije. U teškim i zapuštenim slučajevima dolazi do porasta uree i kreatinina u krvi. Dijagnoza se postavlja

ultrasonografski i ERCP-om. Liječenje je hirurško.

Intrahepatička bilijarna opstrukcija

Intrahepatična bilijarna opstrukcija je rijedak oblik bilijarne opstrukcije, a kamenci postoje u desnom i lijevom *ductus-u hepaticus-u* i njihovim granama, periferno od bifurkacije kanala u hilusu jetre. Ponekad je udružena sa ekstrahepatičnom litijazom. Kod **primarne** nastaju u intrahepatičkim žučnim putevima, a kod **sekundarne** kamenci migriraju iz žučne kese i holedohusa ascendentno u intrahepatične žučne puteve. U žuči ovih bolesnika postoji bakterijska infekcija (najčešće *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Enterobacter*). Dijagnoza je relativno teška, ponekad se postavlja tek intraoperativno. Liječenje je izuzetno teško, prvenstveno hirurško kada se rade biliodigestivne anastomoze, resekcije jetre uz dugotrajnu medikamentoznu disoluciju kamenaca.

Bilijarni ileus

Bilijarni ileus je opturacioni ileus, češće tankog nego debelog crijeva, izazvan većim žučnim konkrementom. Učestalost mu raste kod osoba starije životne dobi, sa višegodišnjom holecistopatijom, češće kod žena. Nastaje prelaskom većeg žučnog kamena ili više njih kroz biliodigestivnu fistulu u crijevo (najčešće holecistoduodenalna fistula). Simptomi crijeвне opstrukcije obično traju nekoliko dana sa fazama poboljšanja, kako kamen napreduje ka distalnom dijelu crijeva. Dijagnoza se postavlja ultrasonografski i nativnom radiografijom kada možemo zapaziti pneumobiliju, direktnu vizualizaciju konkrementa i promjenu položaja ranije zapaženog konkrementa. Terapija je hirurška, enterolitotomija.

Asimptomatska holelitijaza

Oko 40-60% bolesnika sa holelitijazom nema nikakvih simptoma i dijagnoza se postavi slučajno tokom sistematskog pregleda ili tokom ispitivanja zbog bolesti sa definisanom simptomatologijom koja se ne može dovesti u vezu sa simptomima holelitijaze. Na osnovu kliničkih iskustava, savjetuje se holecistektomija zbog mogućih komplikacija. Kod dijabetičara su komplikacije holelitijaze ozbiljnije i praćene većim mortalitetom, pa holecistektomija ima opravdanje uprkos odsustvu simptoma.

Postholecistektomijski sindrom

Ovaj termin se odnosi na skup različitih tegoba bolesnika kod kojih je urađena holecistektomija, a najčešće su prisutni bol, nadimanje i poremećaji varenja. Uzroci postholecistektomijskog sindroma su brojni i svrstani su u tri grupe:

1. Ovu grupu čine oboljenja koja su postojala uporedo sa holelitijazom, pa poslije operacije daju simptome kao i prije operacije. Takva oboljenja su ulkusna bolest, hronični gastritis, hijatus hernija, refluksni ezofagitis, hronični pankreatitis i dr.
2. Ovu grupu čine oboljenja koja se jave u postoperativnom toku, kao ulkusna bolest, hijatus hernija, neoplazme, a njihovi simptomi se neopravdano vezuju za holecistektomiju.
3. U ovoj grupi su bolesnici kod kojih je u toku operacije učinjena greška ili su se javile komplikacije koje dovode do simptoma kao incizione hernija, ligaturni apscesi, izražene atezije koje ometaju peristaltiku crijeva itd.

Ove bolesnike je potrebno podvrgnuti odgovarajućim ispitivanjima te otkriti

uzrok simptoma i pružiti odgovarajući tretman nakon kojeg će se simptomi izgubiti.

CILJ RADA

Istraživanje je sprovedeno sa ciljem da se utvrdi incidenca žučnih kolika i ostalih tegoba prouzrokovanih patologijom bilijarnog trakta u Domu Zdravlja Derventa za period od šest mjeseci, izbor terapije (analgetik, spazmolitik, infuzione otopine) i opservacija pacijenata pregledanih u SHMP DZ Derventa i razlog za upućivanje pacijenata na hospitalni tretman usljed neefikasnosti terapije i pogoršanja opšteg stanja.

METODE I ISPITANICI

U ovo istraživanje su uključeni svi pacijenti SHMP DZ Derventa za period od početka juna do kraja novembra 2017. g. Ovo je retrospektivna analiza podataka iz protokola rada SHMP DZ Derventa za navedeni period i statistička obrada dobijenih podataka.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

U periodu od 01.06.–30.11. 2017.g u SHMP DZ Derventa pregledano je 8793 pacijenta. Od ukupnog broja pregledanih pacijenata dijagnozu žučne kolike imao je 51 (0,58%) pacijent.

Od ukupnog broja pacijenata sa bilijarnim kolikama, 19 (37,25 %) su muškarci, a 32 (62,75 %) žene (**grafikon 1**).

Grafikon 1. Zastupljenost po polu

Prema starosnoj strukturi najviše je bilo pacijenata u starosnoj grupi od 40–50 godina, ukupno 14 (27,4%), 11 žena i 3 muškarca (**tabela 1, grafikon 2**).

Tabela 2. Dobna struktura pacijenata

	10-20 god	20-30 god	30-40 god	40-50 god	50-60 god	60-70 god	70-80 god	Preko 80 god
Žene	0	3	3	11	9	3	2	1
Muškarci	1	1	3	3	3	4	3	1
Ukupno	1 (1,9%)	4 (7,8%)	6 (11,7%)	14 (27,4%)	12 (23,5%)	7 (13,7%)	5 (9,8%)	2 (3,9%)

Grafikon 2. Starosne grupe sa dg. Bilijarne kolike

U jedinom slučaju zabeležen je akalkulozni holecistitis, kod dječaka od 17 godina, kod koga je naknadno utvrđena dvostruko presavijena žučna kesa. Kod tri pacijenta starosne grupe od 20-30 godina

dijagnostikovao je akutni kalkulozni holecistitis, u kome se nije znalo za postojanje žučnih konkremenata, a u jednom slučaju te starosne skupine se znalo za kalkuluse. Četiri pacijenta starosne skupine 30-40 godina su prethodno imali probleme sa epizodama holecistitisa (2-3 puta), dok su ostala dva znali za kamence i ovo su bile prve epizode akutnog holecistitisa. U skupini starosti 40-50 godina 3 pacijenta, koji su bili planirani za elektivnu holecistektomiju, imali su akutizaciju hroničnog holecistitisa, jedan pacijent je bio pogrešno svrstan u bilijarne kolike, a radilo se o desnostranoj renalnoj kolici. Ostale skupine su znale za kalkulozu i nisu pristajali na operaciju do daljnjeg (**tabela 2, grafikon 3**).

Tabela 2. Zastupljenost po dijagnozama

	Akalkulozni holecistitis	Akutni kalkulozni holecistitis	Akutizacija hroničnog kalkuloznog holecistitisa	Renalna kolika	Hronični kalkulozni holecistitis u egzacerbaciji
Broj slučajeva	1 (1,9%)	11 (21,6%)	3 (5,9%)	1 (1,9%)	35 (68,6%)

Grafikon 3. Zastupljenost po dijagnozama

U pogledu zbrinjavanja pacijenata sa bilijarnim kolikama u SHMP, a uzimajući u obzir standardan terapijski pristup u vidu analgetika (A), spazmolitika (S) i rehidracione terapije (I) rezultati su pokazali sledeće: kod 4 pacijenta primjenjen je analgetik koji je doveo do obezboljavanja pacijenta; kod 12 pacijenata primjena spazmolitika je dovela do poboljšanja; kod 11 pacijenata kombinacija spazmolitika i rehidracije je dala povoljan rezultat; kombinacija analgetik, spazmolitik, infuzioni rastvor primjenjen je 23 puta, a opioidni analgetik primjenjen je samo jednom (**grafikon 4**).

Grafikon 4. Izbor terapije

DISKUSIJA

Ukoliko pacijent ima žučnu koliku, indicirana je primjena analgetika (Diklofenak, Analgin), spazmolitika (Buscopan ili Spasmex), antiemetika (Metoklopramid-Klometol) i rehidraciona terapija (infuzione otopine - kristaloidi). Pacijent se opservira 1-2 sata, te ako se bol smiri i tegobe ne ukazuju na razvoj holecistitisa, pacijent se vraća na kućno liječenje i njegu. Pacijentovoj pratnji je potrebno objasniti da je potrebno da se prate znaci pogoršanja kao što su:

Od 51 pacijenta sa postavljenom dijagnozom bilijarne kolike, 12 (23,53%) pacijenat a je upućeno u bolnicu, 8 (15,69%) sopstveni

m prevozom, a 4 (7,84%) pacijenta su prevežena sanitetskim vozilom na hirurško odjeljenje u OB Doboj (**grafikon 5, 6**).

Grafikon 5. Broj upućenih pacijenata na hirurški tretman

Grafikon 6. Način odlaska na hirurški pregled

povraćanje, mučnina, povišena tjelesna temperatura, karakterističan bol ispod DRL i njegova karakteristična propagacija, defans trbušnih mišića, proliv, poremećaj srčanog ritma (najčešće tahikardija), hipotenzija, slabost, malaksalost, bljedilo, hladan znoj, hladni ekstremiteti. Ako se znaci pogoršanja ne jave, pacijent se dalje upućuje nadležnom izabranom ljekaru radi dijagnostičke obrade i pripreme za elektivnu holecistektomiju. Ako se jave znaci pogoršanja, potrebno je pacijenta uputiti najbližem dežurnom hirurgu radi

hitne holecistektomije, kao što je bio slučaj u našem istraživanju (23%).

Prije ordiniranja simptomatske terapije potrebno je isključiti akutna hirurška oboljenja abdomena, ekstrauterinu trudnoću, traumu abdomena, ekstra-abdominalna urgentna stanja, kao infarkt miokarda, disekcija aorte, cerebrovaskularni inzult.

U našem istraživanju većinu pacijenata su činile žene (62,75%). Najveći broj pacijenata je starosti od 40 do 50 godina (27,4%), a najmanji u grupi od 10 do 20 godina (1,9%).

Izbor terapije u hitnim službama, kako u DZ Derventa, tako i u SHMP DZ Banjaluka, je uglavnom podudaran. Koriste se najviše kombinacija analgetika, spazmolitika i infuzionih rastvora (45,91%), dok su opiodni analgetici primjenjeni samo u 1,9% slučajeva.

Broj upućenih pacijenata na hirurški tretman nije veliki (23,53%), što znači da ljekari u hitnoj službi dobro rješavaju ovu problematiku, pravilno ordiniraju terapiju, opserviraju pacijente, a tek u malom broju, ukoliko se stanje pogoršava, upućuju na hirurški tretman.

Obzirom da je kod pacijenata sa akutnim bolom uslijed žučne kolike problematičan transport, pacijenti su u manjem procentu

(7,84%) preveženi sanitetskim vozilom, dok su ostali pacijenti, sa manjim bolom i zbog nedostatka sanitetskih vozila, upućeni sopstvenim prevozom (15,69%).

ZAKLJUČAK

1. Veoma je važno dobro prepoznati kliničku sliku bolesti bilijarnog trakta, njihov početak i evoluciju, te ordinirati adekvatnu terapiju, a u slučaju pogoršanja preduzeti mjere koje će dovesti do adekvatnog zbrinjavanja pacijenta.
2. Edukovati ljekare iz ultrazvučne dijagnostike abdomena, što će dovesti do poboljšanja kvaliteta liječenja u smislu preciznijeg trijažiranja pacijenata i upućivanja na hirurški tretman, te ostaviti prostora za kvalitetnu pripremu elektivne holecistektomije.
3. Omogućiti 24 časovnu laboartorijsku dijagnostiku radi kvalitetnijeg i tačnijeg uvida u pacijentovo stanje.
4. Potrebna je konstantna edukacija osoblja SHMP u prijemnim hirurškim ambulantama, radi efikasnog prepoznavanja bilijarnih tegoba i eventualnih komplikacija koje vode do životno ugrožavajućeg stanja pacijenta.

LITERATURA:

1. Vera Draganić. Anatomija čovjeka – Abdomen. Beograd: Savremena administracija; 1995.
2. D. Koraćević, G. Bjelaković, V. Đorđević, J. Nikolić, D. Pavlović, G. Kocić. Biohemija. Beograd: Savremena administracija; 2000.
3. Arthur C. Guyton. Medicinska fiziologija. Medicinska knjiga Beograd – Zagreb; 1987.
4. Dragoslav M. Stevović. Hirurgija. Beograd: Savremena administracija; 2000.
5. Dragoljub Manojlović i saradnici. Interna medicina. Beograd: Zavod za udžbenike; 2004.

6. Nada Banjac, Dražen Kovačević.
Urgentna medicina – Vodič za ljekare,
Banja Luka: Primaprom; 2012.

7. Dragan Vučović i saradnici. Urgentna
medicina. Beograd: Obeležja; 2002.

8. Vladimir Gašparović i saradnici. Hitna
medicina. Zagreb: Medicinska naklada;

2014.

9. Ivan D. Ristić. Praktikum urgentne
medicine. Beograd: Obeležja; 2007.

Rad primljen: 21.03.2018.

Prihvaćen: 13.06.2018.

BILIARY COLIC IN ER

Nada Banjac¹, Davor Djuric²

1. Emergency Medical Service, Outpatient Clinic Banjaluka,

2. Emergency Medical Service, Outpatient Clinic Derventa, Bosnia and Herzegovina

ABSTRACT

Introduction: Biliary colic is the most frequent symptom of disease due to the presence of stone in the gallbladder. It is characterized by pains below the right costal arch spreading towards the right shoulder, nausea, vomiting. Pain may be severe and intermittent lasting for several hours or constant.

Objective: To determine incidence of biliary colic and other problems caused in the biliary tract pathology and choose therapy and send for a surgical treatment.

Methodology: Retrospective analysis and statistical data processing were applied to obtain data of the biliary colic pathology from the ER Derventa protocol for the period June - December 2017.

Results: Out of the total number of patients (8793) for the mentioned period there were 51 (0.58%) patients with the biliary colic diagnosis, male (37.25%), female (62.75%). Most of the patients were in the age group of 40-50 (27.4%). The diagnoses represented were the following: acute cholecystitis 1.9%, acute calculous cholecystitis 21.6%, acutization of chronic calculous cholecystitis 5.9%, chronic calculous cholecystitis 68.6%. The selected therapy was the following: analgesics 7.84%, spasmolytics 23.53%, spasmolytics and infusion solutions 21.6%, analgesics in combination with spasmolytics and infusion solutions 45.91%, opioid analgesics 1.9%. The ER took care and treated 76.47% patients, and 23.53% patients were forwarded for the surgical treatment because the therapy was not successful.

Conclusion: 1. To recognize clinical features and determine therapy so that there should not be any life-endangering complications and timely send the patient for the surgical treatment; 2. Lack of an ultra-sound device and biochemical indicators in ERs make it more difficult for the doctors to make a correct assessment of the patient's status and increase the number of patients sent for the surgical examination.

Key words: biliary colic, choice of therapy, forwarding the patient to the surgeon.