

**TIMOČKI
MEDICINSKI
GLASNIK**



**TIMOK
MEDICAL
GAZETTE**

Glasilo zaječarske podružnice Srpskog lekarskog društva

Izlazi od 1976.

Vol. 40 (2015. Godina)

SUPPLEMENT 1

**XXXIV
TIMOČKI MEDICINSKI DANI
ZBORNİK SAŽETAKA**

YU ISSN 0350-2899

Glasilo zaječarske podružnice Srpskog lekarskog društva

Izlazi od 1976.

UREDNIŠTVO/ EDITORIAL

ODGOVORNI UREDNIK/ RESPONSIBLE EDITOR

Dr Emil Vlajić /MD/, Zaječar

GLAVNI UREDNIK/ EDITOR-IN-CHIEF

Prim dr sci. med Željka Aleksić /MD, MSc, PhD/, Zaječar

POMOĆNIK GLAVNOG I ODGOVORNOG UREDNIKA/ ASSISTANT EDITOR

Dr Miljan Jović /MD/, Zaječar

TEHNIČKI UREDNIK/ TECHNICAL EDITOR

Dr Saška Manić /MD/, Zaječar

SEKRETAR UREDNIŠTVA/ EDITORIAL SECRETARY

Dr Marija Živković /MD/, Zaječar

UREĐIVAČKI ODBOR/EDITORIAL BOARD

Akademik prof. dr Dragan Micić /MD, PhD/, Beograd
Prof. dr Nebojša Paunković /MD, MSc, PhD/, Zaječar,
editor-in-chief of TMG 1979-1985, responsible editor-in-chief of TMG 1986-1989, responsible editor of TMG 1990-2006

Prim dr Radoš Žikić (MD), Zaječar,
responsible editor-in-chief of TMG 1976-1978, responsible editor of TMG 1979-1985

Prim mr. sci. med. dr Miodrag Đorđević /MD, MSc/, Zaječar,
responsible editor-in-chief of TMG 1990-1997

Prof. dr Slobodan Ilić /MD, PhD/, Niš

Prof. dr Biljana Kocić /MD, PhD/, Niš

Prof. dr. Goran Bjelaković /MD, PhD/, Niš

Doc. dr Bojana Stamenković /assist. prof, MD, PhD/, Niš

Prim dr sci. med. Petar Paunović /MD, PhD/, Rajac

Prim dr sci. med. Biserka Tirmenštajn Janković, /MD, MSc, PhD/, Zaječar

Prim dr sci. med. Dušan Bastać /MD, MSc, PhD/, Zaječar

Prim dr sci. med. Aleksandar Aleksić, /MD, MSc, PhD/, Zaječar

Prim dr sci. med. Vladimir Mitov, /MD, MSc, PhD/, Zaječar

Prim mr sci. med. dr Bratimirka Jelenković /MD, MSc/, Zaječar

Prim mr. sci. med. dr Predrag Marušić /MD, MSc/, Zaječar

Prim mr. sci. med. dr Olica Radovanović /MD, MSc/, Zaječar

Ada Vlajić, Belgrade, art historian

LEKTORI/PROOFREADERS

Srpski jezik/Serbian language:

Doc. dr Dejan Milutinović /MSc, PhD/, Niš

Engleski jezik/English language:

Nataša Arandelović, philologist

VLASNIK I IZDAVAČ/OWNER AND PUBLISHER

Srpsko lekarsko društvo, podružnica Zaječar /
Serbian Medical Society, Branch of Zaječar
web adresa/web address: www.sldzajecar.org.rs

ADRESA REDAKCIJE/EDITORIAL OFFICE

Timočki medicinski glasnik
Zdravstveni centar Zaječar
Rasadnička bb, 19000 Zaječar

ADRESA ELEKTRONSKE POŠTE/E-MAIL

tmglasnik@gmail.com

WEB ADRESA/WEB ADDRESS

www.tmg.org.rs

Časopis izlazi četiri puta godišnje./The Journal is published four times per year.

TEKUĆI TAČUN/ CURRENT ACCOUNT

Srpsko lekarsko društvo, podružnica Zaječar 205-167929-22

ŠTAMPA/PRINTED BY

Spasa, Knjaževac

TIRAŽ/CIRCULATION

500 primeraka/500 copies

CIP - Каталогизacija u publikaciji
Народна библиотека Србије, Београд

61

TIMOČKI medicinski glasnik / odgovorni urednik Emil Vlajić ; glavni urednik Željka Aleksić. - God. 1, br. 1 (1976) -
- Zaječar : Srpsko lekarsko društvo, podružnica Zaječar, 1976- (Knjaževac : Spasa). - 30 cm

Dostupno i na:

<http://www.tmg.org.rs> -

Tromesečno

ISSN 0350-2899 = Timočki medicinski glasnik

COBISS.SR-ID 5508610



SPONZORI

Privatna internistička ordinacija "Dr Bastać", Zaječar



www.drbastac.co.rs



**TJMOČKI
MEDICINSKI
GLASNIK**

**TJMOK
MEDICAL
GAZETTE**

Objavljeni sažeci u zborniku ne podležu stručnoj recenziji ni lektorisanju i štampaju se u obliku u kojem su ih autori poslali. Za sve stručne navode i jezičke greške odgovornost snose isključivo autori.

*Organizacioni odbor TMD
Uredništvo TMG*

DOMACI KURS PRVE KATEGORIJE

SIMPOZIJUM INTERVENTNE KARDIOLOGIJE

Dijagnostika i terapija koronarne bolesti

Zaječar, 15. Maj 2015.

ORGANIZATORI:

Odeljenje invazivne kardiologije Zaječar

SLD-Podružnica Zaječar

Zdravstveni centar Zaječar

Udruženje Kardiologa Srbije

Radna grupa za Koronarografije i Perkutane koronarne intervencije-UKS

“Zlatni Sponzor”

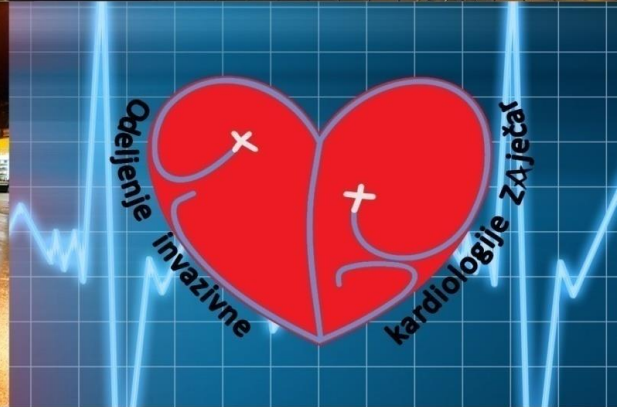
AstraZeneca

Sponzori Simpozijuma



ZAJEČAR, 15. 5. 2015.

AMFITEATAR DOMA ZDRAVLJA



**ZAJEČARSKI
SIMPOZIJUM
INTERVENTNE
KARDIOLOGIJE**

DIJAGNOSTIKA I TERAPIJA KORONARNE BOLESTI



Organizatori:
Odeljenje invazivne kardiologije u Zaječaru, SLD-Podružnica Zaječar,
Zdravstveni centar Zaječar, Udruženje kardiologa Srbije, Radna grupa
za Kateterizaciju i Perkutane koronarne intervencije-UKS

ODELJENJE INVAZIVNE KARDIOLOGIJE U ZAJEČARU – JEDNOGODIŠNJE ISKUSTVO

Prim dr sc med dr Vladimir Mitov, Dr Aleksandar Jolić, Dr Dragana Adamović, Dr Marko Dimitrijević, Dr Milan Nikolić

ODELJENJE INVAZIVNE KARDIOLOGIJE, ZC ZAJEČAR

CILJ RADA je prikaz iskustva rada Odeljenja invazivne kardiologije u Zaječaru, u prvoj godini.

MATERIJAL I METODOLOGIJA: U periodu od marta 2014. do marta 2015. godine urađeno je 390 procedura, kod 246 (64,10%) muškaraca i 144 (35,90%) žena, prosečne starosti 64.29±9.07 godina. Od navedenog broja procedura bilo je 318 (81.53%) dijagnostičkih koronarografija i 72 (18.47%) perkutane koronarne intervencije.

REZULTATI: Najveći broj pregledanih pacijenata (pts) upućeni su zbog stabilne koronarne bolesti 145 (45,59%) I nakon preležanog infarkta miokarda 108 (33,96%), dok je samo 65 (20,45%) bilo zbog akutnog koronarnog sindroma. Najveći broj pacijenta je upućen iz ZC Zaječar I iz Doma Zdravlja Boljevac 212 (66,66%), dok su dva najbliža centra Knjaževac I Bor uputili podjednaki broj pacijenata 30 (9,45%) i 29 (9,12%). Iz Kladova je bilo upućeno 20 (6,28%), iz Negotina 17 (5,34%) I iz Majdanpeka 10 (3,14%). Na osnovu nalaza kod 121 (38,07%) pts je predložena **medikamentozna terapija**, od kojih je 89 pts imalo normalan nalaz, a kod 32 pts bio je nalaz koji ne zahteva interventno ili hiorurško lečenje. **Perkutana koronarna intervencija** je predložena kod 98 (30,81%) pts, od kojih je 72 (73.47%) lečeno u našoj ustanovi a 26 (26.53%) su upućeni u Odeljenje invazivne kardiologije u Nišu. Za **kardiohiruršku intervenciju** predloženo je 89 (27,98%) pts, a kod 10 (3.14%) pts bila je potrebna dodatna dijagnostika pre definitivne odluke o terapiji.

ZAKLJUČAK: U periodu od godinu dana urađeno je 390 procedura. Podjednak broj pacijenata je nastavilo sa medikamentozno lečenje, imalo je perkutanu koronaru intervenciju ili im je predložena kardiohirurška intervencija.

REVASKULARIZACIJA MIOKARDA: KOME, KADA, KAKO?

Akademik Prof dr Miodrag Ostojić

Sažetak je priredio Dr Aleksandar Jolić

Revaskularizacija miokarda uopšteno kao i raevaskularizacija drugih organa i sistema predstavlja ponovno uspostavljanje adekvatnog arterijskog i venskog protoka krvi. U užem smislu u kardiologiji predstavlja uspostavljanje adekvatne arterijske cirkulacije i prokrvljenosti miokarda. Teoretski mogli bismo da je podelimo na medikamentnu, hirušku i interventnu.

Da bi se definisala potreba za revaskularizacijom potrebno je znati šta se smatra značajnim suženjem krvnog suda. Po preporukama je to suženje lumena od 70% ili suženje glavnog stabla preko 50%. Po novijim kriterijumima uzete su u obzir i funkcionalne preporuke, odnosno FFR odnos manji od 0.8.

Koja će vrsta revaskularizacije biti izabrana ili će se nastaviti sa medikamentom terapijom, u elektivnim indikacijama, zavisi od odnosa koristi i štete od procedura, odnosno procena između potencijalnih rizika po pacijenta (smrt, šlog) prema koristi, u smislu poboljšanja funkcionalne sposobnosti i kvaliteta života.

Indikacije za revaskularizaciju podrazumevaju:

- bolest glavnog stabla sa stenozom preko 50%,
- proksimalna stenozna LAD preko 50%,
- dvo ili trosudovna bolest sa pogoršanjem EF < 40%,
- polje ishemije koje zahvata preko 10% mase leve komore,
- ishemija na preostaloj vijabilnoj arteriji preko 50%,
- bilo koja stenozna preko 50% sa anginom koja ne reaguje na konvencionalnu terapiju.

U stabilnoj angini pektoris odluka o PCI ili CABG se donosi prema zahvatanju glavnog stabla, proksimalne LAD, broju zahvaćenih koronarnih arterija, Syntax skor.

Indikacije u NSTEMI akutnom koronarnom sindromu zavise od kriterijuma za procenu rizika, koji mogu biti PRIMARNI: značajan porast ili pad troponina, dinamične promene ST i T segmenata, GRACE scor

>140. Sekundarni: dijabetes melitus, bubrežna slabost sa $ClCr < 60\text{ml/min/1,73m}^2$, smanjena $EF < 40\%$, rana postinfarktna angina, skora PCI, raniji CABG, intermedijarni GRACE skor.

Prema ovim kriterijumima invazivna strategija se deli na **Urgentnu -unutar 2h** (pacijenti sa kardiogenim šokom, refraktornim simptomima, srčanom insuficijencijom, hemodinamskom nestabilnošću), **Ranu - unutar 24h** i najmanje jedan primarni faktor, **Odloženu - unutar 72h** I ako imaju sekundarne kriterijume visokog rizika.

Indikacije u STEMI akutnom koronarnom sindromu: pPKI je indikovana kod svih pacijenata ako se izvodi na vrme od strane iskusnih operatera, ako je prošlo više od 12h od početka simptoma pPKI je indikovana u prisutvu dinamičnih ST promena, bola ili životno ugrožavajućih aritmija, pPKI je indikovana kao terapija izbora bez obzira na dužinu trajanja simptoma i preko 12h ako je pacijent sa simptomima srčane slabosti ili kardiogenog šoka, pPKI je metoda izbora i kod kasne prezentacije pacijenta odnosno preko 24h od početka simptoma.

PKI nakon fibrinolize u STEMI: Indikovana je kod svih pacijenata unutar 24 od uspešne fibrinolize, kod svih pacijenata sa srčanom insuficijencijom ili kardiogenim šokom, kod pacijenata sa neuspešnom fibrinolizom (perzistira je bola ili ako ne dođe do rezolucije ST segmenta od 50% nakon 1h od završene fibrinolize), kod rekurentne ishemije, bola ili elevacije ST segmenata nakon inicijano uspešne fibrinolize, optimalno vreme za PKI nakon uspešne fibrinolize je 3-24h.

PKI U TERAPIJI INFARKTA MIOKARADA BEZ ST ELEVACIJE

Prof dr Zoran Perišić

ODELJENJE INVAZIVNE KARDIOLOGIJE, KLINIKA ZA KARDIOLOGIJU, KLINIČKI CENTAR NIŠ

Sažetak je priredio Prim Dr sc med dr Vladimir Mitov

Perkutana koronarna intervencija (PKI) predstavlja proceduru koja podrazumeva koronarnu angiografiju sa Perkutanom Balon Angioplastikom (POBA) i/ili implantacijom stenta. S obzirom da kod infarkta miokarda bez ST elevacije (NSTEMI), patofiziološki postoji protok kroz koronarne arterije, nije neophodna primarna PKI. PKI strategija se kod pacijenata sa NSTEMI deli na: Urgentnu (unutar 2h), Ranu (unutar 24h), Odloženu (unutar 72h).

Odložena PKI (unutar 72h) indikovana je kod:

- pacijenata sa rekurentnim simptomima
- pacijenata koji imaju najmanje jedan od kriterijuma za visoko rizične pacijente:
 - Primarni: relevantni porast/pad troponina, Dinamika ST-T promena (praćena simptomima ili bez-silent)
 - Sekundarni: diabetes mellitus, Bubrežna slabost ($ClCr < 60\text{ml/min}$), Smanjena sistolna funkcija LK sa $EF < 40\%$, Rana postinfarktna angina, Skorašnji PKI, Raniji CABG, Intermedijalni I visoki GRACE risk skor.

Urgentna PKI (unutar 2h) indikovana je kod:

- pacijenata sa veoma visokim ishemijskim rizikom:
 - refraktornom anginom
 - srčanom slabošću
 - životno ugrožavajućim ventrikularnim aritmijama
 - hemodinamski nestabilni

Rana PKI (unutar 24h) indikovana je kod:

- pacijenata sa GRACE risk skorom >140
- pacijenata koji imaju najmanje jedan **Primarni** kriterijum za visoko rizične pacijente.

Kod nisko rizičnih pacijenata koji nemaju rekurentne simptome, pre odluke o PKI može se sprovesti neinvazivno testiranje na ishemiju. Odluka o PCI ili kod višesudovne bolesti o PKI/CABG, donosi "Tim za srce" (Heart Team) a treba da bude bazirana na kliničkom statusu pacijenta, težini bolesti, rasporedu i karakteristikama lezija na koronarnim arterijama (SYNTAX skor).

PKI U TERAPIJI INFARKTA MIOKARADA SA ST ELEVACIJOM

Prof dr Milan Pavlović

ODELJENJE INVAZIVNE KARDIOLOGIJE, KLINIKA ZA KARDIOLOGIJU, KLINIČKI CENTAR NIŠ

U akutnom infarktu sa elevacijom ST segmenta se preporučuje radijalni arterijski pristup, prilikom izvođenja primarne perkutane intervencije, pod uslovom da operator ima iskustva u ovom pristupu. Radijalni pristup prati manja učestalost hemoragijskih komplikacija, jer se pouzdano može izvoditi kompresija površno lokalizovane arterije radijalis preko radijusa. Više studija i registara je pokazalo da pojava major krvarenja, prilikom perkutanih intervencija u akutnom koronarnom sindromu, povećava mortalitet bolesnika. RIVAL studija je na 1958 STEMI bolesnika, randomizovanih na radijalni i femoralni pristup, pokazala bolji klinički ishod i manji mortalitet bolesnika, ukoliko je korišćen radijalni pristup. I meta-analiza, koja je uključivala RIVAL i RIFLE-ACS studiju, je takođe pokazala značajnu redukciju mortaliteta STEMI bolesnika korišćenjem radijalnog pristupa. Akutni infarkt sa elevacijom ST segmenta nije prilika za početak učenja radijalnog pristupa i potrebno je iskustvo operatera, nije moguće postaviti veći uvodnik 7 F ili veći, potreban za kompleksne koronarne intervencije ili korišćenje balon pumpe. U tim situacijama koristi se femoralni pristup. Treba voditi računa o prohodnosti radijalne arterije prilikom izvođenja hemostaze.

Preporučuje se aspiracija tromba kod izabranih STEMI bolesnika (oko 20 % bolesnika). Aspiracijom tromba se smanjuje distalna embolizacija arterije, omogućava se bolji TIMI protok i bolji miokardni protok, a takođe i bolja rezolucija ST segmenta elektrokardiograma. Na ovaj način se smanjuje veličina nekroze miokarda, čuva kontraktilna funkcija leve komore i popravljaju klinički ishod bolesnika. Tromboaspiraciju treba izvoditi kod bolesnika kod kojih se prilikom angiografije uoči značajni koronarni trombi. Na ovaj način se može bolje proceniti veličina infarktne lezije, izabrati prava dimenzija stenta i izbeći malapozicija stenta. TAPAS studija je pokazala bolji klinički ishod ukoliko se rutinski izvodi tromboaspiracija, kod svih STEMI bolesnika. TOTAL studija, sa najvećim brojem bolesnika, nije pokazala prednost rutinske tromboaspiracije. Ova studija nije pokazala redukciju trombotičkih koronarnih komplikacija, ali je pokazala povećanje emboliskog moždanog udara, ukoliko se svim bolesnicima radi tromboaspiracija. Prilikom izvođenja aspiracije tromba je potrebno postići dobru poziciju gajding katetera, započeti aspiraciju ispred okluzije koronarne arterije, nekoliko puta proći kroz infarktnu leziju i prilikom izvlačenja aspiracijskog katetera držati negativan pritisak, takođe i otvoriti hemostatsku vavulu da se dobije dobar povratni mlaz i ispere debris.

Prilikom izbora stenta prednost imaju stentovi obloženi lekom (DES) druge generacije. Ovi stentovi imaju manje trombotičkih komplikacija, ne samo u odnosu na stentove obložene lekom prve generacije, nego i u odnosu na metalne stentove (BMS). Stentovi druge generacije imaju tanju metalnu mrežu i polimer koji u manjoj meri indukuje inflamaciju, u odnosu na ranije stentove obložene lekom.

U akutnom infarktu miokarda sa elevacijom ST segmenta se primarna PCI izvodi samo na infarktnoj (culprit) arteriji. Lezije na ostalim koronarnim arterijama je najbolje raditi u odloženoj proceduri, u toku iste hospitalizacije ili u toku narednih mesec dana. I ako je PRAMI studija pokazala da se i višesudovne PCI mogu uspešno raditi u toku primarne PCI, aktuelne preporuke predlažu samo intervenciju na infarktnoj arteriji.

NOVE TEHNOLOGIJE U INTERVENTNOJ KARDIOLOGIJI, TRANSKATETERSKA ZAMENA AORTNE VALVULE I IMPLANTACIJA OKLUDERA AURIKULE LEVE PRETKOMORE

Prof dr Milan Nedeljković

ODELJENJE INVAZIVNE KARDIOLOGIJE, KLINIKA ZA KARDIOLOGIJU, KLINIČKI CENTAR SRBIJE

Sažetak je priredio Dr Aleksandar Jolić

Prva operacija na otvorenom srcu, koja se smatra uspešnom reparacijom valvule, izvedena je 1923. godine od strane Dr Elliott Cutler-a, i to je bila reparacija valvule u mitralnoj stenozu. Prva operacija implantacije

arteficijalne valvule bila je od strane dr. Hufnagela 1952. godine. Od tada pa do danas tražio se način za što manje invazivni pristup u implantaciji veštačkih valvula.

Prva TAVI/TAVR izvršena je na Kolumbija Univerzitetu 2002. godine. U razvoju su uređaji za perkutanu zamenu mitralne valvule. U upotrebi je procedura sa tzv „Mitral Clip-om“ u terapiji mitralne insuficijencije. Takođe u terapiji atrijalne fibrilacije odnosno prevenciji njenih tromboembolijskih komplikacija porekla iz leve pretkomore pojavio se Left Appendigge Acves closure Device (LAAC) koji je svoju istoriju odobrene upotrebe započeo 2013. godine sa objavljivanjem rezultata ASAP studije.

Indikacije za Transcathether Aortic Valve Replacement (TAVR) su predmet odluke „Heart Team-a“ u smislu procene odnosa rizika/koristi u odnosu na klasičnu kardiohirušku poroceduru.

Indikacije za TAVR:

- pacijenti koji imaju indikaciju za klasičnu AVR ali su u visokom postoperativnom riziku (EUROSCORE preko 20% ili STS score preko 10%),
- porcelanska aorta,
- raniji CABG mogu biti indikacije za TAVR uprkos manjim skorovima,
- TAVR treba obavljati amo u centrima sa kardiohiruškom podrškom.

Kontraindikacije za TAVR:

- Nedostatak kardiohiruške podrške,
- u koliko procedura nije odobrena kao alternativa AVR-u od strane „Heart team-a“,
- procenjena očekivana dužina života pacijenta ispod 1 godine,
- malo verovatno poboljšanje kvaliteta života zbog komorbiditeta,
- teške pridružene valvularne mane koje mogu biti tretirane samo kardiohiruški,
- neadekvatna veličina aortnog anulusa (<18 mm, >29 mm),
- tromb u levoj komori,
- aktivni endokarditis,
- povišen rizik od obstrukcije ostijuma koronarnih arterija,
- plakovi sa mobilnim trombima u ascendentnoj aorti ili luku aorte,
- neadekvatan vaskularni pristup misleći na veličinu krvnog suda ili kalcifikacije,
- tortuozitet,
- bikuspidna ili neklacifikovana valvula,
- netretirana koronarna bolest koja zahteva revaskularizaciju,
- hemodinamska nestabilnost,
- LVEF <20%,
- za transapikalni pristup teška plućna bolest, nepristupačan apex LK.

Indikacije za LAAC:

- pacijenti na visokom riziku po CHADS2VASC2 scoru a koji ne mogu da uzimaju OAKT ili NOAC zbog kontraindikacija.

Na tržištu postoje nekoliko vrsta ovih uređaja u zavisnosti od načina okludiranja: WATCMANN, Amplatzer cardiac plug, LARIAT.

FIZIOLOGIJA KORONARNOG PROTOKA I ZNAČAJ MERENJA FUNKCIONALNE REZERVE PROTOKA

Prof dr Nikola Jagić, Dr Mladen Tasić

ODELJENJE INVAZIVNE KARDIOLOGIJE, KLINIKE ZA KARDIOLOGIJU, KLINIČKI CENTAR KRAGUJEVAC

Jedinstvene osobine koronarnog protoka su fazni protok, transmuralni protok, ekstravaskularna kompresija i efikasnost ekstrakcije kiseonika. Miokardna potrošnja kiseonika je suprotno u odnosu na druga vaskularna korita skoro pri maksimumu gde je koeficijent ekstrakcije kiseonika od 60-80%, sa maksimumom do 90% nakon značajnog napora. Zbog visokog afiniteta prema kiseoniku, miokardna potrošnja kiseonika primarno zavisi od koronarnog protoka. Najznačajnije odrednice potrošnje kiseonika su srčana frekvencija, sistolni pritisak i kontraktilnost leve komore.

U miru normalana vrednost koronarnog protoka je 225-250ml/min i miokard je u stanju da reguliše protok u okviru vrednosti sistemskog pritiska od 40 do 140mmHg, van kojih vrednosti zavisi od pritiska. Autoregulatorni mehanizmi srca održavaju konstantnim koronarni protok i kada je pritisak u koronarnim krvnim sudovima redukovano ukoliko su odrednice miokardne potrošnje kiseonika konstantne. Kad pritisak padne ispod vrednosti koje kontroliše autoregulacija, arterije koje kontrolišu otpor (arteriole) su maksimalno dilatirane i protok postaje zavisao od pritiska što rezultuje subendokardnom ishemijom.

Karakteristike subendokardnog protoka su da počinje u dijastoli, smanjuje se kad postoji smanjenje koronarnog pritiska od 40mmHg. Za razliku od subendokardnog protoka epikardni protok se održava do vrednosti koronarnog pritiska od 25mmHg. Razlika u protoku ukazuje na veću osetljivost na ishemiju subendokardnog dela u slučaju postojanja koronarne stenozе. Mogućnost povećanja protoka iznad vrednosti u miru nakon farmakološke vazodilatacije se naziva koronarna rezerva protoka (CFR).

Determinantne koronarnog otpora se kalsifikuju kao R1- otpor protoku u epikardnim arterijama koji je u fiziološkim uslovima nemejljiv, R2- mikrocirkulatorni otpor malih arterija i arteriola, koji reaguje na fizičke promene (intraluminalni pritisak i shear stres), reaguje na metaboličke potrebe tkiva, R3 – ekstravaskularni kompresivni otpor koji je u sistoli u subendokardu jednak ventrikulskom pritisku.

Fiziološka procena koronarnih stenozа

Procena stenozа je kritična u određivanju terapije pacijenata sa koronarnom obstruktivnom bolešću. Stenoza u epikardijalnoj arteriji rezultuje redukovanim perfuzionim pritiskom i posledičnom dilatacijom distalnih krvnih sudova (arteriola) radi održavanja normalnog protoka u miru. Sa progresijom stenozе dilatacija arteriola postaje hronična smanjujući potencijal za povećanjem protoka redukujući koronarnu rezervu. Svako smanjenje perfuzije ili povećanje potrebe miokarda za kiseonikom rezultovaće ishemijom.

Pojava stenozе povećava otpor protoku usld viskoznog trenja, separacije protoka, turbulencije i vrtložnog kretanja, što rezultuje gubitkom energije i padom perfuzionog pritiska uz pojavu gradijenta preko suženog segmenta. Pri postojanju stenozе, kriva pritisak-protok pri maksimalnoj vazodilataciji nije prava, jer otpor u stentiranom segmentu zavisi od protoka. Klinička posledica je da dve angiografski identične stenozе mogu imati dramatično različiti klinički efekat.

Miokardni perfuzioni pritisak (dijastolni pritisak) jednak je aortnom pritisku umanjenom za dijastolni pritisak u levoj komori (ili centralni venski pritisak). Duž koronarnih arterija aortni pritisak se ravnomerno prenosi, bez značajanog gubitka ni u najdistalnijim delovima.

FFR je odnos koronarnog pritiska merenog distalno od stenozе prema aortnom pritisku pri uslovima minimalne mikrovaskularne rezistencije za koju se pretpostavlja da je konstantna. FFR meri maksimalni dobijeni koronarni protok u prisustvu arterijske stenozе kao procenat maksimalnog protoka u hipotetičkom slučaju kompletno normalne arterije. Model podrazumeva da je u uslovima maksimalne arterijske vazodilatacije otpor miokarda minimalan i konstantan u celom vaskularnom koritu dok je protok proporcionalan perfuzionom pritisku.

FFR se može izmeriti posebno za miokard, za epikardnu koronarnu rezervu i za kolateralni protok. Pojednostavljena formula FFR je odnos Pd/Pa.

Dobijne vrednosti FFR su od 0-1, sa vrednostima 1 u slučaju normalnih koronarnih sudova. Vrednost od 0,75 je ekvivalent inducibilnoj ishemiji (specifičnost 100%), dok je vrednost iznad 0,8 znak nepostojanja inducibilne ishemije.

Zlatni standard u proceni značajnosti lezija je koronarna angiografija, koja ima nekoliko ozbiljnih nedostataka. Angiografska slika je dvodimenzionalni luminogram koji nema mogućnost procene dužine lezije niti stanje arterijskog zida. Pozitivno remodelovanje se ne može uočiti, kao ni postojanje ekscentričnih lezija.

FFR merenje ima jedinstvene karakteristike. Vrednost od 1 je nevezano od arterije, pacijenta, pola i drugih faktora poput HTA ili DM. Postoje jasno definisane cut off vrednosti za pozitivnost nalaza. Sistemske hemodinamske promene poput srčane frekvence, promena sistemskog pritiskail jačina kontrakcije leve komore ne utiču na vrednost FFR pošto se obe merene vrednosti dobijaju simultano. Doprinos kolateralnog krvotoka je uključen u vrednosti jer distalni pritisak zavisi od anterogradnog i retrogradnog protoka. Vrednost zavisi od toga da li postoji kolateralni protok za dati segment ili dati segment sam daje kolaterale za udaljene segmente.

Takođe, ako stenozirani segment vaskularizuje veliku masu vijabilnog miokarda postojaće veći hiperemični protok duž maksimalne vazodilatacije rezultujući većim gradijentom Pd/Pa odnosno manjom vrednošću FFR-a. Tako da hemodinamska značajnost lezije zavisi od njene perfuzione teritorije.

Klinička primena FFR dijagnostike je u merenju znacaja intermedijarnih lezija (FAME studija), u proceni multisudovne bolesti (FAME II studija), postproceduralnoj proceni uspeha dilatacije, procena tandem i bifurkacionih lezija, procena konduktivnosti graftova.

Za adekvatnu FFR studiju potrebno je obezbediti tehničke predušlove, izbeći artefakte pri merenju, uraditi adekvatnu selekciju lezija za ispitivanje i izazvati adekvatnu hiperemiju.

FFR merenjem se dobija fiziološki uvid o miokardu u riziku, te je nakon višegodišnjih ispitivanja postao rutinsko dijagnostičko sredstvo u proceni ishemijskog potencijala lezija.

STABILNA ANGINA PEKTORIS: MEDIKAMENTOZNA TERAPIJA ILI REVASKULARIZACIJA MIOKARDA (PCI, CABG)?

Prim Dr Sc Dušan Bastać

INTERNISTIČKA ORDINACIJA „DR BASTAĆ“, ZAJEČAR

UVOD: Koronarna arterijska bolest (CAD) je od ogromnog kliničkog i socijalno-medicinskog značaja zbog vodeće uloge u mortalitetu i morbiditetu u našoj zemlji. Oko polovine svih slučajeva pripada akutnim koronarnim sindromima i najčešće infarktom miokarda, dok drugu polovinu sačinjavaju bolesnici sa stabilnom koronarnom bolesti (SCAD). Novi vodič Evropskog udruženja Kardiologa iz 2013 godine je dao noviji koncept stabilne koronarne arterijske bolesti (SCAD), koji je evoluirao u odnosu na predhodni vodič iz 2006 godine. Zato se SCAD sada definiše putem različitih evolucionih faza CAD, isključujući situacije gde dominira koronarna tromboza. Septembra 2014 je objavljen Novi evropski vodič za Revaskularizaciju miokarda, gde su dodatno precizirani stavovi o revaskularizaciji kod stabilne angine.

METODOLOGIJA I REZULTATI VELIKIH STUDIJA: Povećan je i obnovljen značaj PRE-TEST VEROVATNOĆE bolesti (PTV) koja je nešto izmenjena: donja granica je 15% (ranije 20%), gornja granica intermedijerne-srednje verovatnoće 85% (ranije 80%). POSTOJE TRI-3 KORAKA: PRVI- određivanja pre-test verovatnoće bazirane na tipu simptoma, starosti i polu (srednja PRE-TEST VEROVATNOĆA je 15% do 85%). DRUGI KORAK- Selekcija optimalnog testa bazirana na profilu pacijenta, lokalnoj dostupnosti metoda i ekspertizi te postavljanje dijagnoze SCAD ili angine pectoris I uvodjenje optimalne konzervativne terapije (OMT) (nefarmakološke metode-redukcija rizika I farmakoterapija) I TREĆI KORAK: Uz nastavak OMT obavezna STRATIFIKACIJA RIZIKA od neželjenih događaja na kojoj se bazira odluka o daljem lečenju-SAMO OMT ili I REVASKULARIZACIJA. Ako je angina vrlo teška (PTV >85%), sprovodi se invazivna koronarografija bez predhodnih neinvazivnih testova, ali uz procenu frakcione rezerve protoka (FFR). Težina angine po Kanadskoj klasifikaciji III i IV i refrakternost angine na lečenje su jedini klinički faktori koji modifikuju odluku na bazi pre-test verovatnoće. Rizik takodje modifikuju EKG anomalije u miru i vrednost Ejekcione frakcije leve komore ispod 50% (LVEF < 50%). Uloga koronarne revaskularizacije je stavljena u kontekst novijih dokaza koji se odnose na prognostičku ulogu perkutanih koronarnih intervencija ili koronarnog arterijskog premošćavanja graftom (CABG) u ovoj niskorizičnoj populaciji. Po vodiču iz 2006 revaskularizacija je predlagana bolesnicima sa godišnjim rizikom $\geq 3\%$ za mortalitet ili angina refraktorna na farmakološku terapiju. Na osnovu COURAGE Studije (Boden NEJM 2007) na 2287 randomizovanih bolesnika sa dokazanom ishemijom miokarda na OMT-inicijalna angioplastika sa stentom (PCI) ne smanjuje rizik od smrtnog ishoda, akutnog infarkta miokarda i hospitalizacije i nema prednost u stabilnoj AP u odnosu na OMT. Nakon 4,6 godina praćenja nije bilo statistički značajne razlike medju grupama za kumulativnu smrtnost i nefatalni infarkt miokarda-18,5 % VS 19% kao i za moždani udar i hospitalizaciju zbog nove nestabilne AP. Efikasnost OMT kod stabilne angine gde je optimalna doza betablokatora centralna komponenta je slična efektu Perkutane koronarne intervencije (PCI) sa stentom (Boden, Courage, 2007). Sada je revaskularizacija rezervisana za pacijente gde postoje jaki dokazi da bi se njom poboljšala prognoza na bazi dokaza regionalne ishemije perfuzionim imidžingom ili procene FFR. Tipična konstelacija je kod pacijenta sa velikom areom ishemije koja odgovara stenozu glavnog stabla leve koronarne arterije (left main stenosis) i višesudovnoj bolesti koja uvek uključuje proksimalni deo leve-prednje-silazne arterije (LAD). Dati su algoritmi u kojima se prema SYNTAX SCOR-u odlučuje o revaskularizaciji. Indikacije za revaskularizaciju u bolesnika sa stabilnom koronarnom bolesti ili asimptomatskom ishemijom se dele na ona za poboljšanje prognoze I na one za poboljšanje simptoma (2014 ESC/EACT Vodič). Za poboljšanje prognoze preporuke za revaskularizaciju klase I u bolesnika sa

dokumentovanom ishemijom ili $FFR \leq 0,80$ ako je dijametra stenozе $< 90\%$ jesu: 1. Stenoza glavnog stabla (Left main) $> 50\%$. 2. Bilo koja proksimalna stenozа $> 50\%$ prednje descendente grane leve koronarne arterije 3. Dvo-sudovna ili tro-sudovna bolest sa stenozom $> 50\%$ uz oštećenje funkcije leve komore - EF $< 40\%$ 4. Velika teritorija ishemije $> 10\%$ miokarda leve komore 5. Jedina preostala prohodna koronarna arterija sa stenozom $> 50\%$. Za poboljšanje simptoma: 1. Svaka koronarna stenozа $> 50\%$ sa dokumentovanom ishemijom ili $FFR \leq 0,80$ za dijametar $< 90\%$ u prisustvu limitirajuće angine pektoris ili ekvivalenta angine koja nema dobar odgovor na optimalnu medikalnu terapiju

ZAKLJUČAK: Ciljevi lečenja stabilne koronarne bolesti jesu: 1. Poboljšanje prognoze putem smanjenjem rizika za progresiju ateroskleroze i sprečavanje akutnih koronarnih događaja i naprasne smrti i 2. minimizovanje simptoma sa poboljšanjem kvaliteta života. Svim bolesnicima sa stabilnom koronarnom bolesti potrebna je redukcija rizik faktora i farmakološka terapija: aspirin, statin i antianginalni lekovi (prve linije: sublingvalni nitroglycerin, betablokatori, antagonisti kalcijuma i ponekad lekovi druge linije: ranolazin, trimetazidin i ivabradin i dr) ali svi bolesnici sa stenozama koronarnih arterija nemaju benefit od revaskularizacije, koji zavisi od veličine ishemije i načina anatomskog zahvatanja koronarnih arterija. Optimalna medikalna terapija je definitivna terapija za pacijente sa stabilnom koronarnom bolesti i niskim rizikom od kardiovaskularnih događaja. Revaskularizacija i optimalna medikalna terapija treba da se smatraju kao komplementarni a ne kompetitivni tretmani.

HRONIČNE TOTALNE OKLUZIJE KORONARNIH ARTERIJA (CTO)

Dr Nenad Božinović

ODELJENJE INVAZIVNE KARDIOLOGIJE, KLINIKA ZA KARDIOLOGIJU, KLINIČKI CENTAR NIŠ

Hronična totalna okluzija je okluzija koronarne arterije sa protokom TIMI 0, koja traje duže od 3 meseca. Okludirana arterija se irigira iz hetero kolaterala, tj iz sliva druge koronarne arterije ili iz homo kolaterala, iz sliva iste koronarne arterije. Rentrop-ova klasifikacija irigacije okludirane arterije iz kolaterala: 0: vidljivo punjenje iz kolateralne arterije, 1: puni se bočna grana okludirane arterije bez epikardijalnog segmenta, 2: parcijalno punjenje epikardne arterije, 3: kompletno epikardno punjenje iz kolateralne arterije.

CTO se sastoji od organizovanog tromba, fibroznog plaka, kalcifikata, proximalne/distalne fibrozne kape, mikro kanala u okludiranom segmentu.

Benefit od otvaranja CTO:

- Gubitak/odsustvo simptoma
- Popravljanje funkcije leve komore
- Povećanje tolerancije pri ponovnom AKS
- Redukcija potrebe za By-pass koronarnom hirurģijom
- Bolje dugoročno preživljavanje

INDIKACIJE I KONTRAINDIKACIJE ZA DIJAGNOSTIČKU SELEKTIVNU KORONARNU ANGIOGRAFIJU

Dr Aleksandar Jolić, Prim Dr sc med dr Vladimir Mitov, Dr Dragana Adamović, Dr Marko Dimitrijević,

Dr Milan Nikolić

ODELJENJE INVAZIVNE KARDIOLOGIJE, ZC ZAJEČAR

Dijagnostička selektivna koronarna angiografija je angiografska metoda kojom se vrši selektivno kontrastno snimanje koronarnih arterija, odnosno njihove luminalne anatomije. Metoda se koristi u kardiologiji za različite indikacije koje uključuju nekoliko oblasti indikacija i to: asimptomatski pacijenti ili pacijenti sa stabilnom anginom, ACS-UA/NSTEMI/STEMI, kod nespecifičnog bola u grudima, valvularnih mana, za praćenje (Follow up), u proceni srčane insuficijencije, pre i nakon nekardijalne hirurģije, kod kongenitalnih srčanih bolesti...

1. Kod pacijenata sa asimptomatskom ishemijom i/ili stabilnom anginom pektoris:

- a. utvrđivanje dijagnoze kod pacijenata kod kojih se sumnja na anginu
- b. kod pacijenata sa značajnom promenom simptoma angine i to:
 - i. stratifikacija rizika kod pacijenata sa hroničnom- stabilnom anginom,
 - ii. stratifikacija rizika kod, simptomatskih pacijenata,
 - iii. monitoring simptoma i antianginalne terapije.
- 2. Pacijenti sa akutnim koronarnim sindromom APNS/NSTEMI/STEMI:**
 - a. u svrhu invazivne dijagnostike
 - b. u svrhu dalje terapije svih vrsta akutnog koronarnog sindroma.
- 3. Kod pacijenata sa nespecifičnim bolom u grudima:**
 - a. visoko rizični pacijenti na neinvazivnim testovima, pacijenti sa rekurentnim hospitalizacijama zbog bola u grudima uz nejasne nalaze neinvazivnih testova
 - b. bol u grudima nakon upotrebe kokaina
 - c. Prinz Metalova angina
 - d. mikrovaskularna bolest
- 4. Praćenje pacijenata:**
 - a. monitoring simptoma i antianginalne terapije,
 - b. nakon CABG kod pacijenata sa APNS/NSTEMI
 - c. postrevaskularizaciona ishemija,
 - d. inicijana i serijska klinička procena pacijenata sa srčanom slabošću.
- 5. Pacijenti sa valvularnom bolešću:**
 - a. aortna stenoza,
 - b. aortna regurgitacija,
 - c. mitralna regurgitacija
- 6. Kod pacijenata sa kongenitalnim srčanim manama:**
 - a. u pripremi za korekciju mana kod pacijenata gde se proceni da postoji visok rizik od pridružene koronarne bolesti
 - b. kod korekcije mana kao što su: A-V fistula na koronarnim arterijama,
 - c. kongenitalna stenoza koronarnih arterija ili anomalno poreklo LAD
- 7. Drugo:**
 - a. bolesti aorte kada je poznavanje prisustva ili odsustva zahvatanja koronarnih arterija neophodno za terapiju (npr aortna disekcija ili aneurizma)
 - b. hipertrofična kardiomiopatija sa anginom uprkos medikamentnoj terapiji
 - c. hipertrofična kardiomiopatija sa anginom kada se planira kardiohirurgija
 - d. visok rizik za koronarnu bolest u planiranju drugih kardiohiruških procedura

Kontraindikacije za koronarnu angiografiju su relativne:

- akutno bubrežno popuštanje, teško hronično bubrežno popuštanje,
- aktivno gastrointestinalno krvarenje,
- neobjašnjena groznica koja je verovatno posledica sistemske infekcije, nelečena aktivna infekcija,
- akutna faza šloga,
- teška anemija sa hemoglobinom ispod 80g/l,
- teška i nekontrolisana arterijska hipertenzija,
- simptomatski elektrolitski poremećaji,
- nedostatak motivacije pacijenta (odbijanje i/ili nemogućnost saradnje zbog psihička ili fizičke bolesti),
- teško sistemsko oboljenje, teško pridruženo oboljenje koje drastično pogoršava životnu prognozu pacijenta.
- Odbijanje pacijenta da se kasnije podvrgne definitivnoj terapiji (PCI, CABG, plastika valvula),
- intoksikacija digitalisom,
- dokumentovana anafilaktoidna reakcija na kontrastno sredstvo,
- teška periferna vaskularna bolest koja onemogućuje adekvatan vaskularni pristup,
- srčana insuficijencija u fazi pogoršanja ili edem pluća,
- teška koagulopatija (nasledna ili jatrogena – upotreba OAKT),
- endokarditis aortne valvule.



XXXIV
TIMOČKI MEDICINSKI DANI
ZBORNİK SAŽETAKA

Zaječar, 16-17. Maj 2015.

PLENARNA PREDAVANJA

SINDROM HIPERAKTIVNE BEŠIKE (OAB)

Prof. dr .sci. med. Velibor Marković
„URO-MEDICA”, POLIKLINIKA

Medju raznim oblicima disfunkcije mokrenja sindrom hiperaktivnosti bešike je novientitet. Internacionalno drustvo za kontinenciju predlozilo je (2002 god.) naziv: Overactive bladder (OAB).

Za ovaj sindrom karakterističan je simptom o kompleks kojeg čine urgentni nagoni na mokrenje sa ili bez urgentne inkontinencije,obično udruženi sa polakisurijom i nokturijom. Značajno je da ovi simptomi postoje iako bolesnik nema urinarnu infekciju i organska oboljenja mokraćne bešike. Prevalencija sindroma je velika. Procenjuje se da 8% do 20% adultnih osoba ima OAB. Učestalost je slična kod žena imuškaraca i raste sa starenjem.

Uzroci OAB mogu biti različita oboljenja CNS koja izazivaju neuropatsku hiperaktivnost detrusora. Subvezikalna opstrukcija je čest uzrok OAB, narocito kod muškaraca .Razlicita oboljenja prostate i opstrukcija uretre su čestuzrok OAB.Kod znatnog broja bolesnika uzrok OAB nije poznat pa se govori o idiopatskoj hiperaktivnosti detrusora.

Dijagnoza OAB je jednostavna jer postoji karakterističan simptom kompleks.Urodinamičko ispitivanje pokazuje da postoji Detrusor Overactivity, ali je to retko potrebno.

Za lečenje OAB koriste se bihevioralna terapija, antimuskarinski lekovi i rehabilitacija mišića karličnog dna.Bihevioralna terapija sastoji se u edukaciji bolesnika o suštini njegove bolesti uključujući i osnovne podatke o anatomiji i funkciji mišića karličnog dna.

Bolesnik mora biti upoznat sa načinom aktivacije levatora u momentu urgencije, kao i sa načinom života i ishrane. Treba ga upozoriti na stetan uticaj alkohola, pušenja i prekomerne upotrebe kofeina.

Trening bešike izvodi se po uputstvu urologa i fizioterapeuta.Rehabilitacija mišića karličnog dna je u domenu fizioterapeuta.

Britanski autori smatraju da od samog početka lečenja treba ukljuciti i antimuskarinske lekove. Od lečenja se ne može očekivati izlečenje, već samo znatno ublažavanje simptoma bolesti sa podnošljivim kvalitetom zivota.

ULOGA KARDIJALNIH BIOMARKERA U PROCENI RANIH KARDIOVASKULARNIH ABNORMALNOSTI KOD ASIMPTOMATSKIH PREDIJALIZNIH BOLESNIKA SA IV I V STADIJUMOM HRONIČNE BUBREŽNE BOLESTI

Prim. Dr sci. Med. Dr Biserka Tirmenštajn Janković
ZC ZAJEČAR

UVOD: Kardiovaskularne bolesti su najčešći uzrok smrti bolesnika sa terminalnom fazom hronične bubrežne bolesti (HBB) i smatraju se odgovornim za više od 50% svih smrtnih ishoda. Cilj: Istraživanje je bilousmerenona a) odredjivanje vrednostikardijalnihbiomarkera (TnT, TnI, BNP, NT-proBNP i hsCRP) i procenu ehokardiografskih parametara leve komore (LV) u grupi asimptomatskih predijaliznih bolesnika sa IV i V stadijumom HBB; b) ispitivanje povezanosti pojedinih biomarkera sa kliničkim podacima, biohemijskim parametrima i poremećajima strukture i funkcije LV, verifikovanim konvencionalnom ehokardiografijom i tehnikomtkivnog Doppler-a (TDI).

METODE: U grupi asimptomatskih, predijaliznih bolesnikasa IV i V stadijumom HBB (N=61, 34M, prosečne starosti 62.6±13,6 god, GFR 15.8±5.7 ml/min) i kontrolnoj grupi zdravih osoba srodnih po starosti i polu (N=22) izvršene su rutinske laboratorijske analize, uz odredjivanje cirkulišućeg nivoa kardijalnih biomarkera. Ehosonografskim pregledom karotidnih arterija ispitana je debljina intime-medije zadnjeg

zida zajedničke karotidne arterije (DIM), prisustvo plakova i kalcifikacija. Svi ispitanici su podvrgnuti pregledu metodom konvencionalne M-mode i dvodimenzionalne ehokardiografije, a takodje je izvršena i Doppler analiza transmitralnog protoka tokom dijastole. Dijastolna funkcija je definisana maksimalnom brzinom rane (E) i kasne faze komorskog punjenja (A), kao i odnosom E/A. Za procenu funkcije LV pomoću TDI, određivane su brzine septalnog i lateralnog mitralnog anulusa: rana dijastolna (E'), kasna dijastolna (A'), maksimalna sistolna (S'), kao i odnos E'/A'. Kao indeks pritiska punjenja LK, izračunat je odnos E'/E'.

REZULTATI: U bolesničkoj grupi je zabeležen značajno veći indeks mase leve komore (LVMI: 170.0±48.9 vs 129.7±24.1; p=0.000) i veća učestalost hipertrofije LV ((LVH: 91.8% vs 68.2%; p=0.011) nego u kontrolnoj grupi. Sistolna funkcija LV nije bila značajno izmenjena kod bubrežnih bolesnika, ali je dijastolna funkcija bila poremećena, sa nižim vrednostima E's (p<0.001), E'l (p<0.05) i Vp (p<0.01) i višim vrednostima E/E' (p<0.001). Prosečne vrednosti svih kardijalnih biomarkera bile su značajno više u bolesničkoj grupi: hsCRP-a (p<0.05), BNP-a (p<0.01), NTproBNP-a (p<0.001), TnT-a (p<0.001) i TnI-a (p<0.01). Multivarijantnom linearnom regresionom analizom, utvrđeni su faktori sa statistički značajnim uticajem na nivo kardijalnih biomarkera kod bubrežnih bolesnika. Nivo hsCRP-a bio je nezavisno povezan sa DIM karotidnih arterija, SE, brojem leukocita i padom zasićenja transferina (R2=0.508). Nivo BNP je bio značajno povezan sa nižom brzinom A's i višim odnosom E/E', a od kliničkih varijabli sa nižim BMI, starijim životnim dobom i proteinurijom (R2=0.632). Nivo NT proBNP je bio pozitivno povezan sa odnosom E/E's i dimenzijama LA, a negativno sa FS, holesterolom i Hb (model R2=0.531). Na nivo TnI statistički značajan uticaj ostvarili su IVSTd, LVESD, VLDL holesterol i Tei index (R2=0.383), a na nivo TnT alkalna fosfataza, A'l i Hct (R2=0.502).

ZAKLJUČAK: Rezultati našeg istraživanja ukazuju da su brojne kardiovaskularne abnormalnosti u značajnoj meri zastupljene već kod asimptomatskih bolesnika sa HBB u predijaliznom periodu. Nivoi svih kardijalnih biomarkera su značajno viši kod bubrežnih bolesnika u odnosu na kontrolnu grupu i povezani su sa kardiovaskularnim abnormalnostima strukture i funkcije leve komore koje su detektovane ehokardiografskim pregledom (BNP, NT-proBNP, TnI, TnT) ili sa ehosonografskim parametrima karotidne ateroskleroze (hsCRP).

Kratak seminar

„GINEKOLOGIJA I AKUŠERSTVO-ŠTA JE NOVIJE U SAZNANJIMA?“

UPOTREBA VIO KAUTERA KOD VAGINALNE HISTEREKTOMIJE

Prof. dr Dimitrije Segedi

POLIKLINIKA „SELECTA“, NOVI SAD

Cilj predavanja je da se navedu prednosti, koristi i nove mogućnosti koje daje inovativna tehnologija primenjena u VIO sistemu. Specifičnost VIO kautera - „elektrohrurške jedinice“ su svestranost, individualna specifičnost kod pojedinačne primene i adaptibilnost opšte primenjivanim hirurškim instrumentima, kao i specifičnim ERBE instrumentima (Neutralna elektroda-NESSY, BiClamp-klema, EnSeal PTC, BiSect-makaze, bipolarne pincete) i reproducibilnost rada i grešaka. Prednosti ovog aparata su: sigurnost rada, manji utrošak materijala za šivenje, bipolarni mod je sigurniji za koagulaciju i sečenje od monopolarnog, manji postoperativni bol kod pacijenata, uvođenje novih tehnologija u zdravstvene ustanove, usavršavanje hirurških tehnika (BiClamp, EnSeal, BiSect) i reproducibilnost rada i eventualnih grešaka. Potpuno poznavanje aparature i njenih funkcija od strane hirurga i osoblja omogućava korišćenje punog potencijala ovakvog sistema.

Ključne reči: VIO kauter, vaginalna histerektomija.

ХИТНА СТАЊА У ГИНЕКОЛОГИЈИ И АКУШЕРСТВУ

Проф. Др сци Љиљана Радојчић

ГИНЕКОЛОШКО ОДЕЉЕЊЕ ВМА БЕОГРАД

Хитна стања у гинекологији и акушерству могу бити повезана са трудноћом или се може радити о озбиљним проблемима који нису везани за трудноћу. Због тога су прве информације које треба, ако је могуће, добити:

Када је била последња нормална менструација?

Да ли постоји бол у абдомену (где је локализован и каквих је особина)?

Да ли има вагиналног крвављења?

Најчешћа хитна стања у трудноћи су:

ектопична трудноћа

вагинално крвављење у трудноћи

пreekлампсија/еклампсија

хипотензивни синдром у трудноћи

траума у трудноћи

Ектопична трудноћа- Ектопична трудноћа је имплантација ембриона изван ендометријума, најчешће у једном од јајовода. Уколико дође до руптуре гравидног јајовода, може настати масивно крвављење у абдомен са знацима и симптомима хиповолемичног шока. Симптоми су бол, изостанак менструације и вагинално крвављење које може бити оскудно. Опште стање пацијенткиње може бити веома тешко. Неопходно је хитно дати 100% кисеоник на маску, укључити и.в. 0,9% физиолошки раствор, применити остале мере за збрињавање хиповолемичног шока и одмах организовати транспорт до најближе гинеколошке установе

Крвављење у трудноћи- У раној трудноћи вагинално крвављење је најчешће знак спонтаног побачаја, а у трећем триместру трудноће је обично последица абрупције плаценте, плаценте превије или трауме вагине и грлића.

Хитне мере код обилних крвављења у раној трудноћи поставити пацијенткињу у положај као код шока, а у другом и трећем триместру поставити пацијенткињу на леви бок. Одмах дати 100% кисеоник на маску, обезбедити две велике венске линије са инфузионим системима и почети са давањем 500мл 0.9% физиолошког раствора. Ако се стање не побољшава дати додатне инфузије течности, али не преко 2л и применити све анти-шок мере. Хитно транспортовати пацијенткињу у најближу гинеколошку установу

Хипертензија у трудноћи-Акутна хипертензија после 20 недеље гестације настаје у 5-7% трудноћа, чешћа је код прворотки, а остали фактори ризика су млада мајка, неконтролисана трудноћа, мултипле гестације и нижи социо-економски статус. Најтеже компликације хипертензије у трудноћи су пreekлампсија и еклампсија

Пreekлампсија се карактерише високим крвним притиском, абнормалним добијањем тежине, едемима, главобољом и поремећајима вида, протеинуријом, а понекад и болом у епигастријуму, наузејом и повраћањем. Уколико није третирана пreekлампсија може прогредирати у еклампсију, у којој се јављају животно-угрожавајуће конвулзије. Такође, може доћи до абрупције постељице, аблације ретине или едема плућа.

Еклампсија је најозбиљнији је облик хипертензивних поремећаја у трудноћи. Уз знаке и симптоме пreekлампсије, карактеришу је конвулзије типа гранд мал и коматозно стање. Еклампсији обично претходе поремећаји вида, као бљескови светлости или светле тачке испред очију. Крвни притисак је јако повишен, а постоји и ексцесивно отицање екстремитета и лица. Ако дође до еклампсије, могућа последица је смрт мајке и фетуса (матернална смртност је 10%, а фетална смртност 40%). Код тешке хипертензије потребно је предвидети напад (конвулзије), припремити сукцију, тубус, Магнезијум сулфат и Диазепам. Уколико трудница има симптоме пreekлампсије поставити је на леви бок, дати 100% O₂ на маску, смањити светло у просторији и избегавати било какву сивушну ексцитацију. Не проверевати рефлекс зеница. Дати раствор Магнезијум сулфата у дози од 4-6 г и.в. током периода од 15 минута. Наставити давање Магнезијум сулфата у дози од 1-2 г на сат у виду континуиране.

PRIMENA 3D MULTISLICE ULTRAZVUKA U ANALIZI FETALNOG LICA I OTKRIVANJU ANOMALIJA U RAZVOJU LICA FETUSA

Doc dr sci med. Aleksandar Jurišić

MEDICINSKI FAKULTET UNIVERZITETA U BEOGRADU GINEKOLOŠKO – AKUŠERSKA KLINIKA
„NARODNI FRONT“

Facial anomalies and facial clefts (cleft lip, cleft palate) are the most common craniofacial anomalies. Incidence of craniofacial anomalies is 1,4 at 1000 newborns

Embryological development of fetal face

In early pregnancy, fetal face develops from five facial prominencies.

There is one frontonasalprominency, a two maxillary and mandibular prominencies.

Development of normal fetal face ends at 12 weeks of pregnancy.

Development of fetal palate starts from three segments, two lateral and one medial which corresponds with premaxilar part of upper jaw.

Normal fetal palate development is finished at 12 weeks.

Association with genetic anomalies

Over 50 syndromes associated with facial abnormality-

Growth abnormality

Facial and brain abnormality

Limb and skeletal abnormalities

Craniosynostosis

Other syndromes

Facial clefts are highly associated with genetic anomalies. The most common are Trisomy 13 and Trisomy 18, Trisomy 22, Trisomy 9, Deletion 4p, Deletion 11q

Classification of clefts

Group I - Cleft lip only without defects on palate.

Group II - Unilateral cleft lip, cleft primary and secondary palate.

Group III - Bilateral cleft lip and palate, with protrusion of premaxillary protuberance.

Group IV Central defects of lip and palate.

Diagnosis of facial clefts

In diagnosis of fetal facial clefts it is essential to obtain proper sagittal, frontal and axial plane for analysis of fetal soft tissue and bones in maxilla and nose.

3D surface rendering for analysis of fetal facial morphology.

3D transparent rendering for analysis of facial bones

Analysis of fetal facial morphology from 12-18 weeks

Retronasal triangle (Sepulveda)

Frontal processes of the maxilla and primary palate

Visualization in coronal plane

Precise section in 3D multislice oblique technique

Analysis of hard palate on parallel sections in oblique 3D multislice technique.

Examination of fetal face after 18 weeks

Surface rendering of fetal face

Transparent rendering for maxillary bones

Hard palate examination

Technique "Reverse view"

Technique "Flipping image"

3D multislice oblique volume extended

Conclusion

When facial anomalies are detected, it is necessary to analyze soft tissue and palate and maxillary bones in order to make correct classification of facial anomaly.

Due to high association with genetic anomalies genetic analysis should be highly recommended.

It is necessary to perform complete analysis of fetal morphology because facial anomalies are associated with CNS and fetal heart anomalies

UČESTALOST I STRUKTURA KONGENITALNIH ANOMALIJA U OPŠTINI ZAJEČAR ZA PERIOD 1995-2012. GODINE

Prim. dr Bojana Cokić

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, DEČIJE ODELJENJE

UVOD: Kongenitalne anomalije su strukturni defekti tkiva i organa, nastali tokom morfogeneze, prisutne i vidljive na rođenju. To su posebna stanja, toliko ozbiljna da zahtevaju medicinski tretman ili izazivaju oštećenje/nesposobnost/zastoj u razvoju. U Evropskoj uniji se svake godine rodi više od 100 000 dece sa kongenitalnim anomalijama, u Srbiji oko 2000 dece. Kongenitalne anomalije su još uvek u našoj sredini značajan uzrok morbiditeta i mortaliteta. Učestalost na rođenju se kreće od 2-4%, a pri obdukciji 30-40%. Oko 7-10% spontanih abortusa odnosi se na veće malformacije.

CILJ: Cilj rada je bio utvrditi incidencu i strukturu kongenitalnih anomalija u opštini Zaječar za period 1995-2012. god. Primeniti preventivne mere radi poboljšanja kvaliteta života.

MATERIJAL I METODI RADA: Retrospektivnom metodom je vršeno istraživanje dece sa kongenitalnim anomalijama u opštini Zaječar u periodu od 1995-2012. godine. Sve anomalije registrovane su pedijatrijskim pregledom u porodilištu, potvrđene laboratorijskim i citogenetskim metodama. Jedan broj kongenitalnih anomalija je registrovan posle neonatalnog perioda.

REZULTATI: U porodilištu Zaječar u periodu od 1995-2012. rođeno je ukupno 11 514 novorođenčadi. Od tog broja novorođenčadi sa kongenitalnim anomalijama je bilo 273 ili 2,37%. Od svih anomalija najzastupljenije su urođene srčane mane-43%, potom anomalije urogenitalnog sistema- 16%, lokomotornog sistema-15%. Hromozomopatije su se javile u 7% novorođenčadi, anomalije glave i lica u 7%, nervnog sistema 5%, digestivnog sistema u 4%. Sindromi, anomalije koštanomišićnog sistema i respiratornog sistema su zabeleženi u 1% novorođenčadi.

ZAKLJUČAK: Incidencija kongenitalnih anomalija u opštini Zaječar u periodu od 1995-2012. Godine odgovara podacima iz literature i iznosi 2,37%. Formiranjem dobrih baza podataka u REGISTRE, imali bi dobru procenu genetičkog opterećenja. Planiranje i primena preventivnih mera bila bi uspešnija. Saznanje da raste broj mladih majki koje rađaju decu sa Down sindromom ukazuje na potrebu skrininga svih trudnica na Down sindrom.

TIROIDEA I TRUDNOĆA

Prim. Dr sci. Med. Dr Aleksandar Aleksić

ZC ZAJEČAR

Poremećaji u funkcionisanju tireoidne žlezde kod žena su česti tokom reproduktivnog perioda. Autoimunska oboljenja i poremećaj jednog statusa su vodeći uzroci poremećaja funkcije tireoidne žlezde, i značajno su povezani sa većom učestalošću spontanih pobačaja, prevremenih porođaja i fetalnim anomalijama, a više od svega učestvuju u veoma visokoj zastupljenosti teškoća pri ostvarivanju reproduktivne funkcije (infertilitet). Najčešći tiroidni poremećaj u trudnoći je hipotiroidizam. Hipotiroidizam može da uzrokuje mnoge promene u menstrualnim ciklusima: nepravilne cikluse, masivna krvavljenja, prestanak menstruiranja. Ako je hipotiroidizam veoma izražen i nelečen, može da smanji sposobnost začeća. Ako postoje problemi zatrudnjavanja svakako da treba proveriti i tiroidnu funkciju. Ako se otkrije hipotiroidizam, to je poremećaj koji se svakako najjednostavnije leči i koriguje. Grejvsova bolest (GB) je najčešći uzrok hipertireoidizma u trudnici. Kontrola hipertireoidizma majke značajno redukuje rizik za komplikacije tokom trudnoce kod majke i deteta. Zbog toga je neophodno za kliničara da bude upoznat sa preporukama za lečenje GB, uključujući učestalost serološkog testiranja, ciljne vrednosti hormona, potencijalne neželjene efekte lekova u toku trudnoce i laktacije, kao i fetalno/neonatalno praćenje. U žene koja nije trudna, hipertiroidizam može da utiče na menstruacije i menstrualne cikluse. Ciklusi su iregularni, menstruacije oskudnije ili sasvim prestaju. Začeće u hipertiroidizmu je teže i češće su habitualni pobačaji. Zbog toga je sasvim opravdano ispitivanje tiroidne funkcije kao rutinskog testiranja infertiliteta. Isto tako, bitno je da se hipertiroidizam trudnice što pre stavi pod kontrolu da bi se smanjila opasnost od pobačaja i komplikacija.

ZNAČAJ PREVENCIJE I RANE DIJAGNOSTIKE HRONIČNIH KOMPLIKACIJE ŠEĆERNE BOLESTI

Doc dr Milena Mitrović

MEDICINSKI FAKULTET NOVI SAD, KC VOJVODINE, KLINIKA ZA ENDOKRINOLOGIJU, DIJABETES I BOLESTI METABOLIZMA

U Svetu od šećerne bolesti boluje više od 350 miliona bolesnika sa tendencijom porasta broja novodijagnostikovanih. Značaj dijabetesa ogleda se ne samo u broju obolelih, nego i u činjenici da se radi o hroničnom obolenju koje tokom svoje evolucije dovodi do razvoja hroničnih komplikacija, a koje značajno remete kvalitet života dijabetesnih bolesnika, povećavaju troškove lečenja, morbiditet i mortalitet ove populacije bolesnika. U tome se ogleda i njegov veliki sociomedicinski i socioekonomski značaj.

U patogenezi hroničnih komplikacija svakako da hiperglikemija ima vodeću ulogu, a pre svega u nastanku mikrovaskularnih komplikacija, dok u nastanku makrovaskularnih komplikacija u osnovi leži proces ateroskleroze u čijem nastanku imaju veliki značaj konvencionalni i nekonvencionalni K-V faktori rizika (hipertenzija, pušenje, gojaznost, starenje, insulinska rezistencija, dislipidemija, inflamacija, itd).

Dijabetesna retinopatija predstavlja vodeći uzrok slepila kod dijabetesnih bolesnika, polineuropatija je vodeći uzrok netraumatskih amputacija donjih ekstremiteta, dok je dijabetesna nefropatija vodeći uzrok terminalne bubrežne insuficijencije. K-V bolesti su 2 do 4 puta češće kod dijabetesnih bolesnika, pri čemu prisustvo nefropatije povećava rizik za K-V bolesti i do 40 puta.

Zbog toga je važno sprovesti sve mere primarne prevencije razvoja hroničnih komplikacija, koje podrazumevaju postizanje dobre glikoregulacije već od momenta postavljanja dijagnoze dijabetesa, uz lečenje hipertenzije, gojaznosti, dislipidemije, prestanku pušenja uz korekciju i ostalih faktora rizika. Kod bolesnika sa tipom 2 šećerne bolesti skrining na komplikacije raditi već po postavljanju dijagnoze dijabetesa, a kod bolesnika sa tipom 1 šećerne bolesti posle 5 godina trajanja bolesti. Kod bolesnika sa dijagnostikovanim hroničnim komplikacijama adekvatnim lečenjem treba da sprečimo njihovu progresiju ka terminalnom stadijumu.

ACNE VULGARIS – MOGUĆNOSTI I DOMETI SAVREMENE TERAPIJE

Prof. dr Đorđije Karadaglić

ORDINACIJA ZA KOŽNE I POLNE BOLESTI "PROF. KARADAGLIĆ", BEOGRAD

Akne su čest poremećaj pilosebacealne jedinice. Sekvele ove samoograničavajuće bolesti ostaju celi život, sa jamičastim ili hipertrofičnim ožiljcima. Od njih boluje više od 85% adolescenata, ali mogu perzistirati u trećoj i četvrtoj deceniji života. Oko 14% žena ih ima u periodu od 26 do 44 godine.

U lečenju akni primenjuje se lokalna i sistemska terapija, ali učinci terapije su često nezadovoljavajući. Cilj predavanja je da se prikaže savremena terapija akni.

Naziv sesije

HIRURGIJA I SRODNE GRANE

ESTETSKA REKONSTRUKCIJI GORNJIH ANTERIORNIH ZUBA

Doc. dr Rade Živković

UIVERZITET U BEOGRADU, STOMATOLOŠKI FAKULTET, KLINIKA ZA STOMATOLOŠKU PROTETIKU

Danas je očuvanje intaktnih prirodnih zuba potpuno ostvariv cilj. Poslednjih decenija stomatologija razvija estetsku stomatologiju kao tržišni zahtev. Pacijenti osim zdravih zuba, žele i „kristalno bele i lepe“ zube.

Ne zahtevaju svi pacijenti velike rekonstruktivna zahteve u cilju poboljšanja estetike. Mnogo toga se može postići izbeljivanjem zuba, kompozitnim ili keramičkim fasetama.

Kompozitne i keramičke fasete se mogu danas izraditi u mnogim slučajevima gde su nekad bile indikovane isključivo keramičke ili metalokeramičke krune. Odgovor okolnih tkiva na keramičke ili kompozitne fasete je odličan. Kompozitne fasete se mogu uraditi jednoseansno u ordinaciji ili uz pomoć zubotehničke laboratorije. Nove generacije kompozitnih materijala dozvoljavaju, da bez brušenja preoblikujete vestibularnu površinu zuba i time potpuno promenite oblik i ukupni izgled

Devitalizovani zubi se takođe moraju restaurirati. Live ne nadogradnje nisu prošlost ali imaju alternativu u vidu kompozitnih kočiča, koji su kako estetski tako i biološki prihvatljiviji u definisanom indikativnom području.

U radu je prikazana dvadesetdvogodišnja pacijentkinja kojoj je indirektnim kompozitnim fasetama („GC Gradia-indirekt“) preoblikovan oblik i promenjen izgled gornjih anteriornih zuba. Indirektno kompozitne fasete su zahtevale pripremu zuba u cilju stvaranja prostora za fasetu. Tokom preparacije osim uklanjanja zubnog tkiva sa labijalne površine, izvršeno je skraćivanje zuba icizalno za 2mm i minimalno uklanjanje gleđ sa oralne površine u incizalnoj trećini kako bi se formiralo „sandučić“ za fasetu. Otisak se realizovan pomoću adicijonih silikona. Nakon izrade fasete u laboratoriji, fasete se probane u ustima pacijenta, korigovane i ponovo vraćene na poliranje. Cementiranje se izvršeno pomoću glasjonomer cementa.

PLANIRANJE PARCIJALNE SKELETIRANE PROTEZE - GREŠKE U SVAKODNEVNOM RADU

Prof. dr Ivica Stančić

STOMATOLOŠKI FAKULTET, BEOGRAD

Planiranje parcijalne skeletirane proteze (PSP) složen je biološko-tehnički zadatak i može se uspešno realizovati tek na osnovu procene kliničkog stanja potpornih tkiva. Planiranje svih parcijalnih proteza obavlja se na dijagnostičkom modelu artikulatoru i paralelometru.

Analiza modela za studije u artikulatoru obuhvata statičku i dinamičku analizu. U artikulatoru se vrši prvo uobičajena gnatološka analiza okluzalnih površina zuba na gipsanim modelima, dok se u okviru druge faze vrši analiza okluzalnih površina svih retencionih zuba sa postavljenim voštanim elementima buduće PSP. Analiza modela za studije u paralelometru vrši se nakon završene analize u artikulatoru i ona omogućuje da se maksimalno eliminišu svi problemi biomehaničke prirode kod buduće PSP.

Prilikom planiranja izrade parcijalne skeletirane proteze kod velikog broja pacijenata, može se uočiti potreba za pripremom retencionih zuba. Priprema retencionih zuba uslovljena je stanjem njihovog zdravlja i potpornih tkiva, kao i dizajnom budućeg skeleta proteze. Priprema se obavlja nakon analize dijagnostičkog modela i određivanja preliminarnog plana terapije. Jedino pravilno pripremljeni retencioni zubi mogu ostvariti funkcionalno jedinstvo sa odgovarajućim elementima buduće skeletirane proteze i omogućiti veliku profilaktičku vrednost. Osnovni zadatak pripreme retencionih zuba za prihvatanje elemenata skeletirane proteze je obezbeđenje sigurnog i atraumatskog „vođenja“ parcijalne skeletirane proteze do nosećih tkiva tokom aplikacije in situ, kao i osiguravanje uslova za retenciju, stabilizaciju proteze i prenos sila žvakanja kroz uzdužnu osu zuba bez traumatskih efekata.

Treba istaći da najveći aktuelni problem u oblasti mobilne protetike predstavlja tradicionalni stav velikog broja stomatologa i tehničara, kojim se tvrdi da se skeletirana proteza može izraditi na nepripremljenim retencionim zubima i njihovim potpornim tkivima. Nasuprot tome, rezultati mnogih sprovedenih longitudinalnih kliničkih studija ukazuju na potrebu pripreme retencionih zuba. Ukoliko bi se parcijalna skeletirana proteza izradila na nepripremljenim retencionim zubima, njeni elementi bi bili koncipirani kao moguća, a ne optimalna, konstrukciona rešenja, sa problematičnim profilaktičkim vrednostima.

Priprema retencionih zuba, se do sada ostvarivala uglavnom izradom namenskih fiksnih nadoknada ili, nešto ređe, redukcijom gleđnog tkiva. Izrada namenskih fiksnih nadoknada podrazumeva obimnu redukciju čvrstih dentalnih tkiva, što predstavlja invazivnu metodu i ireverzibilan terapijski postupak. Stoga je trend u savremenoj stomatološkoj protetici da se koriste takve vrste namenskih zubnih fiksnih nadoknada (namenski ispuni, namenski inleji), koji zahtevaju manje invazivnu metodu, ukoliko stanje retencionih zuba to dozvoljava. S pravom se ističe da obimne redukcije čvrstih dentalnih tkiva, koje

prethode izradi namenskih fiksnih nadoknada, možemo svrstati u invazivne tehnike pripreme retencionih zuba, odnosno u invazivne stomatološke metode.

Neinvazivne tehnike imaju prednost u odnosu na sve postojeće invazivne stomatološke tehnike, jer priprema zuba podrazumeva minimalnu redukciju gleđnog tkiva kojim se mogu ostvariti traženi zahtevi preoblikovanja slobodnih površina retencionih zuba. Pre redukcije, neophodno je odrediti količinu gleđnog tkiva, koje se sa tog zuba sme ukloniti, da ne bi došlo do povrede integriteta gleđno-dentinske granice. Ukoliko je u skladu sa rezultatima analize dijagnostičkog modela u paralelometru i artikulatoru, neminovna redukcija gleđnog i jednog dela dentinskog tkiva, takođe je moguće koristiti neinvazivne stomatološke metode.

ORALNOHIRURŠKE INTERVENCIJE KOD PACIJENATA KOJI BOLUJU OD HEMOFILIJE I FON VILEBRANDTOVE BOLESTI

Prof. dr Goran Jovanović

MEDICINSKI FAKULTET NIŠ KLINIKA ZA STOMATOLOGIJU, ODELJENJE ZA ORALNU HIRURGIJU

Хемофилија и Фон Вилебрандтова болест спадају у коагулопатије и односе се на недостатак осмог фактора коагулације. То изазива поремећај каскадног механизма активације осталих фактора коагулације што резултира немогућношћу формирања здравог крвног угрушка. У зависности од облика и тежине болести јавиће се различите врсте крварења (спонтана, после мањих или већих повреда), која некада могу и животно да угрозе болесника. У стоматолошкој пракси код ових пацијената постоји проблем због немогућности спонтаног заустављања крварења после екстракције зуба или других оралнохируршких интервенција. Овоме погодује и сама средина, тј. присуство пљувачке и активатора патолошке фибринолизе у њој, пародонтопатије, кариозних зуба, као и сам акт мастикације.

Савремена медицинска доктрина подразумева уску сарадњу између оралног хирурга и хематолога у смислу адекватне хематолошке припреме пацијента супституционом терапијом и подизања нивоа фактора осам на задовољавајуће терапијске вредности како би се могућност постекстракционог крварења свела на минимум. На оралном хирургу је да својим поступцима, почев од анестезије, екстракције зуба са минималном траумом и адекватне обраде ране, до локалне примене антифибринолитика и израде покровне протезе, утиче на одржање коагулума до потпуне епителизације ране.

САВРЕМЕНИ КОНЦЕПТ У ЛЕЧЕЊУ ХРОНИЧНИХ РАНА

Проф. др сци. мед. Љубомир Панајотовић

ЕВРОПСКИ УНИВЕРЗИТЕТ – ФАРМАЦЕУТСКИ ФАКУЛТЕТ, НОВИ САД

Хронична рана (ХР) (ulcus) не зараста у очекиваном временском периоду, а зарастање траје дуже од 3 месеца. Разлог је а)изостанак оптималних услова ране (страна тела, некротична ткива у рани, инфекција, поновљене трауме, абнормална влажност) и/или б)немогућност корекције узрока стварања ране: (артеријска, венска инсуфицијенција, притисак, неодговарајућа температура и влага). У ХР сврставају се: исхемичке венске и артеријске улцерације, и најчешће неуроисхемичне, дијабетесна и декубитална улцерација.

Стабилизација општег стања болесника и отклањање узрока успоравања зарастања ране претходе и прате локално лечење. У процени ране разматрамо виталност ткива, инфекцију, влажност и ивице ране (TIME акроним). Методи дебридмана су: хируршки/оштри (скалпел), механички (киретажа, млаз воде), аутолитички (хидроколоидни и оклузивни завоји), ензимски (колагеназа) и биолошки (ларве).

Концепт влажног зарастања постаје стандард у лечењу ХР. Користе се а)примарне облоге (у контакту са раном): алгинати, облоге са угљем, хидрогелови, хидробалансне, полиетиленске, облоге за убрзање гранулације; и б)секундарне (прекривају примарне): хидроколоиди, пенасте,

филм облоге. Нови поступци у лечењу ХР су терапија негативним притиском, хипербарична оксигенација, PRP, итд.

Венске улцерације (Ulcus cruris). Повишен венски притисак је главни узрочник настанка венских улцерација. У гранулационој и епителizacionој фази зарастања влажна средина (примена облога) омогућава аутолитички дебридман, формирање гранулација, и поспешује епителizacionу. Компресивна терапија је ефикасна код практично свих пацијената са улцерацијама венског порекла. Затварање венске улцерације могуће је и хируршки, аутоотрансплантацијом коже.

Артеријске улцерације. У терминалном стадијуму артеријске оклузивне болести развија се исхемијска некроза (сува гангрена или улцерација) између прстију стопала, на врховима прстију или на местима притиска на кожу. Основа терапије подразумева реваскуларизацију. Дебридман се спроведи само после реваскуларизације уз превијање неадхерентним облогама. Изузетак је инфекција, која угрожава живот пацијента. Корисна је хипербарична оксигенација.

Декубиталне улцерације. То су дефекти услед пролонгираног притиска ткива између коштанних проминенција и подлоге код особа или у регији без сензибилитета. Антидекубиталне мере значајне су у превенцији, али и током лечења. Промовишемо став: прерасподела притиска, одн. ослањање на већи број тачака које се периодично мењају окретањем болесника. Дебридман је иницијални терапијски поступак праћен превијањем неком од наведених облога. Третирање ране по принципима за ХР декубитуси I и II степена најчешће могу зарастати спонтано. Декубитуси III и IV степена скоро увек захтевају хируршко лечење: затварање дефекта аутоотрансплантатом коже, кожним или кожномишићним режњем. Терапија негативним притиском индикована је првенствено код неоперабилних болесника.

Синдром дијабетесног стопала. Подразумева промене на неким ткивима и костима стопала у виду улцерације и гангрене као последице дијабетичне неуропатије, исхемије, инфекције: неуропатско стопало и неуроисхемично стопало. Неуроваскуларни чиниоци дају промене и на костима и зглобовима стопала (луксације, осификати и преломи, дијабетесна остеоартропатија – Charcot-ово стопало). Деформисано стопало без сензибилитета и понављани притисак је основа за развој инфекције и гангрене. Основа лечења је успоравање напретка болести (гликорегулација), спречавање деформација стопала и настајање улцерација (подесна обућа, удлаге). Хируршким лечењем се коригују деформитети и смањује коштани притисак на поједине делове. Уклањају се девитализована ткива, врше инцизије, дренажа апсцеса, ресекције костију и ампутације. Површне и рецидивне улцерације третирају се конзервативно као и друге ХР. Мекоткивни дефекти могу се затворити аутоотрансплантатима коже или микроваскуларним режњевима. Ампутације, раније често примењиване, више нису први избор лечења.

Kratak seminar „GOJAZNOST I DIJABETES TIPIA 2-NEŠTO NOVIJE“

НОВО СХВАТАЊЕ БИОЛОГИЈЕ ДИЈАБЕТЕСА

Др Душан Јеркић
ОБ КИКИНДА

Шећерна болест је хронична масовна незаразна болест о чијој патогенези и патофизиологији је написано пуно радова. Одавно постоје недоречености и контраверзе у тумачењу патофизиологије, патологије дијабетеса; или једноставно неке недоречене чињенице које се у објављеним радовима нису ни обрађивале. До сада прихваћено схватање "природни ток дијабетеса..." трпи значајне промене. По том схватању природни ток дијабетеса је објашњаван апоптоичним променама на дисфункционалним бета ћелијама. "Природни ток дијабетеса" се прихватао као неумитан и са скоро непроменљивим и неумитним током. Новообјављени радови а неки још увек у раду бацају ново светло на изостанак апоптозе бета ћелија тј промене у схватању да апоптоза бета ћелија ни не постоји као таква него да је у питању дедиференцијација бета ћелија. Ново схватање биологије

бета ћелија показује да напредовање болести може и да буде значајно измењено. Нов приступ у схватању даје наду и отвара могућности за сасвим нов приступ у мењању "природног тока дијабетеса" Сада, са много више основе се отвара могућност у презервацији преостале функције бета ћелија. Нов начин разумевања и у биологији и патобиологији бета ћелија је и увод у промене начина на који се креирају и терапијске интервенције којим данас превенирамо и лечимо шећерну болест.

Циљ предавања је увид у нова схватања биологије бета ћелије и презентација неких нових радова и схватања из те области.

KOMORBIDITET KOD GOJAZNE DECE I MLADIH

Prim mr sc med dr Snežana Lešović

SPECIJALNA BOLNICA ZA BOLESTI ŠTITASTE ŽLEZDE I BOLESTI METABOLIZMA ZLATIBOR

UVOD: Gojaznost kod dece povezana je sa povećanim rizikom nastanka brojnih metaboličkih komplikacija kao što su insulinska rezistencija, poremećena tolerancija glukoze i dijabetes tipa 2. Povišeni ITM (indeks telesne mase) u detinjstvu glavni je generator metaboličkog sindroma. Gojazna deca imaju povećan rizik za nastanak ortopedskih, respiratornih bolesti i psiholoških problema. Pored brojnih komplikacija, gojaznost je uzrok velikog ekonomskog opterećenja kroz smanjenje produktivnosti i prihoda i na nju otpada 7-12% svih troškova za zdravstvenu zaštitu u zapadnim zemljama. Kao odgovor na epidemiju gojaznosti u Srbiji je 2008. godine formiran Cenar za prevenciju, lečenje i rehabilitaciju gojaznosti kod dece adolescenata i Program „Čigotica“ u Specijalnoj bolnici „Zlatibor“.

CILJ: Utvrditi komplikacije gojaznosti i metaboličke faktore rizika u adolescenata učesnika Programa „Čigotica“.

METOD RADA: Antropometrijski, klinički i biohemijski parametri analizirani su kod 1 000 adolescenata (468 devojčica i 532 dečaka), prosečnog uzrasta 15,30 godina sa dijagnostikovanom primarnom gojaznošću. Istraživanje je sprovedeno u Centru za prevenciju i lečenje gojaznosti kod dece i adolescenata, Specijalna bolnica „Čigota“. Hospitalizacija traje 21 dan. Kriterijum za gojaznost je indeks telesne mase (ITM) > +2 SD. Pored kliničkog pregleda meren je krvni pritisak. Nivo triglicerida, ukupnog, HDL i LDL holesterola, mokračne kiseline i glikemija su određivani drugog dana hospitalizacije posle 12 h gladovanja.

REZULTATI: Abdominalnu gojaznost definisnu OS>P90 imaju svi ispitanici (100%). Hipertenziju ima 28% adolescenata. Akantoza nigrikans prisutna je kod 51,4 % adolescenata. Vrednosti triglicerida su povišene kod 7,8% ispitanika, snižene vrednosti HDL h ima 22,9% ispitanika, a povišene vrednosti holesterola ima 5,8% ispitanika. Dva faktora rizika za metabolički sidrom ima 27,6%, a metabolički sindrom 18,3% ispitanika. Poremećaj prometa šećera u organizmu ima 8,9% ispitanika. Tri ispitanika imaju dijabetes tipa 2 (0,3%). Orotpedske komplikacije ima 82% ispitanika. Sindrom policističnih jajnika ima 12% adolescentkinja.

ZAKLJUČAK: U velikog broja gojaznih adolescenata prisutne su komplikacije, što ukazuje na ozbiljnost problema gojaznosti i potrebu za efikasnijim preventivnim programima. Kratkoročni efekti programa Čigotica ohrabruju, a efikasnost multidisciplinarnog lečenja gojaznih adolescenata proceniće tekuće istraživanje koje razmatra održivost postignutih rezultata.

Ključne reči: gojaznost, adolescenti, metabolički faktori rizika, insulinska rezistencija, indeks telesne mase (ITM), Program Čigotica

TERAPIJA HIPERTENZIJE KOD HRONIČNIH BUBREŽNIH BOLESNIKA

Prof. dr Nada Dimković

KLINIČKO ODELJENJE ZA BUBREŽNE BOLESTI, KBC ZVEZDARA, BEOGRAD

Jedan od posebnih značajnih aspekata hipertenzije jeste oštećenje bubrega i nastanak terminalne bubrežne slabosti. Prema podacima nacionalnog registra, oko trećina incidentnih dijaliznih bolesnika kao

etiologiju ima upravo hipertenziju. U poredjenju sa optimalnim vrednostima krvnog pritiska, svaki naredni stadijum hipertenzije uvećava relativni rizik od otkaza rada bubrega a najveći je u četvrtom stadijumu (prilagodjen RR: 22). Uz to, hipertenzija, bilo primarna ili sekundarna, značajan je faktor kardiovaskularnog komorbiditeta te nije iznenadjujuće da ovi bolesnici umiru od kardiovaskularnih bolesti mnogo češće od opšte populacije. Na hipertenzivno oštećenje bubrega su posebno osetljivi oboleli od dijabetesa: zbog poremećaja autoregulacije i izostanka protektivne vazokonstrikcije aferentne arteriole, sistemska hipertenzija se lako prenosi u glomerulus i vodi hiperfiltraciji kao osnovnom mehanizmu bubrežnog oštećenja. U terapiji hipertenzije kod bubrežnih bolesnika lekovi iz grupe RAAS blokade imaju primarno mesto zbog svojih hemodinamskih ali i ne-hemodinamskih svojstava što se pozitivno odražava na smanjenje albuminurije i proteinurije. Kombinacija ove dve grupe lekova se daju samo ukoliko pored hipertenzije bolesnik ima i izraženu proteinuriju a pri tome ne reaguju na konvencionalnu terapiju. Najnovije KDIGO Smernice iz 2014. godine ističu pet bitnih momenata u terapiji hipertenzije kod hroničnih bubrežnih bolesnika: individualizacija terapije, restrikcija soli, nusefekti terapije, odrediti realno mesto lekovima iz grupe RAAS blokade i uzeti u obzir značaj i ostalih antihipertenzivnih lekova. Specifičnosti u odnosu na opštu populaciju podrazumevaju određivanje BMI koji se razlikuje zavisno od pola ali i obim struka. Pri tome, BMI ima obniti značaj kod odmakle bubrežne slabosti gde su više vrednosti BMI vezane za bolje preživljavanje bolesnika. Kako se od hroničnih bubrežnih bolesti leči uglavnom starija populacija, to je potrebno misliti ne samo na sistolni pritisak već i na dijastolni: terapija se daje samo ako to ne vodi nusefektima i padu dijastolnog pritiska. Naime, na taj način se povećava sklonost padovima i frakturi kuka koja ima veoma nepovoljne posledice. Takodje, kalcifikacije krvnih sudova kod starijih vode nestabilnom dijastolnom krvnom pritisku. U izboru terapije ne treba zaboraviti i nehidropiridinske kalcijumske antagoniste, beta blokatore (koji preveniraju aritmije i naglu srčanu smrt) ali i lekove koji deluju na simpatičku hiperreaktivnost. Ova hiperaktivnost je tipična za hronične bubrežne bolesnike i korelira sa nivoom glomerulske filtracije i kardiovaskularnim komorbiditetom kod bubrežnih bolesnika.

SAVREMENI HIRURŠKI STAVOVI U LEČENJU IBC

Prof dr sci med Vladimir Ćuk

HIRURŠKA KLINIKA, KBC ZVEZDARA .STOMATOLOŠKI FAKULTET U BEOGRADU KLINIKA ZA HIRURGIJU

- Promene u eri biološke Th -

Inflamatorne bolesti creva (IBC), ulcerozni colitis (UK) i Crohn-ova bolest (CB) predstavljaju hronično idiopatsko zapaljenje creva. Dok je CB transmuralni zapaljenski proces koji može da zahvati bilo koji segment digestivnog trakta u UK zapaljenje je ograničeno na mukoza kolona i rektuma. Prirodan tok ovih bolesti se sastoji od tipičnih epizoda pogoršanja sa dužim ili kraćim spontanim ili terapijski izazvanim remisijama. U aktivnoj fazi bolest je manifestovana bolovima u trbuhu, krvavim prolivima, gubitkom apetita, opštom slabošću i mršavljenjem. U severnoj Evropi se svake godine javi oko 20 novih bolesnika na 100.000 stanovnika sa IBC. Obe bolesti nemaju veliki uticaj opšti mortalitet populacije ali je njihov negativni uticaj na morbiditet i kvalitet života obolelih veliki.

Osnovna medikamentozna terapija ovih bolesti sadrži kortikosteroidne lekove i aminosalicilnu kiselinu uz higijensko dijetetski režim. U drugoj liniji terapije za rezistentnu bolest koriste se imunosupresivni i imunomodulatorni lekovi. U novije vreme velike nade su polagane u specifičnu ciljanu terapiju monoklonskim antitelima na TNF α . Nažalost efikasnost ove terapije nije univerzalna a neželjeni efekti su česti, te se relaps bolesti unutar jedne godine javlja i do 50% bolesnika.

Sve navedeno pokazuje da će hirurško lečenje biti neophodno u preko 50% bolesnika, što usled neefikasnosti medikamentozne terapije, njenih neželjenih efekata ili pojave maligniteta, tako i zbog akutnih komplikacija bolesti kao što je fulminantni kolitis sa teškim krvarenjem, toksičnim megakolonom ili perforacijom. Restorativna prokto-kolektomija u bolesnika sa UK će značiti izlečenje ovih bolesnika, koji više neće biti zavisni od teške medikamentozne terapije. U bolesnika sa CB operativno lečenje će i dalje predizimati samo u slučaju pojave komplikacija bolesti i biće krajnje pošteno.

Naziv sesije

PREVENTIVNA MEDICINA. JAVNO ZDRAVLJE**МЕДИЈИ И ЈАВНО ЗДРАВСТВО**

Др сци мед Петар Пауновић
РАЈАЧКА ШКОЛА ЗДРАВЉА

Аутор, у почетку предавања, бави се објашњавањем термина у вези мас медија и јавног здравства, набраја облике медијског рада и начина коришћења медија у доменима јавног здравства, посебно на подручју Тимочке крајине. Јавно здравство је термин који замењује застарели појам јавног здравља, који се употребљава у широком смислу речи да обухвати све оно што може утицати на здравље становништва колективно стање здравља популације, здраву животну средину, здравствену службу и администарцију здравствене заштите. Полазећи од чињенице да се данас биомедицински модел здравља заступа највише у раду здравствене службе и да је социо економски модел здравља, у многим детљима садржан у јавно-здравственом приступу становништву запостављен, због недовољно развије примарне здравствене заштите, предавач види могућност да се коришћењем медија побољша рад здравствене службе и успостави бољи однос и сарадња са заједницом без које није могуће остваривати примарну здравствену заштиту на решавању јавно-здравствених проблема.

Развој друштва у транзицији и погоршавање многих параметара од значаја за здравље у околини, ствара услове за све већи број побољевања и већи притисак на здравствену службу да се бави јавно-здравственим проблемима међу којима највећи део чине хроничне масовне незаразне болести, уз све чешћу појаву заразних болести. У таквој ситуацији, предавач посматра медија као средство помоћу којег може да скрене пажњу на потребу да се:

-да се побољша надзор над здрављем популације, на локалном нивоу,

-да се стимулише политика за одржање и унапређивање здравља,

-да се обезбеде распложива средства за рад здравствене службе и

-да се на решавању јавно-здравствених проблема оствари тзв. интерсекторска сарадња између здравствене службе и других система у заједници којима је здравље народа од посебног значаја (управа, школе, организације које се баве производњом и дистрибуцијом хране, службе које се баве бробом против зооноза, службе које се баве заштитом у ванредним приликама и др. Предавач, ради објашњења начина на које се реализује јавно-здравствени приступ становништву, посебно коришћењем медијима, илуструје предавање богатим искуствима стеченим у коришћењу медија на подручју Тимочке крајине.

Naziv sesije

ISTORIJA MEDICINE. UMETNOST I MEDICINA**ХИРУРШКО ЗБРИЊАВАЊЕ СРПСКЕ ВОЈСКЕ 1914–1915.**

Пук. прим. доц. др сци мед Миле Игњатовић
ВОЈНОМЕДИЦИНСКА АКАДЕМИЈА БЕОГРАД, КЛИНИКА ЗА ХИРУРГИЈУ

Увод/Циљ. Циљ овог рада је да анализира хируршко збрињавање српске војске у Првом светском рату, да упореди резултате тог збрињавања са резултатима из Балканских ратова и да их дискутује у светлу искустава из каснијих ратова.

Методe. Ретроспективно су анализирани доступни подаци о збрињавању повређених у Првом светском рату. Добијени подаци су упоређени и анализирани са искуствима других армија из тог доба и каснијих сазнања. Статистичка анализа података обављена је Стјудентовим т-тестом пропорција.

Резултати. У Балканским ратовима (1912–1913), српски војни губици износили су око 88 000 људи, погинуло је 14 000, рањено је 54 000, а 17 000 умрло од рана и болести (5 000 од колере). Доминирају повреде настале пушчаном муницијом (85%), ређе су експлозивне повреде (14%), а повреде нанете хладним оружјем чине мање од 1% свих повреда. Повреде главе су заступљене са 9%, повреде трупа са 13%, повреде руку са 40,5%, повреде ногу са 37,5%, а повреде трбуха чине близу 5% од свих повреда. У Првом светском рату војни губици су били више од 600 000 људи, рањено је око 190 000, а око 150 000 је погинуло или умрло од рана и болести. Експлозивне повреде биле су заступљене са 73,7%, пушчане са 17,2%, контузије са 8,8% и повреде хладним оружјем у 0,3% ($p < 0,001$). Повреде главе су заступљене са 20,9% ($p < 0,05$), повреде трупа са 16,9%, повреде руку са 17,1% ($p < 0,05$), повреде ногу са 37,9%, а повреде трбуха чине близу 7,2% од свих повреда (n.s.).

Закључак. У врло кратком периоду дошло је до промене у карактеру ратне ране са преминацијом експлозивних повреда. Српска ратна хирургија остварила је врхунске резултате у овим ратовима захваљујући активном ставу у обради ратне ране.

Кључне речи: први светски рат; србија; медицина, војна; хирургија, ратна; болнице, војне

ТРИ ТИФУСА 1915.

Пук. прим. доц. др сци мед Миле Игњатовић

ВОЈНОМЕДИЦИНСКА АКАДЕМИЈА БЕОГРАД, КЛИНИКА ЗА ХИРУРГИЈУ

Крајем 1914. и почетком 1915. на енорман број погинулих и рањених надовезао се тифус. Преплитале су се три епидемије тифуса: трбушни, пегави и рекурентс. Епидемија пегавог тифуса, због масовности обољевања и смртности, ушла је у све светске уџбенике инфектологије, епидемиологије и војног санитета. Процењује се да је у Србији боловало око 500 000 људи од пегавца, а да је умрло око 150 000 и око 30 000 аустријских заробљеника.

Кривац за епидемију се морао наћи. По дефиницији кривац је начелник санитета и пук. др Лазар Генчић је смењен 1916. у току прве или „крфске“ реорганизације санитета. Он је ту кривицу и прихватио, али истина није тако једноставна.

Избијање и ток епидемије прати много апсурда. Невероватно је да нико у Србији није познавао епидемиологију пегавца и да о томе није обавестио државни и војни врх! Поред више од 10 школованих српских лекара из ове области и најмање још пет су били искусни у борбама са ратним заразама, у Србији у току епидемије, боравило је више најпознатијих светских бактериолога и епидемиолога, чак и они који су открили узрочника, путеве преношења и вакцину. Управо код њих су и школовани поједини српски лекари, али су после распоређени на командне дужности. Државни врх и Врховна команда нису прихватили чињеницу да су поједине болести мењале токове историје и одређивале исходе многих ратова. Тај исти Врх није одговорио на много апела војног санитета да се мора уложити у развој превентивне медицине. И дошла је пошаст Србије – тифус.

Да ли се епидемија могла спречити или ублажити у ратном хаосу са енормним бројем жртава, геноцидним нападачима, великом дислокацијом становништва и најмање пола милиона људи без куће, недостатком свега, немогућношћу одржавања елементарне хигијене итд? Да! Али, незнање, неспособност, нехај, бахатост и неразумевање потреба санитетске службе на крају је платила нација.

e-mail: mile.ignjatovic@vma.mod.gov.rs

ZBORNİK SAŽETAKA

Naziv sesije

KONZERVATIVNA MEDICINA I DIJAGNOSTIKA

Usmene prezentacije

POVEZANOST DEBLJINE INTIMOMEDIJALNOG KOMPLEKSA, KAROTIDNIH PLAKOVA I STENOZA SA STEPENOM HIPERTROFIJE MIOKARDA LEVE KOMORE U BOLESNIKA SA HIPERTENZIJOM

Dušan Bastać

INTERNISTIČKA ORDINACIJA „DR BASTAĆ“ ZAJEČAR

UVOD: Rizik od moždanog udara raste sa starenjem i duplira se sa svakom dekadom posle 55 godine. Stenoze unutrašnje karotidne arterije su odgovorne za 15% do 25% moždanih udara a atrijalna fibrilacija za oko 15%. Pošto 70% moždanih udara nastaju kao prvi događaj, što naglašava značaj primarne prevencije i tretman rizik faktora: hipertenzije, dijabetes, pušenja, hiperlipidemija, karotidne ateroskleroze etc.

METODOLOGIJA: Ispitivano je ukupno 359 konsektivnih pacijenata sa hipertenzijom unazad 5 godina. Uz kliničko-rutinske metode ispitivanja, svim bolesnicima je uradjena Kolor Doppler ehosonografija karotidnih arterija i ehokardiografija. Prema ehosonografskom nalazu karotidnih arterija pacijenti su podeljeni na -grupa A od 299 pacijenata i grupu bez karotidne ateroskleroze-grupa B od 60 pacijenata. Step en stenoze interne karotidne arterije je procenjivan merenjem dijamet ra lumena stenoze prema distalnom lumenu interne karotidne arterije -NASCET metodom te u kombinaciji sa maksimalnom brzinom protoka.

REZULTATI RADA :Analazom prema stepenu ateroskleroze Grupa A je podeljena na podgrupe: A1-zadebljanje IMT i/ili prisustvo atero-plakova bez stenoze-77(26%), A2- plakovi sa stenozom do 30%-95(32%), A3-stenoza od 30 do 50%-91 bolesnik(30%) i A4-stenoze preko 50% dijamet ra lumena-36(12%). Samo 12 bolesnika je imalo stenozu veću od 70% , od kojih 4(1,3%) ima unilateralnu totalnu okluziju interne karotidne arterije. U kontrolnoj grupi B je bilo nešto više muškaraca(55%) , dok u celoj grupi A ima 152 muškaraca (51%). Starost bolesnika se ponaša očekivano prema težini ateroskleroze u grupi sa najtežom aterosklerozom >50% stenoze -A4 prosečna starost je 71,6 godina, dok je u kontrolnoj grupi bez ateroskleroze karotidnih arterija starost 49,1 godina(p<0,01). Povezanost karotidnih plakova sa hipertrofijom miokarda je evidentna, ali varijabilna. U individualnoj distribuciji u kontrolnoj grupi hipertrofiju miokarda ima samo 8(13%) bolesnika sa sa srednjim indeksom mase miokarda leve komore (LVMI) 144±36 g/m² . U celoj ispitivanoj grupi A hipertrofiju leve komore ima 194 pacijenta (65%) sa statistički visoko značajnijim stepenom hipertrofije LVMI 160 ± 52 g/m² (p<0,01). Analizom podgrupa se dobija da sa težinom karotidne stenoze raste i broj bolesnika sa hipertrofijom miokarda . Tako u grupi A1 čak 57% ima hipertrofiju miokarda sa srednjom vrednošću od 130± 52 g/m² (p<0,01). Karotidna stenoza do 30% je udružena sa hipertrofijom miokarda u 63% sa LVMI 188± 84 g/m² s. Kod stenoza od

30 do 50% hipertrofiju miokarda ima 67% sa srednjim LVMI 141 ± 22 g/m². U prisustvu stenoza većih od 50%, naglo se povećava prevalenca hipertrofije miokarda sa 81% I teškim stepenom hipertrofije 182 ± 58 g/m². Korelacionom analizom između karotidne stenozе I stepena hipertrofije nadjena je slaba ali statistički značajna povezanost $r = 0,24$. ZAKLJUČAK: Prisustvo zadebljanja intimomedijalnog sloja karotidnih arterija, aterosklerotski plakova I stenozа je u statistički značajnom procentu udruženo sa razvojem hipertrofije miokarda u hipertenziji- od 57% do 81%. Kod normalnog nalaza na karotidnim arterijama mala je verovatnoća razvoja hipertrofije leve komore, u samo 13%. Prediktorna vrednost intermedijarne I teške stenozе daje verovatnoću razvoja hipertrofije miokarda u oko 80% slučajeva, što je važno za dalju stratifikaciju totalnog kardiovaskularnog rizika.

Ključne reči: debljina intimomedijalnog kompleksa, stenozе karotidne arterije, hipertrofija miokarda, arterijska hipertenzija, ateroskleroza

E-mail: dbastac@open.telekom.rs

IMUNOHISTOHEMIJSKA EKSPRESIJA MARKERA APOPTOZE U KARCINOMU ŽELUCA

Stojnev S. (1,2), Stojanović I. (2), Krstić M. (1,2), Mladenović D. (3)

(1) MEDICINSKI FAKULTET U NIŠU, (2) CENTAR ZA PATOLOGIJU, KLINIČKI CENTAR NIŠ, (3) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

UVOD: Karcinom želuca jedan je od najrazornijih maligniteta i nalazi se na drugom mestu vodećih uzroka smrti od malignih bolesti. Poremećaji regulacije apoptoze predstavljaju jedan od najznačajnijih mehanizama u osnovi kancerogeneze I tumorske progresije. U karcinomu želuca alteracija apoptoze igra važnu ulogu u etiopatogenezi, rastu, progresiji I otpornosti tumora na hemioterapiju.

CILJ: Cilj ovog rada je ispitivanje profila ekspresije proapoptotskih (p53 i Fas) i antiapoptotskih markera (Survivin i Bcl-2) u karcinomu želuca, kao i utvrđivanje korelacije ekspresije ovih proteina i kliničko-patoloških karakteristika tumora.

MATERIJAL I METODI RADA: Analizirani su tkivni uzorci karcinoma želuca dobijenih parcijalnom ili totalnom gastrektomijom kod 43 pacijenta (32 muškog I 11 ženskog pola). Za mikromorfološku analizu korišćena je klasična metoda obrade tkiva i bojenje hematoksilinom i eozinom (HE). Reprezentativni iseći su imunohistohemijski analizirani na ekspresiju markera apoptoze: p53, Fas, Survivin I Bcl-2. Statistička analiza urađena je u programu SPSS 15.0.

REZULTATI: Prosečna starost pacijenata u vreme postavljanja dijagnoze bila je 66.5 ± 8.8 godina. Među analiziranima, bilo je 29 karcinoma intestinalnog tipa (67,4%) i 14 difuznog tipa (32,6%). Imunohistohemijska ekspresija p53 zabeležena je u 24 slučaja (55,8%), Fas proteina u 21 (48,8%), Survivina u 18 (41,9%) i Bcl-2 u 7 (16,3%) ispitivanih slučajeva. Nuklearna ekspresija p53 i Survivina bila je učestalija kod difuznog tipa karcinoma, dok su Bcl-2 i Fas pokazivali frekventniju pozitivnost u karcinomima intestinalne histologije, ali bez statističke značajne razlike u odnosu na difuzni karcinom. Ekspresija Fas-a pozitivno korelira sa gradusom tumora, dok je Survivin statistički značajno inverzno asociran sa histološkim gradusom i patološkim stadijumom tumora.

ZAKLJUČAK: Profil ekspresije markera apoptoze razlikuje se u karcinomima želuca intestinalne i difuzne mikromorfologije i zavisi od stepena diferencijacije I stadijuma bolesti. Određivanje markera apoptoze može biti od značaja u dijagnostičkom procesu, preciznijoj prognostičkoj stratifikaciji pacijenata I izboru adekvatne terapije.

Ključne reči: karcinom želuca, apoptoza, imunohistohemija, Survivin, Fas

E-mail: slavicastojnev@gmail.com

PROCENA NUTRITIVNOG STATUSA PACIJENATA NA HRONIČNOM PROGRAMU DIJALIZE U OPŠTOJ BOLNICI KIKINDA

Veselinov V., Davidović V.

OPŠTA BOLNICA KIKINDA

UVOD: Adekvatna nutricija je veoma bitna za pacijente na hemodijalizi (HD). Bolji nutritivni status povezan je sa boljom prognozom. Malnutricija je često zastupljena među pacijentima na HD i asocirana je sa povećanim morbiditetom i mortalitetom. Mnogi faktori doprinose malnutriciji kod ovih pacijenata, uključujući nedostatak apetita (smanjen kalorijski ili proteinski unos), metaboličku acidozu (stimuliše razgradnju aminokiselina i proteina) kao i infekciju i inflamaciju (stimuliše razgradnju proteina). Procena nutritivnog statusa je bazirana na kombinaciji kliničkih parametara (indeks telesne mase, antropometrija) i biohemijskih parametara (albumin, prealbumin, transferin). Tokom poslednjih godina subjektivna globalna procena (SGA) se sve više koristi za procenu nutritivnog statusa. SGA dobro korelira sa ostalim kliničkim i biohemijskim nutritivnim parametrima, i ima visoku prediktivnu vrednost mortaliteta kod ovih pacijenata. Postoji više modifikacija SGA, a modifikovani SGA (mSGA), poznat i kao dijalizni skor malnutricije (DMS) pruža mogućnost kvantifikacije rezultata. Cilj ovog rada je da prikaže nutritivni status pacijenata na HD u Opštoj bolnici Kikinda.

MATERIJAL I METODE: Studija preseka sprovedena je u Opštoj bolnici Kikinda u periodu od 23. do 28. marta 2015. godine. U studiju je uključeno 76 pacijenata sa terminalnom bubrežnom slabošću. U uzorak su ušli svi pacijenti na programu hronične HD koji se dijaliziraju više od 6 meseci. Podeljeni su po polu na grupe M (muški) i Ž (ženski), i prema godinama života na grupe A (do 39 g.), B (40 do 59. g.), C (60 do 79 g.) i D (preko 80 godina). mSGA je korišćen za procenu nutritivnog statusa, prema kom je pacijentima na osnovu utvrđenih parametara dodeljen skor od 7 do 35. Parametri su bili: 1) promena „suve“ telesne težine u zadnjih 6 meseci, 2) unos hrane, 3) gastrointestinalni simptomi, 4) funkcionalna onesposobljenost, 5) komorbiditet i dužina ukupnog trajanja HD, 6) procena depoa subkutanog masnog tkiva kao i 7) procena atrofije mišića. Svakom parametru dodeljuje se ocena od 1 do 5, gde jedinica označava najbolji a petica najgori mogući status. mGSA predstavlja zbir ovih 7 ocena. Od statističkih metoda korišćene su srednja vrednost, standardna devijacija, procentualna zastupljenost i jednostrani T test.

REZULTATI: Srednja starost pacijenta u studiji bila je $62,46 \pm 11,15$ godina. Srednji mSGA skor je bio $13,51 \pm 5,12$. Prema mSGA kategoriji dobro uhranjenih pripadalo je 31,58% (24/76) pacijenata, kategoriji blage do osrednje malnutricije pripadalo je 59,21% (45/76) pacijenata. Teška malnutricija je registrovana kod 9,21% (7/76). Nije registrovana statistički značajna razlika mSGA među polovima. Postojala je statistički značajna razlika mSGA između grupa A i D ($p=0,03$), B i C ($p=4,95 \times 10^{-6}$), B i D ($p=0,005$) i C i D ($p=0,01$). Nisu registrovane značajne razlike između grupa A i B i grupa A i C.

ZAKLJUČAK: Malnutricija je česta među pacijentima na našem Odeljenju hemodijalize. Najčešća je blaga do osrednja malnutricija. Najteži oblici malnutricije najzastupljeniji su među najstarijim pacijentima.

Ključne reči: hemodijaliza, malnutricija, procena nutricije, uticaj starosti

E-mail: veselinov.vladimir@gmail.com

AMIODARONOM INDUKOVAN SUBKLINIČKI HIPOTIROIDIZAM

Željka Aleksić (1), Aleksandar Aleksić (2)

(1) SLUŽBA ZANUKLEARNUMEDICINU, ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (2) INTERNISTIČKA SLUŽBA ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

Amiodaron (AMD) je jodom bogat antiaritmik koji, pri hroničnoj primeni, može indukovati kliničke i subkliničke tiroidne disfunkcije (SKTD). Cilj rada je bio da se utvrdi učestalost pojave subkliničkog hipotiroidizma (SK HIPO) kod pacijenata na terapiji amiodaronom, kliničke karakteristike, te ishod tiroidne disfunkcije tokom praćenja. Materijal i metod: Prospektivno je praćen klinički i biohemijski

tiroidni status 284 pacijenata, 144 muškaraca i 104 žene, na hroničnoj AMD terapiji. Prosečna starost pacijenata bila je 63.5 godina. Klinički pregled obuhvatao je merenje telesne težine, inspekciju tiroidne lože i očiju, merenje pulsa i određivanje njegovog kvaliteta, utvrđivanje kvaliteta kože i prisustva tremora šaka. U serumu su određivani TSH i FT4 korišćenjem komercijalnih kitova ACCESS hemiluminoimunoseja. Klinički i biohemisjski tiroidni status praćen je periodično na 6 meseci, a po potrebi i češće. Svi pacijenti su bili iz područja sa dovoljnim unosom joda. Kriterijum za postavljanje dijagnoze SK HIPO je bio nivo TSH između 4-15 m IU/L, uz nivo FT4 u granicama normalnog referentnog opsega. Prosečno trajanje praćenja bilo je 16 meseci. Rezultati: Medijana trajanja AMD terapije kod ispitanika je bila 24 meseca. Od ukupnog broja ispitanika, tokom praćenja 63% je ostalo eutiroidno, 16% je razvilo kliničke tiroidne disfunkcije, a 21% SKTD, od čega je 6% razvilo subkliničku tirotoksikozu, a 15% SK HIPO. Prosečno trajanje AMD terapije kod ipitanika se nije statistički značajno razlikovalo, bez obzira na funkcijki tiroidni status, a SKTD su se statistički značajno češće javljale kod žena i kod ispitanika koji su imali strumu. Svi pacijenti sa SK HIPO bili su asimptomatski i otkrivani su na rutinskim kontrolama tiroidnog statusa. Od ukupnog broja ispitanika sa SK HIPO, tokom praćenja kod njih 45% je došlo do uspostavljanja eutiroidnog statusa tokom praćenja, uz, ili bez prekida AMD terapije (18% i 27% redom). Oko 49% ispitanika sa SK HIPO je tokom praćenja ostalo bez promena tiroidnog statusa, i dalje sa SK HIPO, uz, ili bez prekida AMD terapije (15% and 34% redom). Jedan ispitanik je tokom praćenja, a oko godinu dana po prekidu AMD terapije razvio klinički hipotiroidizam. Preostali jedan pacijent je razvio amiodaronom indukovanu tirotoksikozu (AIT) tokom daljeg praćenja, bez prekida AMD terapije do zvoja kliničke tiroidne disfunkcije. Zaključak: Kod većine pacijenata sa SK HIPO indukovanim amiodaronom, SK HIPO ne progredira ka kliničkom hipotiroidizmu, a kod velikog broja dolazi do spontane normalizacije tiroidnog statusa, čak i uz nastavak AMD terapije. Smatramo da kod SK HIPO nije neophodno ukidati AMD terapiju, uz redovno praćenje tiroidnog statusa. Moguće je, ali retko, razvoj AIT kod pacijenta koji je bio subklinički hipotiroidan na AMD terapiji.

Ključne reči: amiodaron, subklinička tiroidna disfunkcija, subklinički hipotiroidizam

E-mail: lukaal@open.telekom.rs

UČESTALOST KOMPLIKACIJA ARTERIJSKE HIPERTENZIJE U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Škorić J.

DOM ZDRAVLJA „DR.SIMO MILOŠEVIĆ“ ČUKARICA

UVOD: Hipertenzija je poprimila razmere epidemije u svetu. Savremeni način života doprinosi razvoju hipertenzije i njenih komplikacija: cerebrovaskularnih i kardiovaskularni događaja, periferne vaskularne bolesti i bubrežnih oboljenja koji smanjuju kvalitet života bolesnika. Cilj rada je da se prikaže trend učestalosti komplikacija hipertenzije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

METOD: Retrospektivnom analizom obuhvaćeno 164 pacijenta sa hipertenzijom u 2013 godini i 208 pacijenata sa hipertenzijom u 2014 godini. Praćeni su: pojava cerebrovaskularnog insulta, kardiovaskularnog događaja (akutni koronarni sindrom - AKS), periferna vaskularna bolest i bubrežna bolest. Za statističku obradu je korišćen Hi kvadrat test.

REZULTATI: Ispitano je 164 hipertoničara, srednje starosne dobi $63,4 \pm 5,6$, polne distribucije M:Ž - 43,7%: 56,3% u 2013. i 208 hipertoničara srednje starosne dobi $61,5 \pm 4,7$. polne distribucije M:Ž- 48,9%:51,1%. Cerebrovaskularni insult (CVI) je imalo 12,2% ispitanika u 2013. i 15,4% ispitanika u 2014 ($\chi^2= 3,946$, $p < 0.05$). Češće je CVI nastao kod žena u 2013., M:Ž - 45,0%:55,0% ($n= 20$; $\chi^2= 1,054$, $p > 0.05$), dok je u 2014. io češći kod muških ispitanika, M:Ž- 54,9%:45,1% ($n=32$; $\chi^2= 0,897$, $p > 0.05$). AKS je zabeležen kod 9,8% hipertoničara u 2013., dok je u 2014. učestalost AKS bila 11,5% ($\chi^2= 2,332$, $p > 0.05$). Učestalija pojava AKS je bila kod muškaraca u obe godine: 2013. - 78,6%:21,4% ($n=16$; $\chi^2= 9,134$, $p < 0.01$); 2014. - 79,3%: 20,7% ($n=24$; $\chi^2= 9,764$, $p < 0.01$). perifernu vaskularnu bolest je imalo 14,6% hipertoničara u 2013. i 18,0% u 2014. ($\chi^2= 4,063$, $p < 0.05$). Polna distribucija za ovu komplikaciju je bila:

2013. – M:Ž-54.2%:45.8% (n=24; $\chi^2= 0,066$, $p> 0.05$).; 2014. – M:Ž – 51.4%:48.6 (n=37; $\chi^2= 0,015$, $p> 0.05$). Bubrežna bolest je dijagnostikovana kod 6.7% hipertoničara u 2013. i 7.2% hipertoničara u 2014. ($\chi^2= 0,556$, $p> 0.05$). Češće su bubrežnu bolest imale žene u obe godine: 2013. – M:Ž – 45,5%: 54,5% (n=11; $\chi^2= 0,984$, $p> 0.05$) i 2014. – M:Ž- 46,7%:53,3% (n=15; $\chi^2= 0,064$, $p> 0.05$).

ZAKLJUČAK: Hipertenzija je udružena sa mnogim ozbiljnim komplikacijama. Postoji trend povećavanja ovih komplikacija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Zato je neophodno ozbiljnije sprovođenje preventivnih mera, posebno protiv faktora rizika hipertenzije.

Ključne reči: hipertenzija, cerebrovaskularni insult, bubrežna bolest

E-mail: jasmina.skoric1979@yahoo.com

Naziv sesije

HIRURGIJA I SRODNE GRANE, STOMATOLOGIJA

Usmene prezentacije

ULOGA VAC TERAPIJE U TRETMANU RANA

Davidović V., Veselinov V.

OPŠTA BOLNICA KIKINDA

UVOD: Topikalni negativni pritisak (TNP) predstavlja novu metodu lečenja koja se pokazala delotvorno u ubrzavanju zarastanja rana, a time se skraćuje vreme potrebno za previjanje i poboljšava se kvalitet života pacijenata. Ova metoda razvijena je na Medicinskom fakultetu u Winston-Salemu u Severnoj Karolini (SAD). Počeci primene datiraju od 1993. godine kada su Fleishman i saradnici upotreбили terapiju vakuumom na ranu preko spužve u cilju stvaranja granulacionog tkiva. Veći broj objavljenih studija potvrdio je efikasnost terapije TNP u tretmanu rana različite etiologije primenjene izolovano ili u kombinaciji sa ostalim načinima lečenja.

CILJ: Prikazati rezultate upotrebe TNP u lečenju akutnih i hroničnih rana kod pacijenata lečenih na hirurškom odeljenju.

PACIJENTI I METODE: U periodu od marta 2013.godine do marta 2015.godine, na odeljenju za opštu i vaskularnu hirurgiju opšte bolnice u Kikindi, kod 17 pacijenata (10 muškaraca, 7 žena), prosečne starosti $69,3 \pm 9,2$ godine, primenjena je terapija TNP u cilju lečenja rana različite etiologije. U tu svrhu korišćen je aparat za negativni pritisak i jednokratni potrošni materijal koji sadrži poliuretanski sunder, poliuretansku foliju i priključak za vakuum aparat (VAC Therapy, KCI, USA). Vakuum je primenjen tako što je na ranu, koja je prethodno tretirana antisepticima (fiziološki rastvor i octenidin), postavljen poliuretanski sunder koji u potpunosti prekrivao obim rane. Zatim je preko sundera postavljena poliuretanska folija koja je zalepljena za okolnu zdravu kožu. Preko folije je doveden vakuum pomoću petokanalnog creva koji je priključen jednim krajem za aparat, a drugim krajem za sunder preko jednog otvora na foliji. Primenjen je kontinuirani TNP od – 125mmHg kod 14 pacijenata (77,78%), odnosno od – 150 mmHg kod 3 pacijenta (22,22%) zbog obilnije secernacije. Jedan VAC tretman je iznosio 3 dana. Između VAC tretmana rane su tretirane antiseptikom.

REZULTATI: VAC je primen kod 6 pacijenata (35,29%) sa ulkusima donjih ekstremiteta, kod 8 pacijenata (47,06%) sa infekcijom operativne rane i kod 3 pacijenta (17,65%) sa sindromom dijabetesnog stopala. Ukupan broj VAC tretmana iznosio je 57. Prosečan broj VAC tretmana po pacijentu je iznosio 3,35 (2-8), odnosno 10,06 dana (6-24). Najviše VAC tretmana, 8 (14,03%) je primenjeno kod pacijenta sa obilnom limforejom iz preponske rane nakon urađene operacije tipa femoropoplitealni by-pass sa sintetskim graftom i 5 tretmana (8,77%) kod infekcije laparotomne rane nakon operacije rektuma po Hartmanu. Najčešće su kod pacijenata primenjena po 3 tretmana (42,11%). Kod 11 pacijenata (64,71%) je nakon tretmana nastavljeno sa previjanjem, kod 1 (5,88%) je stavljen sekundarni šav, kod 3 (16,67%) je urađena autotransplantacija slobodnim kožnim reznjevima po Tiršu, a kao jedini vid lečenja je VAC terapija sprovedena kod 2 pacijenta (11,76%).

ZAKLJUČAK: Terapija TNP se uspešno može primeniti u tretmanu rana različite etiologije. Brže zarastanje rane, sanacija infekcije, smanjenje broja često bolnih previjanja, veća motivisanost bolesnika i kraći period hospitalizacije vode ka bržem, efikasnijem i jeftinijem izlečenju. TNP bi trebalo koristiti dok se izgled rane ne poboljša na nivo tako da se lečenje može nastaviti drugim metodama: previjanjem, sekundarnim šavom ili kožnim graftom. Nekritična primena ove metode može značajno povećati troškove lečenja.

Ključne reči: Topikalni negativni pritisak; VAC terapija.

E-mail: davidovicvladimir@yahoo.com

SPINALNA ANESTEZIJA ZA CARSKI REZ (SECTIO CAESAREA) - NAŠA ISKUSTVA

Stanković D., Jerotijević Lj.

ZDRAVSTVENI CENTAR NEGOTIN

UVOD: Spinalna anestezija je centralni neuroblok, i izvodi se subarahnoidalnom aplikacijom lokalnog anestetika.

CILJ: Pokazati da je spinalna anestezija sigurna, jednostavna, efikasna i brza anesteziološka metoda za izvođenje carskog reza. Materijal i metode: Retrospektivna statistička analiza podataka iz anestezioloških karti akušerskih pacijentkinja porođenih carskim rezom u spinalnoj anesteziji, u dvogodišnjem periodu- 2013. i 2014. godina, u Zdravstvenom centru Negotin.

REZULTATI: U dvogodišnjem periodu izvedeno je 143 (100%) carskih rezova, od toga 119 (83.22%) u opštoj anesteziji, a 24 (16.78%) u spinalnoj anesteziji. Prosečna starost pacijentkinja kod kojih je izvedena spinalna anestezija je 29 godina. Najmlađa ima 21, a najstarija 41 godinu. Spinalna anestezija je u 50% bila izbor porodilja, a u 50% preporuka anesteziologa, zbog komorbiditeta- gojaznosti, procene otežanog obezbeđenja disajnog puta, i skorašnjeg per os unosa. Najčešći komorbiditeti su gojaznost, udružena sa umerenom EPH gestozom- 6 (12.5%), anemija (vrednosti hemoglobina ≤ 100 g/L) - 6 (25%), procenjena otežana intubacija- 3 (12.5%). Prosečan ASA status porodilja je bio 2, od čega su 4 intervencije (16.66%) izvedene kao hitne. Svim pacijentkinjama su obezbeđene intravenske linije širokog promera, i premedicirane su ranitidinom 50 mg i metoklopramidom 10 mg, radi prevencije perioperativne nausee i vomitusa (PONV), preloadom od 500-1000 mg Sol. Hartmani, izvedena je natkolena bandaža elastičnim zavojima, radi prevencije hipotenzije, posledice simpatičke blokade. Spinalna anestezija je izvedena aplikacijom 4 ml 0.5% lokalnog anestetika levo-bupivakaina u intratekalni prostor u visini L4-L5 pršljena, u sedećem ili levom bočnom položaju, spinalnom iglom debljine 25G. Porodilje se podmetanjem komprese pod desni bok dovode u blagi levi bočni položaj, i donja šuplja vena oslobađa kompresije. Analgezija je zadovoljavajuća i brzo postignuta kod svih pacijentkinja, i akušerski tim je sekcije izvodio odmah nakon pripreme operativnog polja. Tokom intervencije pacijentkinjama se isporučuje kiseonik nazalnim kateterom 3L/min i aplicira infuzija kristaloida. Vitalni parametri se prate standardnim monitoringom: TA, EKG, SpO₂. U toku intervencije značajni pad tenzije (sistolni pritisak niži od 100 mm Hg) je zabeležen kod 3 (12.5%) pacijentkinja, koje dobro reaguju na terapiju fenilefrinom, 30-60 μ g/min. Dve pacijentkinje (8.3%) razvijaju PONV, koji dobro reaguje na terapiju- amp. Dexason 4-8 mg i niske doze propofola, anestetika sa antiemetičkim dejstvom. Jedna pacijentkinja razvija blažu anksioznost i žali se na „žarenje“ u predelu reza, te je analgesidirana propofolom i alfentanilom, na spontanom disanju. Nije bilo nijedne potrebe za nadoknadom krvi, niti bolnih senzacija narednih 5 sati nakon intervencije. Prosečni APGAR skor neonatusa ja visok-9. Većina porodilja je potpuno zadovoljno izborom anestezije, 23 (95.83%) ponovilo bi i preporučilo ovo iskustvo. Jedna pacijentkinja je razvila postpunkcionu glavobolju koja joj je prčinila neprijatno iskustvo.

ZAKLJUČAK: U poređenju sa opštom anestezijom za carski rez, spinalna anestezija smanjuje procenat maternalnog mortaliteta, smanjuje potrebu za drugim medikamentima, jeftina je, smanjuje perioperativni gubitak krvi, omogućava neposredno učešće majke u porođaju i daje dobru postoperativnu kontrolu bola. Izvodi se relativno jednostavno, daje brz početak, dobar kvalitet i dugotrajnost bloka, uz malu, sigurnu dozu lokalnog anestetika. Naša zdravstvena ustanova regionalnu anesteziju za sekcije primenjuje poslednjih godina, i potrebno je raditi na njenoj popularizaciji.

Ključne reči: spinalna anestezija, sectio caesarea

E-mail: stankovic.danijela8@gmail.com

POSTUPAK SA MORBIDNO GOJAZNIM PACIJENATOM U JEDINICI INTENZIVNE NEGE

Milošević Lj. (1), Jovanović K. (2)

(1) KLINIČKO BOLNIČKI CENTAR ZVEZDARA-BEOGRAD, (2) VISOKA MEDICINSKA ŠKOLA ĆUPRIJA

UVOD: Gojaznost je rastuća epidemija koja se javlja u razvijenim zemljama. 1997. i 2005. "World Health Organization" (WHO) prepoznaje gojaznost kao globalnu epidemiju gde je procenjeno da najmanje 400 miliona odraslih u svetu su gojazni ili morbidno gojazni. Po definiciji gojaznosti u odnosu na BMI (Body Mass Index), morbidno gojazan pacijent ima BMI od 40 i više. Kod morbidno gojaznih pacijenata postoji velika mogućnost otežane intubacije a to uključuje limitirano pokretan kratak vrat, visok prednji larinks, kratku sterno-mentalnu distancu, istaknute zube, veliki jezik, tj. Malampati 3 i više. Može doći do obstrukcije disajnog puta i aspiracije gastričnog sadržaja za vreme intubacije te je uobičajeni pristup za intubaciju brza indukcija (rapid sequence induction-RSI). Još jedna otežavajuća okolnost kod morbidno gojaznih pacijenata je postojanje komorbiditeta tj. pratećih ili osnovnih bolesti (najčešće srčane slabosti). Kao glavni problem može da se pojavi i teška respiratorna insuficijencija koja neposredno ugrožava život. **CILJ:** Cilj rada je da ukaže na to da u postupku sa morbidno gojaznim pacijentima postoji veliki broj izazova za intenziviste.

MATERIJAL I METODE: Pacijentkinja starosti 62 godine morbidno gojazna (160 kg), BMI = 56.6 je zbog poremećene mehanike disanja, tahikardije, cijanoze, hipotenzije intubirana (otežana intubacija) na hitnom internističkom prijemu i smeštena u hiruršku intenzivnu negu KBC Zvezdara-Beograd jer je postojala potreba za respiratornom potporom, tj. invazivnom mehaničkom ventilacijom (IV) pluća. Urađene gasne analize arterijske krvi pokazale su povišene vrednosti PaCO₂ > 50mmHg tj. hiperkapniju. Pacijentkinja je na mehaničkoj ventilaciji (MV-IV) oblik BIPAP, sa podešenim PEEP=5-12 cmH₂O, a ventilatorna podrška je po tipu protektivne plućne ventilacije. Za sve vreme bolesnica je na antikoagulantnoj terapiji nisko molekularnim heparinom, intrvenski analgosedirana a po protokolu od terapije intravenski dobija histamin H₂ blokere, Aminofilin, odgovarajuću kardiološku terapiju kao i nutriciju koja se daje preko nazogastrične sonde. Pacijentkinji je nakon 20 dana mehaničke ventilacije od strane ORL urađena traheostomia, postavljen traheostomni tubus i započeto odvikavanje od ventilatora. U toku hospitalizacije i ventilatorne podrške pacijentkinja je na antibiotskoj terapiji po urađenim antibiogramima i u više navrata bronhoskopirana pri čemu je aspiriran sadržaj iz pluća. Rano je prepoznata ulcera na krsnom delu te je uključen hirurški debridman.

REZULTATI I DISKUSIJA: Slabost ventilacije pluća kod morbidno gojaznih, poznata kao "Obesity hypoventilation syndrome" (OHS) prepoznata je kao "Pickwickian syndrome" i opisana od strane Burwell-a još 1956.god. Zbog redukovano FRC, povećane grudne complianse forsiran je ekspiratorni volumen. Primarno i glavno kod morbidno gojaznih pacijenata je poboljšanje ventilacije i oksigenacije što je kod naše bolesnice postignuto. Za vreme mehaničke ventilacije podešavanje ventilatora bazirano je na "ideal body weight" i praćeno gasnim analizama iz arterijske krvi. Pacijentkinja je uspešno odviknuta od respiratorne podrške nakon 43 dana hospitalizacije i započeta je fizikalna terapija. Hipokalorično hranjenje kroz nazogastričnu sondu započeto je unutar 48 sati po protokolu za nutriciju. Uprkos svim preduzetim merama lečenja po protokolu morbidno gojaznih pacijenata pacijentkinja je nakon 60 dana hospitalizacije umrla.

ZAKLJUČAK: Morbidno gojazni pacijenti su veliki izazov za anesteziologa u intenzivnoj jedinici i sa odgovarajućim postupkom mogu da prežive kao i negojazni pacijenti. U literature smrtnost ovakvih pacijenata je preko 60-70%. Zbog toga kako anesteziolozi tako i osoblje intenzivnih jedinica moraju biti osposobljeni kako za praćenje tako i za lečenje morbidno gojaznih pacijenata.

Ključne reči: Morbidno gojazni pacijenti, respiratorna slabost, mehanička ventilacija, održavanje disajnog puta

E-mail: milosevicliliana@yahoo.com

HIPERAKTIVNA BEŠIKA (OAB)

Marković V., Žikić R.

POLIKLINIKA "PUNKOVIĆ", ZAJEČAR

„International Continence Society“ (ICS) je 2002.god. preporučilo da se umesto starog termina „DETRUSOR OVERACTIVITY“ (DO) koristi naziv „OVERACTIVE BLADER“ (OAB). Kardinalni simptom OAB je urgentni, neodoljiv nagon na mokrenje koji se teško suprimira, i kod 1/3 bolesnika završava urgentnom inkontinencijom („Urinary Urgency Incontinence“ UUI). Urgencija je praćena polakisurijom - više od 8 mokrenja danju i nokturijom - 2 i više mokrenja noću. Učestalost je slična kod muškaraca i kod žena. Hiperaktivnost detrusora može biti idiopatska i neuropatska. Idiopatska je kod većine bolesnika koji nemaju urinarnu infekciju niti druga organska oboljenja. Neuropatskoj hiperaktivnosti su uzrok neka oboljenja ili povrede nervnog sistema. Urološki uzroci su: urinarna infekcija, specifična i nespecifična zapaljenja mokraćne bešike, cistopatije nakon zračenja i hemioterapije, karcinom mokraćne bešike, kalkuloza bešike, divertikulum sa kalkulozom ili tumorom i bolesti prostate. Danas se smatra da lekar opšte medicine ne mora da šalje pacijenta specijalisti ako postoji karakterističan sindrom: urgencija sa ili bez inkontinencije u kombinaciji sa polakisurijom i nokturijom, pri odsustvu urinarne infekcije i druge organske patologije mokraćne bešike. Ako anamneza, laboratorija i fizički pregled ne pokazuju da postoji urološko, ginekološko, neurološko i internističko oboljenje smatra se da lekar opšte medicine može da leči OAB. Lečenje može da bude: konzervativno-bihevioralna terapija i rehabilitacija karličnog dna; medikamentozno - upotrebom antimuskarinskih lekova i hirurško-izuzetno retko uglavnom kod bolesnika sa teškom urgentnom inkontinencijom, mioktomija detrusora, vezikointestoplastika ili derivacija mokraćne van bešike.

Naziv sesije

KONZERVATIVNA MEDICINA I DIJAGNOSTIKA HIRURGIJA I SRODNE GRANE

Poster prezentacije 1

KLINIČKE MANIFESTACIJE ENTEROVIRUSNE INFEKCIJE

Biljana Ivelja (1), Lidija Banjac (1), Draško Nikčević (2), Nenad Vušurović (3)

(1) JZU DOM ZDRAVLJA, CETINJE, INSTITUT ZA BOLESTI DJECE, KLINIČKI CENTAR CRNE GORE, PODGORICA, (2) INSTITUT ZA BOLESTI DJECE, KLINIČKI CENTAR CRNE GORE, PODGORICA, (3) JZU DOM ZDRAVLJA, CETINJE

UVOD: Enterovirusne infekcije kod djece većinom su klinički neprimjetne ili prolaze kao blaga febrilna stanja. Klinički vidljive enterovirusne infekcije mogu se manifestovati simptomima i znacima infekcije mnogih tkiva i organa. Enterovirusne infekcije se mogu ispoljiti i kao teško, po život opasno stanje, posebno u novorođenačkom periodu (meningoencefalitis, sepsa, tahikardija, kardiovaskularni kolaps ili hepatitis). Enterovirusi su mali RNK virusi, koji pripadaju porodici pikornavirida. Serotipovi su: poliovirus, coxsackivirus (grupa A i grupa B), echovirus, ostali enterovirusi. Glavno mjesto razmnožavanja enterovirusa je digestivni trakt čovjeka, a put prenošenja infekcije fekalno-oralni. Učestalost enterovirusnih infekcija zavisi od godišnjeg doba, uzrasta i socioekonomskog statusa populacije. U umerenom klimatskom pojasu enterovirusne infekcije se uglavnom javljaju u jesenjim mjesecima.

CILJ RADA: Opis kliničkog ispoljavanja enterovirusne infekcije, kod djece različite starosne dobi.

PRIKAZ PACIJENATA: U jesen 2012. god. na području opštine Cetinja registrovan je povećan broj djece obbolele od enterovirusnih infekcija. Kod 12 djece (6 djece uzrasta od 2-4 god. dječaka - 4 djevojčica - 2, 6 djece - učenici cetinjske Bogoslovijske škole, uzrasta od 14-16 god), dijagnoza enterovirusne infekcije postavljena je na osnovu karakteristične kliničke slike "bolesti šaka, stopala i usta". Djeca su bila subfebrilna, imala su bolove u mišićima, karakterističnu ospu na dorzumima šaka i stopala, kao i vezikule u usnoj duplji. Simptomi bolesti su trajali do 7 dana. Laboratorijske analize nisu rutinski rađene, dijagnoza je postavljena

na osnovu tipične kliničke slike i epidemioloških podataka o prisutnosti bolesti u vrtiću, školi i unutar porodice. Kod jednog novorođenčeta (muško, uzrasta 11 dana) u istom periodu enterovirusna infekcija se ispoljila po tipu teškog, po život opasnog stanja. Novorođenče na pregledu u Dječjem dispanzeru životno ugroženo (cijanotično, mlitavo, pothlađeno, tahikardično - 200/min, tahipnoično). Majka daje podatak da je od prethodne večeri pospano, da slabije uzima obroke i da stariji brat ima febrilnu bolest. Novorođenče je terminsko, iz uredne trudnoće i porođaja (PTM 3400g., PTD 50cm), na rođenju urednih vitalnih funkcija (AS 10/10). Nakon kratkotrajne stabilizacije vitalnih funkcija, novorođenče upućeno na Odeljenje intenzivne neonatalne njege (OINN). Na prijemu u OINN, novorođenče je cijanotično, dispnoično, tahikardično sa znacima početnog kardiogenog šoka (hipotenzivno, produženo kapilarno punjenje, niska pulsna saturacija-85%). Laboratorijski nalazi su pokazali povišene transaminaze, negativne parametre upale i negativne bakterijske kulture. Enterovirusna RNA je otkrivena u uzorku krvi. Ostali nalazi krvi bili su bez značajnih odstupanja. Elektrokardiogram je pokazao tahikardiju s uskim kompleksima QRS (atrijska tahikardija) i srčanom frekvencijom do 270/min. Nakon uvođenja u terapiju adenzina i amiodarona prevedeno je u sinusni ritam. Prvog dana bolesnik je imao jednu febrilnu epizodu i dvije kratkotrajne epizode SVPT. U daljem toku hospitalizacije dobrog opšteg stanja afebrilan, eukardičan i eupnoičan.

ZAKLJUČAK: Naši podaci pokazali su da se enterovirusne infekcije kod djece najčešće ispoljavaju blagom i tipičnom kliničkom slikom (bolest "šaka, stopala i usta") i češćim pojavljivanjem u kolektivima zatvorenog tipa (škola Bogoslovije), u porodici, uz povećanu incidencu u jesenjim mesecima, što potvrđuje sezonsku učestalost enterovirusnih infekcija u umerenom klimatskom pojasu. Naši podaci su potvrdili da težina kliničke slike zavisi od uzrasta djeteta, odnosno da se kod novorođenčadi češće ispoljava teža klinička slika. Na osnovu iznetih podataka preporuke ove studije je da kod novorođenčadi sa teškom kliničkom slikom (meningoencefalitis, sepsa, tahikardija i kardiogeni šok) i podacima o febrilnosti kod drugih članova porodice, treba posumnjati na enterovirusnu infekciju. Dalje preporuke su u cilju sprečavanja pojave i širenja bolesti su opšte higijenske mjere, često pranje ruku, čišćenje i dezinfekcija predmeta i radnih površina, kao i izbjegavanje kontakta sa oboljelim.

E-mail: bikica@t-com.me

POVEZANOST ANEMIJE, EHOKARDIOGRAFSKIH NALAZA I NIVOA B TIPRA NATRIURETSKOG PEPTIDA KOD ASIMPTOMATSKIH BOLESNIKA SA HRONIČNOM BUBREŽNOM BOLEŠĆU

B. Tirmenštajn Janković (1), D. Bastać (2), S. Milošević (3), S. Žikić (1), M. Živanović (1)
(1) ODSEK NEFROLOGIJE I HEMODIJALIZE, INTERNISTIČKASLUŽBA, ZC "ZAJEČAR", ZAJEČAR, (2) PRIVATNA INTERNISTIČKAORDINACIJA "DRBASTAĆ", ZAJEČAR, (3) SLUŽBA ZA LABORATORIJSKU DIJAGNOSTIKU, "ZC ZAJEČAR", ZAJEČAR

UVOD: Anemija je povezana sa povećanim nivoom natriuretskih peptida kod bolesnika sa srčanom insuficijencijom, ali je ova povezanost slabije istraživana kod asimptomatskih predijaliznih bolesnika sa hroničnom bubrežnom bolešću (HBB).

CILJ: Cilj ove studije je ispitivanje povezanosti nivoa hemoglobina (Hb) sa ehokardiografskim parametrima leve komore (LK) i plazmatskom koncentracijom B tipa natriuretskog peptida (BNP-a) u grupi asimptomatskih predijaliznih bolesnika sa IV i V fazom HBB.

MATERIJAL I METODI RADA: U grupi bolesnika [N=61, 34 M, prosečne starosti 62.6±13,6 god, klirens kreatinina (CCr) 15.8±5.7 ml/min] i kontrolnoj grupi zdravih osoba srodnih po starosti i polu (N=22) izvršeni su klinički, laboratorijski i ehokardiografski pregledi, metodom konvencionalne ehokardiografije i tkivnog Doppler-a.

REZULTATI: Bolesnici sa HBB imali su značajno niži nivo Hb (102.9±16.6 vs 139.2±12, p<0.001), a viši nivo BNP-a (225.7±299.5 vs 86.3±59.5, p=0.001) nego zdrave osobe. Na osnovu prosečnog nivoa Hb u bolesničkoj grupi, izvršena je podela na grupu 1 sa Hb<103g/l (n=31) i grupu 2 sa Hb≥103g/l (n=30). Grupa 1 je bila značajno starija (70.1±9.3 vs 55.0±13.1; p<0.001), indeks mase LK je (LVMI) je bio

značajno veći (196.5 ± 49.4 vs 142.5 ± 29.8 ; $p < 0.001$), dijastolna funkcija LK je bila lošija (odnos E'/A': 0.66 ± 0.15 vs 0.81 ± 0.25 ; $p < 0.01$), a nivo BNP-a je bio viši (319.5 ± 394.6 vs 135.2 vs 135.2 ± 109.2 ; $p < 0.05$) u odnosu na grupu 2. Zbog odstupanja od normalne raspodele, izvršena je logaritamska transformacija vrednosti BNP-a (lnBNP). Nivo Hb je negativno korelirao sa vrednostima lnBNP-a ($p < 0.01$), a pozitivno sa CCr ($p < 0.001$), dok je između lnBNP-a i CCr-a takodje zabeležena negativna korelacija ($p < 0.05$). Multivarijantna regresiona analiza, backward model, pokazala je da su vrednosti lnBNP-a nezavisno povezane sa godinama starosti, nižim body mass index-om, proteinurijom i lošijim parametrima dijastolne funkcije (A', E'/E'), čijim variranjem se može objasniti čak 63% varijabiliteta lnBNP-a ($R^2 = 0.632$).

ZAKLJUČAK: U uznapredovaloj fazi HBB, anemija je značajan faktor koji već kod asimptomatskih bolesnika doprinosi strukturnim i funkcionalnim abnormalnostima miokarda i povišenom nivou natriuretskih peptida. Povećane vrednosti BNP-a u našoj studiji su bile povezane sa izmenjenim ehokardiografskim parametrima, ali i sa nekardiološkim faktorima kao što su godine starosti, BMI, bubrežna funkcija i anemija. Iako anemija nije nezavisan faktor rizika, u sadejstvu sa drugim confounding faktorima ona može otežati interpretaciju povišenog nivoa BNP-a kod asimptomatskih bubrežnih bolesnika.

Ključne reči: anemija, ehokardiografija, B-tip natriuretskog peptida, hronična bubrežna bolest.

E-mail: biserkatirmenstajn@gmail.com

KORELACIJA MUCINSKOG FENOTIPA I EKSPRESIJE KLF4 U KARCINOMU ŽELUCA

Krstić M. (1,2), Stojnev S. (1,2), Vidović N. (2), Anđelković Matić M. (2), Stojanović I. (2), Mladenović D. (3)
(1) MEDICINSKI FAKULTET U NIŠU, (2) CENTAR ZA PATOLOGIJU, KLINIČKI CENTAR NIŠ, (3)
ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

UVOD: Karcinom želuca ostaje i dalje na drugom mestu vodećih uzroka smrtnosti od malignih neoplazmi uprkos postojanom opadanju incidence i stabilnom trendu smanjenja stope mortaliteta. Unapređenje molekularnih i imunohistohemijskih metoda omogućilo je precizniju klasifikaciju karcinoma želuca na osnovu mucinskog fenotipa na gastrične, intestinalne, mešovite i neklasifikovane. Trabnkrpcioni faktor Klf4 igra jednu od ključnih uloga u tumorigenezi, proliferaciji i diferencijaciji karcinoma želuca i suprimira epitelno-mezenhimnu tranziciju odgovornu za agresivnost karcinoma.

CILJ: Cilj ovog rada je ispitivanje korelacije mucinskih fenotipa i kliničko-patoloških karakteristika karcinoma želuca i ekspresije Klf4.

MATERIJAL I METODI RADA: Analizirani su tkivni uzorci karcinoma želuca dobijenih parcijalnom ili totalnom gastrektomijom kod 78 pacijenta (51 muškog i 27 ženskog pola). Za mikromorfološku analizu korišćena je klasična metoda obrade tkiva i bojenje hematoksilinom i eozinom (HE). Reprezentativni isecci su imunohistohemijski analizirani na ekspresiju: MUC5AC, MUC2, CD10 i Klf4. Statistička analiza urađena je u programu SPSS 15.0.

REZULTATI: Prosečna starost pacijenata u vreme postavljanja dijagnoze bila je 61.4 ± 9.68 godina. Među analiziranim bilo je 50 karcinoma intestinalnog tipa (61.4%) i 28 difuznog tipa (35.9%). Imunohistohemijska ekspresija MUC5AC detektovana je u 69.2%, MUC2 kod 30.8% i CD10 u 15.4% ispitivanih tumora. Regularna ekspresija Klf4 evidentirana je kod 12 ispitanika (15.4%) dok je u 66 slučajeva (84.6%) nađena aberantna ekspresija. Analiza frekvencija mucinskih fenotipova u odnosu na Klf4 ekspresiju pokazala je da je gastrični fenotip statistički značajno asociiran sa aberantnom ekspresijom Klf4 ($p < 0.05$).

ZAKLJUČAK: Rezultati ove studije ukazuju na značajnu ulogu Klf4 u diferencijaciji epitelnih ćelija gastrične mukoze. Ispitivanje imunohistohemijske ekspresije Klf4 može biti značajno za precizniju dijagnostiku i prognostičku stratifikaciju karcinoma želuca.

Ključne reči: karcinom želuca, mucinski fenotip, imunohistohemija, MUC5AC, MUC2, CD10, Klf4

E-mail: krstic.miljan@gmail.com

KARDIOMETABOLIČKI PROFIL ADOLESCENTKINJA SA METABOLIČKIM SINDROMOM

Klisić A.

DOM ZDRAVLJA, PODGORICA

UVOD I CILJ: Porast kardiovaskularnih oboljenja u adultnom periodu može biti povezan sa mnogim karakteristikama metaboličkog sindroma (MS), još u periodu adolescencije. Stoga je cilj studije bio da se utvrdi kardiometabolički profil i ispita potencijalna povezanost komponenti MS-a sa serumskim visokosenzitivnim C-reaktivnim proteinom (hsCRP), poznatim kardiovaskularnim faktorom rizika.

MATERIJAL I METODE: U studiju je uključeno 90 adolescentkinja (starosti 16-19 godina). Glikemija našte, insulinemija, lipidni status, transaminaze i hsCRP su određivani standardnom procedurom. Insulinska rezistencija (HOMA-IR, engl. Homeostasis model assessment of insulin resistance) je izračunata. MS je dijagnostikovao prema smernicama Međunarodnog udruženja za dijabetes (kriterijumi za odrasle).

REZULTATI: Adolescentkinje sa MS su imale veće vrednosti glikemije našte ($p < 0,001$), insulinemije ($p < 0,001$), HOMA-IR ($p < 0,001$), nepovoljniji lipidni profil (veće vrednosti triglicerida ($p = 0,018$), a niže HDL-holesterola, ($p < 0,001$)), kao i veće vrednosti sistolnog i dijastolnog krvnog pritiska ($p < 0,001$). Takođe, aktivnosti aspartat-aminotransferaze (AST) i alanin-aminotransferaze (ALT), kao i srednje vrednosti hsCRP-a bile su značajno veće kod adolescentkinja sa MS-om ($p = 0,006$; $p < 0,001$, $p < 0,001$, redom) u poređenju sa kontrolnom grupom. HsCRP je korelirao sa obimom struka ($\rho = 0,626$, $p < 0,001$), HOMA-IR ($\rho = 0,510$, $p < 0,001$), nivoom triglicerida ($\rho = 0,268$, $p = 0,012$) i HDL-holesterolom ($\rho = -0,264$, $p = 0,013$), kao i sistolnim ($\rho = 0,372$, $p < 0,001$) i dijastolnim krvnim pritiskom ($\rho = 0,357$, $p < 0,001$). Nakon višestruke linearne regresije, obim struka (Beta = 0,421, $p < 0,001$) se pokazao najboljim prediktorom većih vrednosti serumskog hsCRP-a ($R^2 = 0,397$, $p < 0,001$).

ZAKLJUČAK: Adolescentkinje sa metaboličkim sindromom su ispoljile nepovoljniji kardiometabolički profil. Centralna gojaznost je najbolji prediktor većih vrednosti hsCRP-a, što ukazuje na značaj smanjenja gojaznosti i inflamacije u ovom periodu u cilju prevencije i smanjenja kardiometaboličkih poremećaja.

Ključne reči: metabolički sindrom, C-reaktivni protein, inflamacija, abdominalna gojaznost

PROKALCITONIN (PCT) KORISTAN MARKER ZA RANO DIJAGNOSTIKOVANJE SIRS-A, SEPSE, TEŠKE SEPSE I SEPTIČNOG ŠOKA KOD STARIJE POPULACIJE.

Milošević Lj. (1), Miljuš-Ušaj Z. (2), Jovanović K. (2)

(1) KLINIČKO BOLNIČKI CENTAR ZVEZDARA BEOGRAD, (2) VISOKA MEDICINSKA ŠKOLA ČUPRIJA

UVOD: Sepsa je jedan od vodećih uzroka mortaliteta kod kritično obolelih pacijenata i svakodnevni izazov u jedinicama intenzivne nege uprkos terapiji širokog spektra antibiotika. Mikrobiološke kulture zahtevaju vreme i nisu pozitivne tj. ostaju sterilne u 50% septičnih pacijenata. Različiti tradicionalni markeri su dostupni za dijagnozu bakterijske infekcije ali njihovi rezultati često nisu pouzdani. Prokalcitonin (PCT) je u poslednje vreme predložen kao marker bakterijske infekcije. Njegov nivo raste u slučajevima sepse, teške sepse, septičnog šoka i teške inflamatorne reakcije (SIRS). U zdravih osoba, PCT se sintetizuje od strane C celija tireoidne žlezde. Kod bakterijskih infekcija to je alternativni put sinteze indukovanih inflamatornih citokinima kao što su IL-1 β , TNF-alfa, a takođe i preko lipopolisaharida. Intaktan PCT je pronađen u krvi i u slučaju teške sepse dostiže vrednosti i do 1000 ng/mL. **CILJ:** Cilj rada je evaluacija nivoa PCT u ranoj sepsi i njihova uzajamna veza sa težinom sepse kod starije populacije pacijenata.

MATERIJAL I METODE: Izvršili smo prospektivnu analizu u periodu od avgusta 2014.god. do marta 2015.god. koja uključuje 105 odraslih pacijenata koji su imali potvrđenu infekciju i PCT vrednosti povišene na prijemu, zatim nakon 24 sata i 78 sati. 60 pacijenata je bilo sa 65 ili više godina, a 45 pacijenata je starosne dobi ispod 65 godina. Oni su dalje podeljeni u vezi sa prisustvom ili odsustvom bakterijemije i prema APACHE II skor.

REZULTATI: Kod starije populacije: 22/60 imali su bakterijemiju; 9/22 imali su septički šok; 3/22 imalo je tešku sepsu; 9/22 imali su sepsu a 2/22 imalo je kriterijume za SIRS. Infekcija kože i mekih tkiva su bile

dominantan izvor infekcije. U mlađoj populaciji od 65 godina, 21/ 45 imali su bakterijemiju; 5/21 imali su septički šok; 3/21 tešku sepsu, 11/21 sepsu a 2/21 imalo je kriterijume za SIRS. Pneumonia je bila dominantan izvor. Prosečna vrednost PCT u mlađoj populaciji je 48.67 ng / ml u odnosu na 41,45 ng / ml kod starijih, uz minimum 0.41 i 0.31 odnosno. Nivo vrednosti PCT značajno se povećavao sa APACHE II skor-om u obe starosne grupe ($p = 0,0001$). Kod pacijenata sa fokalnom infekcijom, nivo PCT je bio 10,49 ng / ml za mlađe grupe u odnosu na 9.32 ng / ml kod starijih. Nivo PCT nije se bitnije menjao sa APACHE II skorom ($p = 0.10$).

ZAKLJUČAK: Naša studija je zaključila da je PCT stvaranje u korelaciji sa APACHE II skor-om u postavljanju dijagnoze bakterijemije u svim starosnim grupama. Stariji pacijenti od 65 godina proizvode PCT u ambijentu bakterijemije na sličan način kao kod mlađih pacijenata.

Ključne reči: Prokalcitonin (PCT), stari pacijenti, bakterijemija, sepsa, teška sepsa, septični šok, SIRS, APACHE II skor

E-mail: milosevicliliana@yahoo.com

GLAUKOM U MASOVNIM NEZARAZNIM BOLESTIMA

Vinka Repac (1), Stanimirov Branislava (2), Lukić Ivan (3), Repac Marina (4)

(1) DOM ZDRAVLJA ŽITIŠTE, (2) DOM ZDRAVLJA "NOVI SAD", NOVI SAD, (3) PRIVATNA ORDINACIJA "SPORTREHAMEDICA", ZRENJANIN, (4) MEDICINSKI FAKULTET NOVI SAD-STUDENT

UVOD: Glaukom, dijabetička retinopatija, retinalne venske i arterijske okluzije su značajan uzrok gubitka vida kod nas i u svetu. Mnoga istraživanja su utvrdila etiološke faktore koji do njih dovode. Hipertenzija, hiperlipidemija i šećerna bolest imaju vodeću ulogu. Ako se dijabetička retinopatija smatra vodećim uzrokom slepila kod osoba starosti 45-65 godina života, to se glaukom češće javlja kod osoba starijih od 65 godina. Glaukom je masovna nezarazna bolest od koje boluje 1-2% svih osoba starijih od 40 godina života. U većini slučajeva otkriva se kasno kada je bolest uznapredovala.

CILJ RADA: Cilj rada je da se ukaže na učestalost glaukoma kod masovnih nezaraznih bolesti na našem terenu.

METOD RADA: Urađeno je prospektivno ispitivanje u 2012 i 2013 godini u Domu zdravlja Žitište. Obuhvaćeno je 200 ispitanika, upućenih na konsultativni pregled očnog dna. Muškaraca je bilo 48,5%, a žena 51,5%. Osnovni kriterijumi za ispitivanje pacijenata su bili: - potvrđena dijagnoza neke od masovnih nezaraznih bolesti; laboratorijski nalaz: glikemija, HbA1C, lipidni status (vrednosti HbA1C do 8%). Oftalmološki pregled je obuhvatao: određivanje korigovane vidne oštine, merenje intraokularnog pritiska, pregled prednjeg segmenta, nalaz na očnom dnu, gonioskopiju i nalaz kompjuterizovanog vidnog polja kod pacijenata sa povišenim vrednostima intraokularnog pritiska.

REZULTATI: Od 200 ispitanika, 103 (51,5%) su bile žene, od toga 34 (17%) bez tegoba, a 97 (48,5%) muškarci, 32 (16%) bez tegoba. Žene preko 50 godine su imale izraženije subjektivne smetnje vida. U radu nije analizirana genetska opterećenost pacijenata. Dvanaest pacijenata sa diabetes mellitusom, 6,0% je imalo vrednosti IOP/intraokularni pritisak/ preko 21 mmHg, a kod lečenih od arterijske hipertenzije 5 (2,5%). Samo jedan pacijent sa povišenim vrednostima lipidnog statusa je imao IOP preko 21 mmHg. Povišene vrednosti IOP je imalo 13,4% ispitanika, što je visok procenat za taj uzorak. Najčešće su se žalili na zamor pri radu i neophodnost čestih izmena presbiopnih naočara. Analizirali smo učestalost pojave glaukoma otvorenog ugla kod pacijenata koji se leče od diabetes mellitus-a i obolelih od arterijske hipertenzije. U našem uzorku postoji značajna razlika između ove dve grupe za razvoj glaucoma. Vidna oština i kod muškaraca i kod žena je bila po Snellenu 0.4-0.5. Tubarno vidno polje zabeleženo je kod jednog pacijenta.

ZAKLJUČAK: Oftalmolog kao konsultant kod obolelih od kardiovaskularnih bolesti aktivno učestvuje u utvrđivanju faktora rizika. Poznato je da primarne prevencije nema kod primarnog glaukoma ali pravovremena dijagnoza i adekvatna terapija značajno smanjuju procenat slepila, pa i invaliditeta. Najvažniji cilj u lečenju glaukoma je uspostavljanje kontrole nad intraokularnim pritiskom i očuvanje vidne oštine. Glaukom je javnozdravstveni problem. Neophodno je edukovati stanovništvo o

potrebi merenja IOP pri određivanju presbiopne korekcije kako se ova podmukla bolest ne bi tiho podkrala i u potpunosti uništila vid. Danas je fizički trening prihvaćen kao važan način prevencije i rehabilitacije kardiovaskularnih bolesnika. Osobe sa dobrom fizičkom kondicijom imaju manji rizik od pojave kardiovaskularnih bolesti, čak i u prisustvu glavnih faktora fizika.

E-mail: oko@dzzitiste.rs

Naziv sesije
RADOVI MLADIH AUTORA
Usmene prezentacije

JEDNOGODIŠNJA ANALIZA HOSPITALIZOVANIH PACIJENATA NA ODELJENJU TOKSIKOLOGIJE KC NIŠ

Milan Đorđević (1), Slobodanka Milićević Mišić (2), Simonida Šeškar Stojančev (2), Dragana Mitrović (3), Miloš Bogoslović (4)

(1) SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, DOM ZDRAVLJA JAGODINA, (2) KLINIKA ZA ENDOKRINOLOGIJU, DIJABETES I BOLESTI METABOLIZMA, ODELJENJE ZA TOKSIKOLOGIJU, KLINIČKI CENTAR NIŠ, (3) SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU PREDŠKOLSKE I ŠKOLSKE DECE SA MEDICINOM SPORTA I SAVETOVALIŠTEM ZA MLADE, ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, (4) DOM ZDRAVLJA DOLJEVAC

UVOD: Ovo je godišnji izveštaj i analiza hospitalizovanih pacijenata Klinike za Endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma, odeljenja za toksikologiju, Kliničkog centra (KC) Niš. Obrađeni su dostupni podaci iz istorija bolesti pacijenata lečenih na odeljenju toksikologije u toku 2013 godine.

METODOLOGIJA: Podaci o bitnim karakteristikama bolesnika i vrstama trovanja kao i svi drugi relevantni podaci prikazani su u tabelama i grafikonima u Rezultatima.

REZULTATI: U toku 2013. godine na odeljenju toksikologije Klinike za Endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma KC Niš evidentirano je 115 pacijenata, 50 (43,48%) muških i 65 (56,62%) ženskih osoba. U visokom broju registrovan je broj samotrovanja, čak 97 (84,34%) dok je broj zadesnih bio 8 (6,96%), sredstva zloupotrebe 3 (2,61%) i ostalih 7 (6,09%). Po zastupljenosti na prvom mestu nalaze se pacijenti koji su koristili lekove 58 (50,43%), a na drugom i trećem mestu su oni sa trovanjem pesticidima 23 (20%) i korozivima 20 (17,39%). U mnogo manjem broju zabeležen je broj trovanja alkoholima i glikolima, gljivama, sredstvima zloupotrebe, gasovima i organskim rastvaračima. U najvećem broju su građani koji pripadaju radno sposobnom stanovništvu od 18 do 65 godina 83 (72,17%), zatim osoba starijih od 65 godina 22 (19,13%), a najmanje onih mlađih od 18 godina 10 (8,7%). U 47 slučajeva (40,87%) otkriveno je da se radi o umereno teškim trovanjima, lak stepen trovanja zabeležen je kod 21 bolesnika (18,26%), težak stepen kod 30 osoba (26,09%) a letalan ishod zabeležen je kod 17 bolesnika (14,78%). Zaključak: Slučajevi trovanja i dalje predstavljaju jedan od značajnih faktora morbiditeta i mortaliteta u Republici Srbiji. Odeljenje toksikologije Klinike za Endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma KC Niš ima veliki značaj u strukturi zdravstvene službe Srbije pogotovo što je jedina institucija višeg ranga u Srbiji Nacionalni centar za kontrolu trovanja Vojno medicinske akademije Beograd, a kvalitetnija materijalna i kadrovska podrška bi dalje unapredile kvalitet rada institucije u budućnosti. Obzirom na to da veliki broj populacije gravitira ka Kliničkom centru Niš od velikog značaja bi bilo unapređivanje odeljenja toksikologije u zasebnu kliniku.

ZASTUPLJENOST FAKTORA RIZIKA ZA NASTANAK KARDIOVASKULARNIH BOLESTI KOD PACIJENATA NA TERITORIJI OPŠTINE DOLJEVAC

Miloš Bogoslović (1), Marko Tasić (2), Dragana Mitrović (3), Milan Đorđević (4)

(1) SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU ODRASLOG STANOVNIŠTVA, DOM ZDRAVLJA DOLJEVAC, (2) FARMACEUTSKI FAKULTET BEOGRAD, (3) SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU PREDŠKOLSKE I ŠKOLSKE DECE SA MEDICINOM SPORTA I SAVETOVALIŠTEM ZA MLADE, ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, (4) SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, DOM ZDRAVLJA JAGODINA

UVOD: Kardiovaskularne bolesti (KVB) predstavljaju značajan kako zdravstveni tako i socijalno-ekonomski problem savremenog društva. Kardiovaskularne bolesti su vodeći uzrok smrti sa preko 50% učešća, najviše pogoršavaju kvalitet života, uzrokuju invalidnost, ekonomski slabe naciju i skraćuju očekivanu dužinu života.

CILJ RADA: Prikazati zastupljenost faktora rizika za nastanak kardiovaskularnih bolesti kod pacijenata lečenih u Domu zdravlja Doljevac.

METODA: Metodom anketiranja, uvidom u zdravstvenu dokumentaciju i pregledom zdravstvenih kartona pacijenata starosne dobi iznad 18 godina koji su se javili svom izabranom lekaru u periodu od septembra do decembra 2014. godine sprovedeno je istraživanje. Podaci prikupljeni anketom su upisivani u specijalno kreiran anketni list, a zatim analizirani i deskriptivnom statistikom predstavljeni.

REZULTATI: Od ukupnog broja učesnika (1000) starosti preko 18 godina bilo je 48,6% koji se nepravilno hrane, 33,7% fizički neaktivnih, 29% koji konzumiraju duvan, 22,9% koji konzumiraju alkohol, 8% sa povećanim krvnim pritiskom.

ZAKLJUČAK: Ispitivanjem se pokazalo da su faktori rizika za nastanak kardiovaskularnih bolesti zastupljeni u velikom broju kod pacijenata nevezano za pol i starosnu dob. Zadatak izabranog lekara je njihova redukcija i usklađivanje životnih navika sa važećim preporukama.

Ključne reči: faktori rizika, kardiovaskularne bolesti, zastupljenost.

E-mail: milosbogoslovic@gmail.com

ANEMIJE U TRUDNOĆI POROĐENIH ŽENA 2014. U ZAJEČARU

Tatjana Mitović (1), Vera Najdanović-Mandić (2), Ivanka Milošević (3)

(1) SLUŽBA OPŠTE MEDICINE, ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (2) DISPANZER ZA ŽENE, ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (3) SLUŽBA ZA TRANSFUZIJU KRVI ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

Anemija je patološko stanje koje može biti udruženo i sa trudnoćom, bilo da zdrava žena oboli od ove bolesti u toku same trudnoće, ili da žena koja već pati od anemije ostane trudna. Po definiciji Svetske zdravstvene organizacije (SZO) trudnica je anemična ako postoji smanjenje mase eritrocita (Er) u krvi, koje je praćeno smanjenjem hemoglobina (Hgb), manjim od 110 g/L u prvom trimestru trudnoće, ili manjim od 105 g/L u drugom trimestru, kao i smanjenjem hematokrita (Hct) ispod normalnih vrednosti < 30% - 32%. Cilj rada je da se odredi učestalost anemija kod trudnica koje su porođene u toku 2014. godine, i utvrdi njihov uticaj na ishod trudnoće. Ispitanice i metod: Analizirani su trudnički kartoni iz Savetovališta za trudnice Doma zdravlja Zdravstvenog centra (ZC) u Zaječaru, porođajni protokol, istorije bolesti porođenih žena u Ginekološko-akušerskom odeljenju u ZC Zaječaru u 2014. i protokoli izdate krvi u transfuziološkoj službi ZC u Zaječaru. Načinjena je analiza podataka o starosti trudnica, paritetu, vrednostima Hgb i ishodu trudnoće. Dobijene podatke smo obradili i prikazali tabelarno i dijagramom. Rezultati: U Ginekološko-akušerskom odeljenju ZC u Zaječaru bilo je 2014. godine 468 porođenih žena. Od ukupnog broja porođenih žena, 358 imalo je kompletne podatke za analizu i od njih, 154 (43,02%) su bile anemične. Najveći broj anemičnih trudnica bile su prvorođene njih 81 (52,6%), starosti od 25 do 29 godina. Prosečna starost anemičnih trudnica je 29 godina, dok je prosečna starost trudnica bez anemije iznosila 28 godina. Najmlađa trudnica sa anemijom imala je 18 godina, dok je najstarija imala 42 godine. Prosečni nivo Hgb iznosio je 102,23 g/L. Od ukupnog broja anemičnih trudnica 93,5 % je imalo blagu

anemiju a 6,5 % umerenu anemiju. Ishod trudnoće kod istih trudnica bio je: 70 (45,45 %) porođeno je carskim rezom, a 84 (54,55 %) su porođene vaginalnim putem. Od ukupnog broja, pre termina porođene su 3 (1,9 %) trudnice, jedna od njih imala je mrtvorođeno dete. Posle termina porođeno je 12 (7,8 %), dok su ostale 139 (90,3 %) trudnice sa anemijom, porođene u terminu. Transfuziju krvi zbog komplikacija nastalih u toku porođaja carskim rezom, primile su 3 trudnice. Od tog broja, 2 trudnice imale su normalnu krvnu sliku tokom trudnoće, a jedna je bila anemična. Zaključak: Naši rezultati pokazuju da postoji razlika u učestalosti anemija kod trudnica u 2014. godini u odnosu na literaturne podatke o anemijama trudnica iz 2003. i 2008. za isti zdravstveni centar, pri čemu se uočava trend opadanja učestalosti. Ishod trudnoće kod naših ispitanica, pokazuje da je broj anemičnih žena koje su porođene carskim rezom i broj posle terminskih porođaja, nešto veći od broja neanemičnih trudnica koje su porođene na isti način, odnosno posle termina. Ostali rezultati pokazuju da su se trudnoće kod ispitivanih trudnica završavale bez većih komplikacija po majku i plod. Pad Trend opadanja učestalosti anemija u trudnoći bi se mogao objasniti boljim radom savetovališta za trudnice, pravovremenim otkrivanjem anemija još u prvom trimestru trudnoće, adekvatnom suplementacijom preparatima gvožđa i popularizacijom značaja pravilne ishrane u trudnoći.

Ključne reči: anemija, trudnoća, Ginekološko-akušersko odeljenje ZC Zaječar

E-mail: titoiija@hotmail.rs

PAGET-SCHROETTER SINDROM KAO PRVI SIMPTOM MALIGNNE BOLESTI - PRIKAZ DVA PACIJENTA

Davidović Vladimir, Veselinov Vladimir
OPŠTA BOLNICA KIKINDA

UVOD: Tromboza vena gornjih ekstremiteta i ramena (UEDVT) se retko javlja i predstavlja 1-2% svih venskih tromboza. UEDVT je prvi put opisana od strane Sir Pageta (1875) i von Schroettera (1884), pa je i nazvana Paget-Schroetterov sindrom. U literaturi se kao jedan od najčešćih uzroka UEDVT navodi malignitet.

CILJ: Prikazati pacijente kod kojih je prvi simptom maligne bolesti bila UEDVT.

PRIKAZ PRVOG PACIJENTA : Osoba ženskog pola, starosti 60 godina, sa naglo nastalim otokom i bolom leve ruke i ramena, nastalim dva dana pre prijema na hirurško odeljenje. Doppler-sonografski registrovane hiperehogene trombotične mase u veni subklaviji, aksilarnoj i brahijalnoj veni. U sklopu pretrage potencijalnog maligniteta urađena dopunska dijagnostika. Gastroskopijom uočena veća vegetantna promena korpusa želuca sa koje je uzeta biopsija. Patohistološki verifikovan adenokarcinom želuca.

PRIKAZ DRUGOG PACIJENTA : Osoba muškog pola, starosti 62 godine, sa naglo nastalim otokom i bolom leve ruke, ramena i supraklavikularne jame, nastalim tri dana pre prijema na hirurško odeljenje. Doppler-sonografski verifikovana tromboza vene jugularis interne i vene subklavije. U sklopu pretrage potencijalnog maligniteta urađena dopunska dijagnostika. Ultrazvučnim pregledom abdomena uočena uvećana prostata. Vrednost PSA signifikantno uvećana. Transperinealno urađena biopsija prostate. Patohistološki verifikovan invazivni adenokarcinom prostate.

ZAKLJUČAK: Kod pacijenata sa DVT, naročito ako se radi o UEDVT uvek treba razmišljati i o potencijalnom paraneoplastičkom sindromu, te uraditi i dopunske dijagnostičke metode u tom pravcu. Ovo patološko stanje često predstavlja prvi simptom maligne bolesti.

Ključne reči: Flebotromboza; Tromboza vena gornjih ekstremiteta; Paget-Schroetter sindrom; paraneoplastični sindrom; maligna bolest

E-mail: davidovicvladimir@yahoo.com

DIFERENCIJALNO DIJAGNOSTIČKA PROBLEMATIKA ABDOMINALNIH TUMORA - PRIKAZ SLUČAJA

Marko Jović, Ljubiša Narodović, Marija Kero, Milimir Marinković
OPŠTA HIRURGIJA ZC ZAJEČAR

UVOD: Samo fizičke metode pregleda u vidu inspekcije, palpacije, perkusije i auskultacije nisu dovoljne za rano otkrivanje tumora abdomena, već je neophodna i primena savremenih radioloških metoda. Ovaj rad prikazuje pacijenta sa abdominalnim tumorom i objašnjava problem u diferenciranju porekla tumora i pored savremenih dijagnostičkih procedura.

PRIKAZ SLUČAJA: Osoba ženskog pola, starosti 60 godina, upućena je na odeljenje hirurgije zbog nadutosti stomaka, oslabljenog apetita i povremene gorušice. Tokom pregleda u abdomenu se uočava palpabilna tumefakcija veličine oko 15x15 cm, jasno ograničena, čvrste konzistencije, subjektivno lake pokretljivosti u truhu. Abdomen iznad ravnih grudnog koša, palpatorno tvrd, bolno neosetljiv. Nakon laboratorijskog ispitivanja koje je pokazalo porast leukocita (wbc 14.4) i značajan pad hemoglobina (hgb 67) i eritrocita (2.14), uz mirne tumorske markere CA 19-9 8,00, CEA 2,11, pacijentkinja je podvrgnuta ultrazvučnom ispitivanju gde je potvrđeno prisustvo heterogene, najvećim delom hipoeogene mase u abdomenu. S obzirom da ovom metodom nije bilo moguće diferenciranje porekla tumora pacijentkinja je upućena na CT abdomena gde se potvrđuje prisustvo heterodenzne mekotkivne formacije u ventralnom delu trbuha od visine bubrega do u mali karlicu i postavlja se sumnja da je tumor genitalnog porekla zbog čega se pacijentkinja upućuje ginekologu. Ni ginekološkim pregledom nije bilo moguće utvrditi poreklo tumora pa se pristupilo izradi tumorskog markera CA-125 ne bi li se dokazalo eventualno poreklo tumora od genitalnih organa, tj ovarijuma. Po nalazu imunohemije nivo CA-125 je 149 što je skoro četiri puta veće od normalnog nalaza. Nakon konsultacije anesteziologa zakazana je hirurška intervencija. Pacijentkinja operisana u opštoj endotrahealnoj anesteziji, gde se eksploracijom trbuha konstatuje da je tumorska promena ovarijalnog porekla. Ex tempore patohistološki nalaz ukazuje na benignu promenu. Ovarijum sa pripadajućim tumorom odstranjen u celosti. Pacijentkinja se uspešno oporavlja na odeljenju hirurgije uz adekvatnu terapiju i negu.

ZAKLJUČAK: Uprkos savremenim dijagnostičkim metodama (rendgenska snimanja, ultrazvučni pregledi i CT) poreklo tumora je otkriveno hirurškom intervencijom. Pored edukacije stanovništva za što ranije javljanje svom lekaru pri pojavi prvih simptoma i znakova bolesti neophodno je usavršavanje postojećih i otkrivanje novih metoda pregleda uz čiju pomoć ćemo lakše odlučiti da li pacijenta tretirati medikamentnom, radiološkom ili hemioterapijom ili se pak treba odlučiti za operativne postupke.

E-mail: jomrvica@yahoo.com

SINDROM AMNIONSKIH BRIDA

Dragana Mitrović (1), Karin Vasić (2), Danijela Ćirić (3), Emilio Miletić (4), Miloš Bogoslović (5), Milan Đorđević (6)

(1) SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU PREDŠKOLSKE I ŠKOLSKE DECE SA MEDICINOM SPORTA I SAVETOVALIŠTEM ZA MLADE, ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC,, (2) KLINIKA ZA DEČIJE INTERNE BOLESTI, KLINIČKI CENTAR NIŠ, (3) OPŠTA BOLNICA ZAJEČAR, (4) SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, (5) DOM ZDRAVLJA DOLJEVAC, (6) SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, DOM ZDRAVLJA JAGODINA

Sindrom amnionskih brida (SAB) je grupa retkih kongenitalnih anomalija nastalih obuhvatanjem delova fetusa od strane fibroznih amnionskih traka tokom intrauterinog života. Cilj rada je da se kroz prikaz slučaja ukaže na značaj blagovremenog dijagnostičkog i terapijskog pristupa kod ovakvog pacijenta. Materijal i metode: Korišćeni su podaci iz medicinske dokumentacija u toku hospitalizacije novorođenčeta na Klinici za dečije interne bolesti Niš, a rad pisan deskriptivnom metodom. Prikaz: Muško novorođenče, rođeno u 33. gestacionoj nedelji sa APGAR skorom na rođenju 7/8, porođajnom masom 1550g, porođajnom dužinom 43cm, u prvom danu života je prevedeno sa Ginekološko-akušerske klinike u Nišu

na Kliniku za dečje interne bolesti Niš, zbog sumnje na infekciju i razvijanje respiratornog distresa, uz prisutvo vidljivih kongenitalnih anomalija ekstremiteta u smislu odsustva i nepravilnog oblika određenih falangi prstiju šaka. Porođaj je završen carskim rezom zbog prolapsa pupčanika, beba prodisala nakon kratke reanimacije, a prenatalni ultrazvučni pregled nije ukazivao na postojanje anomalija ploda. Kod novorođenčeta je, na prijemu, sem prisutnih znakova konjuktivitisa u oba oka, nedostatak falangi šaka, slabijeg izazivanja primitivnih refleksa, ostali fizikalni nalaz bio uredan. Radiološki nalaz šaka je ukazivao na odsutvo, ili smanjene dimenzija pojedinih falangi prstiju, te deformitete glave i dijafiza pojedinih falanga obe šake, kao i prisutvo mekotkivne senke u regiji distalne falange trećeg prsta leve šake. Dečiji hirurg je potvrdio prisustvo amnionskih brida kod novorođenčeta fizikalnim pregledom, a nakon radiološkog nalaza. Citogenetsko istraživanje je dokazalo normalan muški kariotip. Kardiološkom, neonatološkim i nefrološkim pregledom isključeno je prisustvo anomalija drugih organskih sistema. Zaključak: Kod novorođenčadisa anatomskim anomalijama prilikom postavljanja dijagnoze, treba misliti nasindrom amnionskih brida. Ultrazvučna prenatalna dijagnostika je veoma bitna, ali nije uvek dovoljno senzitivna u otkrivanju manjih anomalija. Od značaja je multidisciplinarni pristup, kako u dijagnostici sindroma tako i u terapiji, u zavisnosti od kliničke slike.

Ključne reči: anomalije novorođenčeta, amnion, amnionske bride

Naziv sesije
PREVENTIVNA MEDICINA. JAVNO ZDRAVLJE
Usmene prezentacije

STAVOVI O HIGIJENSKO-DIJETETSKOM REŽIMU I NAVIKE TRUDNICA U ZAJEČARU

Mitić D. (1), Savić Mitić Ž. (2), Najdanović Mandić V. (2)

(1) ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVLJE "TIMOK" ZAJEČAR, (2) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

UVOD: Ishrana i fizička aktivnost pre i tokom trudnoće imaju kratkoročne i dugoročne efekte na zdravlje majke i ploda. Cilj rada je bio da se ispituju stavovi o higijensko-dijetetskom režimu i navike trudnica u Zaječaru.

MATERIJAL I METOD RADA: Istraživanje je sprovedeno u Dispanzeru za žene Zdravstvenog centra Zaječar u periodu od 01.02.- 28.02.2015.godine. Anketirane su trudnice koje su se javljale na redovan pregled u Savetovalištu za trudnice. Materijal korišćen u istraživanju je nestandardizovan upitnik. Statistička analiza je vršena primenom odgovarajućeg statističkog softvera za obradu podataka. Korišćena je deskriptivna i analitička statistička obrada. Za granicu statističke značajnosti postavljena je vrednost $p < 0,05$.

REZULTATI: Anketirano je 50 trudnica prosečne starosti $29,6 \pm 5,7$ godina. Standardni način ishrane primenjuje 47 (94%) trudnica, makrobiotički 2 (4%), a dominantno brzu hranu 1 (2%) trudnica. Više trudnica ima tri obroka dnevno nego tri glavna obroka i dve užine (54% vs 32%). Nema statistički značajne razlike između prvotki i višerotki koje imaju tri glavna obroka i dve užine ($\chi^2 = 1,823$, $p > 0,05$), niti između visoko i srednjeobrazovanih trudnica ($\chi^2 = 3,803$, $p > 0,05$). Hranu obično pripremaju kuvanjem (82%), ređe dinstanjem (12%) i pečenjem (4%), najređe prženjem (2%). Umereno slanu hranu konzumira 94% trudnica, dosoljavaju hranu 4% trudnica, a neslanu hranu koristi 2% trudnica. Ishranu kao veoma značajan faktor u trudnoći smatra 96% trudnica. Većina trudnica smatra da ne treba "jesti za dvoje u trudnoći", (82% vs 18%) i to statistički značajno više visokoobrazovanih nego srednjeobrazovanih trudnica ($\chi^2 = 5,654$, $p < 0,05$), ali bez statistički značajne razlike među prvotkama i višerotkama ($p > 0,05$). Većina trudnica smatra optimalnim dodavanje 11-15 kg u trudnoći (52%), bez statistički značajne razlike između prvotki i višerotki ($\chi^2 = 0,911$, $p > 0,05$) i visoko i srednjeobrazovanih trudnica ($\chi^2 = 1,266$, $p > 0,05$). Većina trudnica ne koristi suplemente tokom trudnoće (82% vs. 18%). Pre trudnoće bilo je više pušača (78% vs. 22%), a u trudnoći je više nepušača (80% vs. 10%). Alkohol ne pije 86% trudnica, 10% pije ponekad, a 4% pije. Najviše trudnica pije 1-2 šoljice kafe dnevno (64%), 3 i više šoljica

(18%), a ne pije kafu 18% trudnica. Svakodnevnu fizičku aktivnost ima 26 (52%) trudnica, 2-3 puta nedeljno 12 (24%) trudnica, jednom nedeljno 9 (18%) trudnica i fizički su neaktivne 3 (6%) trudnice. Dominantna vrsta fizičke aktivnosti je šetnja kod 90% trudnica, zatim joga kod 4% trudnice, pilates kod 2% trudnica.

ZAKLJUČAK: Higijensko-dijetske navike ispitivanih trudnica u Zaječaru nisu na zadovoljavajućem nivou u odnosu na aktuelne preporuke, te postoji potreba za edukacijom o preporučenoj ishrani i ponašanju tokom trudnoće, kao i potreba za većom motivacijom radi primene tih znanja.

Ključne reči: ishrana, trudnoća, fizička aktivnost, stavovi

E-mail: dragisamitic80@gmail.com

NAVIKE U ISHRANI STARIH LJUDI U ZAJEČARU I VRANJU

Mihajlović N. (1), Nakić M. (2), Ćosić S. (3), Dinov V. (2), Nakić A. (2), Filipović S. (4), Šagrić M. (5), Savić-Mitić Ž. (1), Antonijević S. (6)

(1) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (2) DOM ZDRAVLJA VRANJE, (3) ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVLJE "TIMOK" ZAJEČAR, (4) DOM ZDRAVLJA ŽITORAĐA, (5) ZAVOD ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU STUDENATA NIŠ, (6) DOM ZDRAVLJA NIŠ

UVOD: Po definiciji SZO, stariji ljudi imaju više od 65 godina. Kako je udeo starih osoba veći od 17%, a predviđa se da će do 2050.god.više od 30% stanovništva biti starije od 65 godina, jedna od briga za očuvanje njihovog zdravlja je i primena prehrambenih normi. Cilj rada je bio se ispitaju navike u ishrani starih ljudi u Zaječaru i Vranju i sagledaju njihove razlike.

MATERIJAL I METOD: Istraživanje je sprovedeno anketiranjem starijih od 65 godina u Službi opšte medicine Doma Zdravlja u Zaječaru i Vranju, u julu 2014.god. Anketa je nestandardizovana i zatvorenog tipa. Statistička obrada podataka je vršena u odgovarajućem statističkom softveru metodom deskriptivne i analitičke statistike. Za testiranje značajnosti razlike učestalosti pojedinih varijabli korišćen je Pirsonov Hi kvadrat test i određen je nivo značajnosti od $p < 0,05$.

REZULTATI: Anketiranjem je obuhvaćeno 105 osoba, 57 (54,3%) ispitanika muškog pola i 48 (45,7%) ženskog pola. Od ukupnog broja anketiranih 53 (50,5%) je iz Zaječara, a 52 (49,5%) iz Vranja. Utvrđeno je da između ispitanika u Zaječaru i Vranju ne postoji statistički značajna razlika u distribuciji prema broju dnevnih obroka, svakodnevnoj upotrebi voća i povrća, mesa i mlečnih proizvoda, upotrebi ribe 2-3 puta nedeljno i količini vode za piće. Statistički značajno više ispitanika jede ribu 2-3 puta nedeljno, u odnosu na one koji je redje koriste ($\chi^2 = 0,40$; $p < 0,05$). Više ispitanika koristi slatkiše i grickalice u odnosu na one koji ih ne koriste, što je statistički značajno ($\chi^2 = 8,01$; $p < 0,05$). Te namirnice koristi 73,6% ispitanika u Zaječaru, a 53,8% ispitanika u Vranju, što je statistički značajno više u korist ispitanika u Zaječaru ($\chi^2 = 4,38$; $p < 0,05$). Statistički značajno više ispitanika koristi beli hleb u odnosu na one koji koriste ostale vrste hleba ($\chi^2 = 10,37$; $p < 0,05$). Veći broj ispitanika priprema hranu kuvanjem (87,6%) u odnosu na ostale načine pripreme hrane (12,4%), što je statistički značajno ($\chi^2 = 59,44$, $p < 0,05$). Dodatke ishrani koristi 30,5% svih ispitanika, a ne koristi 69,5% ($\chi^2 = 16,01$; $p < 0,05$), što je statistički značajno.

ZAKLJUČAK: Rezultati ovog rada pokazuju da nema razlike u ishrani starih ljudi u Zaječaru i Vranju, osim u korišćenju slatkiša i grickalica. Kako se obe grupe ispitanika ne hrane u skladu sa preporukama, ima mesta edukaciji starih ljudi i njihovih ukućana o značaju pravilne i kvalitetne ishrane.

Ključne reči: ishrana starih ljudi, navike, preporuke u ishrani

E-mail: m.natasa73@yahoo.com

SMRTNOST OD RAKA MATERICE U OPŠTINAMA OKRUGA BOR I OKRUGA ZAJEČAR U 2001. I 2013. GODINI

Magdalena Todorović Nikolić (1), Vera Najdanović Mandić (2), Miodrag Todorović (3)

(1) SPECIJALNA BOLNICA ZA REHABILITACIJU GAMZIGRAĐSKA BANJA, (2) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (3) PENZIONER, ZAJEČAR

Cilj rada je komparativni prikaz broja umrlih od raka materice: grlića C 53 i neoznačenog dela C 54,55 u 2001. i 2013. godini u opštinama okruga Bor i okruga Zaječar. Metod rada je retrospektivna studija podataka Republičkog Zavoda za statistiku: broja stanovnika u opštinama okruga Bor i okruga Zaječar i zbirno (Timočka krajina) prema popisu 2002. i 2011.godine i broja umrlih od raka materice (DEM 2). Prikazana je distribucija umrlih od raka materice po dobnim grupama u opštinama oba okruga i specifična stopa mortaliteta. Radi eliminisanja nejednakosti dobne strukture žena korišćena je metoda direktne standardizacije. Na taj način došlo se do pravilnijeg upoređivanja smrtnosti od raka materice između opština jer nam standardizovana (popravljen) stopa mortaliteta pokazuje koliko bi bila smrtnost da je upoređivano stanovništvo jednakog sastava po životnoj dobi. Za standardno stanovništvo uzeto je stanovništvo Timočke krajine (okrug Bor i okrug Zaječar – zbirno). Rezultati: Broj umrlih od raka kod stanovništva okruga Bor i okruga Zaječar je u stalnom porastu i čini oko 16 % u strukturi ukupnog broja umrlih. Međutim, broj umrlih od raka materice u 2013. u odnosu na baznu 2001. godinu je u smanjenju: u okrugu Bor za 1/3 a u okrugu Zaječar za više od polovine. U borskom okrugu usledilo je smanjenje od 29 u 2001. na 20 u 2013. godini i to: u opštini Bor od 11 na 8, Majdanpek od 6 na 3 i Negotin od 8 na 4. Jedino je u opštini Kladovo zabeležen minimalan porast: od 4 na 5. Usled povoljnije starosne strukture žena u okrugu Bor (mlađe stanovništvo) standardizovana stopa mortaliteta od raka materice je veća od specifične i skoro je dvostruko veća od iste u okrugu Zaječar. Tako je standardizovana stopa smrtnosti u 2013. za okrug Bor 41 na 100.000 žena a specifična 31. Za opštinu Bor je 36:32, Majdanpek 44:32, Kladovo 48:47 dok u opštini Negotin, čija je starosna struktura žena nepovoljnija u odnosu na standardno stanovništvo (Timočka krajina), obratno: 17:21. Stanovništvo okruga Zaječar je nepovoljnije starosne strukture od stanovništva Timočke krajine te je i standardizovana stopa mortaliteta u 2013. godini manja od specifične: 21,6:22,8 na 100.000 žena. U opštini Zaječar standardizovana stopa smrtnosti u 2013.godini je identična specifičnoj 29,8: 29,6 a kako opština Knjaževac ima najstarije stanovništvo u Timočkoj krajini to je i standardizovana stopa smrtnosti manja od specifične 26,7: 31. U 2013. godini u opštini Boljevac i Sokobanja nije bilo umrlih od raka materice. Najveće smanjenje broja umrlih od raka matrice bilo je u opštini Zaječar od 17 u 2001. na 9 u 2013. godini što se odrazilo na smanjenje na nivou okruga Zaječar sa 32 u 2001. na 14 u 2013. godini. Zaključak: Ovo smanjenje broja umrlih od raka materice daje podstrek i ohrabrenje za povećanje preventivnih aktivnosti zdravstvene službe, pre svega na sprovođenju organizovanih sistematskih pregleda žena i uliva nadu da budemo blizu postavljenog cilja Evropske komisije za rak: do 2020. godine broj smrtnih ishoda od raka na nivou EU bude smanjen za 15%.

Ključne reči: smrtnost od raka materice, specifična stopa, standardizovana stopa.

ZDRAVSTVENA BEZBEDNOST VODE ZA PIĆE U UŽICU SA ASPEKTA PRISUSTVA CIJANOBAKTERIJE PLANKTOTHRIX RUBESCENS

Violeta P., Janjić O.

ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVLJE UŽICE

UVOD: Postrojenje za preradu vode "Petar Antonijević" kapaciteta 400 l/sec snabdeva 91% potrošača grada Užica, a 9% dobija vodu iz izvorišta Živkovića vrelo i Potočanje. Do januara 2014. godine ovo postrojenje za preradu koristilo je vodu iz akumulacije Vrutci zapremine 54 miliona m³. Tehnološki proces tretmana prerade vode nije adekvatno pratio promene kvaliteta ulazne vode zbog čega je vremenom došlo do pojave nedostataka u obezbeđivanju kvaliteta finalnog proizvoda, tj. vode za piće. Planktothrix rubescens je potencijalno toksična cijanobakterija, sadrži pigment fikoeritrin koji joj daje crvenu boju, kao i fikobilin, pa u procesu fotosinteze može da koristi ceo spektar fotosintetički aktivne radijacije, zbog čega

je prisutna i na velikim dubinama. Za razliku od većine cijanobakterijskih vrsta, razlikuje se po mogućnosti da koristi fosfor neorganskog i organskog porekla. Na osnovu toga ima veliku moć preživljavanja, a to otežava njeno iskorenjivanje. Najveća potencijalna opasnost prisustva *Planktothrix rubescens* je produkcija cijanotoksina.

CILJ RADA je da ukaže na to da pojava cijanobakterija u vodi na izvoru (akumulaciji) i vodovodnom sistemu može imati nepovoljan uticaj na zdravlje konzumenata vode za piće.

MATERIJAL I METODE RADA: Uzorkovanje i postupanje sa uzorcima rađeno je prema standardu SRPS ISO 5667-1 i standardu SRPS ISO 5667-2. U Institutu za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut" obavljane su biološke analize, identifikacija i kvantifikacija broja ćelija cijanobakterija na invertnom mikroskopu, prema metodi SRPS EN 15204:2008.

REZULTATI: U periodu od 23.12.2013. do 25.06.2014.godine obavljene su biološke analize 408 uzoraka vode (48 uzoraka sirove i 300 uzoraka tretirane vode u Institutu za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut" i 6 uzoraka sirove i 54 uzorka tretirane vode u Zavodu za javno zdravlje Užice). Određivanje sadržaja ukupnog mikrocistina i mikrocistina LR u 31-om uzorku vode za piće iz distributivne mreže obavljeno je u Institutu za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut". Tokom januara 2014. godine na Institutu u Berlinu obavljena je analiza mikrocistina (MC-LR, -LW, -LA, -LF) i nije dokazano njihovo prisustvo u vodi za piće. MC-RR je detektovan u granicama dozvoljene vrednosti u vodi za piće.

ZAKLJUČAK: Da bi JKP "Vodovod" Užice obezbedilo svojim potrošačima zdravstveno bezbednu vodu za piće neophodno je da intenzivira rad na unapređenju procesa prerade vode i povećanje kapaciteta i broja alternativnih izvora vodosnabdevanja. Preporučuje se uspostavljanje kontinuiranog monitoringa kvaliteta vode u akumulaciji Vrutci i sanacija akumulacije u skladu sa nadležnostima. Neophodno je striktno definisanje dozvoljenih i zabranjenih aktivnosti u neposrednoj zoni sanitarne zaštite, kao i redukcija masenog unosa fosfora i njegovih jedinjenja u akumulaciju (preko otpadnih voda, veštačkih đubriva, spiranjem sa sliva).

Ključne reči: zdravstvena bezbednost vode za piće, cijanobakterije, Užice

POVEZANOST LIPIDNOG STATUSA I STEPENA UHRANJENOSTI DECE I ADOLESCENATA UZRASTA 10. I 15. GODINA U JUSAD STUDIJI

Bratimirka Jelenković (1), Brankica Vasić (2), I. Novaković (3)

(1) PEDIJATRIJSKA SLUŽBA, ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (2) DEČIJI DISPANZER, ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (3) MEDICINSKI FAKULTET BEOGRAD, INSTITUT ZA BIOLOGIJU

U poslednje tri decenije prevalencija povišene telesne mase i gojaznosti mladih i adolescenata je povećana. Gojaznost u detinjstvu i adolescenciji udružena je sa brojnim faktorima rizika za kardiovaskularna oboljenja (KVO). Gojaznost i mnogi udruženi faktori rizika za KVO imaju jasnu tendenciju da perzistiraju u odrasloj dobi. Mnogobrojna epidemiološka, klinička istraživanja pokazala su da postoji pozitivna povezanost (korelacija) između gojaznosti i dislipidemija. Gojazne osobe zbog poremećaja metabolizma masti imaju više vrednosti ukupnog holesterola, LDL holesterola i triglicerida i niže vrednosti HDL holesterola u plazmi od normalno uhranjenih ili pothranjenih osoba.

CILJ RADA: Utvrđivanje povezanosti lipidnog statusa i stepena uhranjenosti kod dece i mladih u uzrastu od 10. i 15 godina u Jugoslovenskoj studiji prekursora ateroskleroze kod školske dece (JUSAD).

METODE RADA: Podaci su dobijeni fizikalnim pregledom učenika III razreda (M/Ž -1448/1476) osnovnih škola (OŠ) i istih učenika u VIII razredu (M/Ž -1448/1476) OŠ u šest Domova zdravlja (Arilje; Beograd-Palilula; Beograd -dr.Simo Milošević; Gradiška, Despotovac; Zaječar; Knjaževac; Užice i Požarevac). ITM je izračunat na osnovu visine i telesne mase (težine) ispitanika primenom standardne formule. svakom ispitaniku je određen lipidni status prema standardnim procedurama. Svi ispitanici su svrstani prema ITM u tri grupe: I-pothranjeni; II-normalno uhranjeni i III-predogojzni i gojazni. Povezanost je ispitivana u SPSS programu korišćenjem Pearsonovog koeficijenta korelacije (SN-statistički neznačajno; $p < 0,01$).

REZULTATI RADA: U uzrastu od 10. godina odnos M/Ž prema stepenu uhranjenosti (I grupa-13,1%/19,8%--; II grupa-71,7/66,6%; III grupa-15,1/13,6%), i kod istih ispitanika u uzrastu od 15 godina (I grupa-11,0%/14,0%--; II grupa-72,6/72,3%; III grupa-16,4/13,8%). Povezanost ITM i nivoa ukupnog

holesterola značajna je kod ženskog pola u uzrastu od 10 i 15 godina ($p < 0,01$). Kod muškog pola uzrasta 10 i 15 godina ne postoji povezanost. Povezanost ITM i nivoa triglicerida značajna je kod oba pola u uzrastu od 10 godina i 15 godina ($p < 0,01$). Povezanost ITM i nivoa HDL holesterola značajna je kod oba pola u uzrastu od 10 i 15 godina (na nivou značajnosti 0,01) i negativnog je smera. Povezanost ITM i nivoa LDL holesterola značajna je kod muškog pola u uzrastu od 10 godina ($p < 0,05$) i pozitivnog je smera, kod adolescenata oba pola povezanost značajna ($p < 0,01$) i pozitivnog je smera

ZAKLJUČAK: Stepen uhranjenosti u uzrastu od 10 i 15 godina pokazuje značajnu povezanost (korelaciju) sa nivoom ukupnog holesterola kod ženskog pola, nivoom triglicerida kod oba pola, nivoom LDL holesterola u uzrastu od 10 godina kod dečaka i u 15 godini kod oba pola. Povezanost je značajna kod oba pola u uzrastu od 10 i 15 godina sa nivoom HDL holesterola, ali je negativnog smera. Poznavanje ovih činjenica može da pomogne u odluci kojoj deci i mladima treba odrediti lipidni status.

Ključne reči: lipidi, deca i mladi, stepen uhranjenosti

E-mail: bratimirkajelenkovic@gmail.com

STOPA INCIDENCIJE OBOLELIH OD ŠEĆERNE BOLESTI U BELOPALANAČKOJ OPŠTINI U PERIODU OD 2010. DO 2014. GODINE

Miljana Mladenović- Petrović (1,2), Slavica Cvetković (3), Tijana Nikolić (4)

(1) SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU ODRASLOG STANOVNIŠTVA SA KUĆNIM LEČENJEM I NEGOM, HITNOM MEDICINSKOM POMOĆI I SANITETSKIM TRANSPORTOM DOM ZDRAVLJA BELA PALANKA, (2) AKADEMSKE DOKTORSKE STUDIJE, SMER MOLEKULARNA MEDICINA, MEDICINSKI FAKULTET NIŠ, (3) HIGIJENSKO-EPIDEMIOLOŠKA SLUŽBA DOM ZDRAVLJA BELA PALANKA, (4) SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU DECE I ŠKOLSKE DECE DOM ZDRAVLJA NIŠ

UVOD: Šećerna bolest je jedno od najčešćih hroničnih nezaraznih oboljenja. Svetska zdravstvena organizacija procenjuje da će se broj obolelih od dijabetesa do 2030. godine povećati na 550 miliona. Porast stopa incidencije se očekuje u zemljama u razvoju u koje spada i naša zemlja. Bolest se češće javlja kod starijih osoba, koji imaju iznad 60 godina. U razvijenim zemljama je daleko češća šećerna bolest tip 2 od šećerne bolesti tip 1. I to čak u 90 % slučajeva je u pitanju šećerna bolest tip 2.

CILJ: Cilj našeg rada je procena epidemiološke slike diabetes mellitusa (DM) u Opštini Bela Palanka u odnosu na pol, uzrast i tip bolesti, u periodu 2010- 2014. godine, sa posebnim osvrtom na incidenciju ove bolesti.

MATERIJAL I METODI RADA: Primenjen je deskriptivni epidemiološki metod. Izvor podataka je Registar za obolele od DM na teritoriji opštine, koji se nalazi u higijensko-epidemiološkoj službi Doma Zdravlja Bela Palanka i u kojem izabrani lekari opšte medicine, izabrani predijatri i internisti beleže novootkrivene slučajeve. Posmatran je period od pet godina. Podaci o stanovništvu su dobijeni iz popisa 2012. godine. Stope incidence za DM su izračunavane na 10000.

REZULTATI: Na teritoriji Opštine Bela Palanka, u periodu od 2010.- 2014. godine je registrovano 4 novodijagnostikovanih obolelih od DM tip 1 (3 muške osobe i jedna ženska) i 321 obolelo od DM tip 2 (152 muškarca i 173 žene). Prosečna godišnja stopa incidencije kod muškaraca obolelih od DM tip 1 je 0,615, a kod žena 0,165. Prosečna godišnja stopa incidencije od DM tip 2 kod muškaraca je 35,50, a kod žena je 24,572. U posmatranom periodu, najniže stope incidencije su zabeležene za DM tip 1 i kod muškaraca i kod žena, ali i kod dece. Najniže stope incidencije za DM tip 2 bile su 2013. godine i kod muškaraca (16,49/10000) i kod žena (14,02/10000). Što se uzrasta tiče, broj novootkrivenih obolelih od DM tip 1 je bio 1 muškarac dobne grupe 10-14 2012. godine, zatim jedna ženska osoba 2013. godine iz dobne grupe 30-34. I naposletku, 2014. godine, su otkrivena dva pacijenta, jedan iz dobne grupe 5-9, i jedan iz dobne grupe 30-34 godine. Prema uzrastu obolelih od DM tip 2, najviša stopa incidence je zabeležena u dobnoj grupi 60-64 godine i iznosi 80,69.

ZAKLJUČAK: Šećerna bolest je jedno od vodećih oboljenja na teritoriji naše opštine. Oboljevanje od DM tip 1 je uočeno u mlađoj populaciji, dok je oboljevanje od DM tip 2 povećano u populaciji starijih i to najviše u dobnoj grupi 60-64 godina. Incidenca u ovoj grupi je 80,69. I u ostalim dobnim grupama se uočava visoka

incidenca. To je u skladu sa literaturnim podacima prema kojima sa starošću raste i stopa incidencije obolevanja od ove bolesti

Ključne reči: šećerna bolest, incidencija, stariji, populacija

E-mail: milliana_m@yahoo.com

MENTALNA HIGIJENA I STRES KOD UČENIKA SREDNJE MEDICINSKE ŠKOLE U UŽICU

Ćosić S. (1), Andrić A. (2), Baralić M. (2)

(1) ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVLJE "TIMOK" ZAJEČAR, (2) ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVLJE UŽICE

Adolescencija označava period ukupnog telesnog, psihološkog, emocionalnog i socijalnog odrastanja koji se proteže od kraja detinjstva do odraslog doba. Prepoznavanje neuskaldenosti između telesnog rasta i psihosocijalnog sazrevanja omogućuje roditeljima, nastavnicima i lekarima da pomognu u razrešavanju problema mladih i na taj način pomognu da se odrastanje u ovom period iz detinjstva u odraslo doba odvija na bezbolniji način. Stres je svakodnevni životni nadražaj, koji obično ne možemo da izbegnemo, on izmiče našoj volji i težnji da ga ne doživimo. Škola treba da razvija odgovoran odnos prema učenju, saznanju, socijalizaciji, ozbiljnosti i lepoti života, prema igri i dužnostima, kao i da uči mlade generacije da prepoznaju sve ono što čini radost življenja. Cilj rada je da se analizira koliko stresno učenici prvog i drugog razreda Medicinske škole u Užicu procenjuju boravak i aktivnosti u školi i kako procenjuju svoje snage i teškoće kroz SDQ upitnik. Upitnik snaga i teškoća (SDQ) sadrži 25 tvrdnji koje su grupisane u 5 skala od po 5 tvrdnji. Skale su sledeće: skala emocionalnih simptoma, skala problema u ponašanju, skala hiperaktivnosti, skala problema sa vršnjacima i prosocijalna skala. Anketirano je 397 učenika, 204 učenika 1. razreda i 193 učenika 2. razreda uzrasta od 14 do 17 godina, od kojih 79 (19,9%) učenika i 318 (80,1%) učenika. Korišćen je upitnik posebno namenjen ovom istraživanju. Sastojao se iz 3 segmenata: prvi segment sačinjavu je opšti upitnik koji je sadržavao pitanja vezana za uzrast, pol, uspeh u školi, u drugom segmentu, pitanja su se odnosila na subjektivnu procenu stresa u školi i treći segment je bio upitnik snaga i teškoća. Korišćena je odgovarajuća deskriptivna i analitička statistička obrada. U pogledu uspeha u školi, primećuje se razlika u uspehu učenika prvog razreda koji su odličan uspeh postigli u 25.5% slučajeva, dok učenici drugog razreda odličan uspeh postigli u 40.9%. Korišćenjem Mann-Whitney testa utvrđeno je da između posmatranih grupa postoji visoko statistički značajna razlika prema uspehu u školi ($Z = -3.485$; $p < 0.01$). Test smatra vrlo stresno 22.5% ispitanika prvog razreda i 10.9% ispitanika drugog. Između posmatranih grupa ispitanika postoji visoko statistički značajna razlika prema stresu koji izaziva test odnosno pismeni zadatak ($Z = -3.482$; $p < 0.01$). Analizom ukupnog rezultata za teškoće, utvrđeno je da u prvoj grupi ispitanika 77.3% ima normalan rezultat, 12.9% graničan i 9.8% abnormalan, dok u drugoj grupi 78.0% normalan, 13.9% graničan i 8.1% abnormalan. Između posmatranih grupa ispitanika ne postoji statistički značajna razlika. Zaključak: Učenici prvog razreda imaju lošiji uspeh u školi od učenika drugog razreda. Test/pismeni zadatak je stresniji za ispitanike prvog razreda nego drugog (vrlo stresan je za 22.5% ispitanika prve grupe i 10.9% ispitanika druge grupe). Interpretacijom upitnika snaga i teškoća može se primetiti da kod ispitanika obe grupe prevazilaze uobičajena odstupanja: skala emocionalnih simptoma i skala problema sa vršnjacima. Za učenike bi bilo dobro promovisati rad savetovaništa za adolescente, pokrenuti akcije u kojima će se promovisati zdravi stilovi života, pravilna ishrana i fizička aktivnost.

Ključne reči: adolescencija, stres

E-mail: drsnezanacosic@gmail.com

Naziv sesije
ISTORIJA MEDICINE. UMETNOST I MEDICINA
Usmene prezentacije

ISTORIJAT GINEKOLOŠKO-AKUŠERSKE SLUŽBE U ZAJEČARU DO 2015. GODINE

Vera Najdanović Mandić (1), Gordana Lučić (2)

(1) DISPANZER ZA ŽENE, ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (2) ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVLJE „TIMOK“, ZAJEČAR

Davne 1868. godine je otvorena prva bolnica u Zaječaru, koji je tada imao 3500 stanovnika. Tri godine kasnije, 1871. u Zaječar dolazi i radi Stevan Mačaj, kao okružni fikizus i prvi ginekolog-akušer na ovom prostoru. Grad se širi, broj stanovnika raste na 9000, kao i njihove potrebe za lečenjem. Kapacitet bolnice se uvećava. Izgradnja namenskog objekta za novu bolnicu počinje 1906. godine, i to na sadašnjoj lokaciji, gde je na drugom spratu izdvojeno porodilište. U bolnici su radile četiri babice (Sofija Dragutinović, Julijana Nađ Timička, Jelena Jankovička, Marija Milosavljevička). Od 1924. godine dr Stavra Hristić radi kao šef ginekološkog odeljenja. Od 1935-1958. godine za šefa ginekološko-akušerske (GA) službe u Zaječaru dolazi dr Krunoslav Popović. Godine 1953., odlukom Ministarstva zdravlja Srbije, bolnica u Zaječaru postaje bolnica prve kategorije. Odvaja se akušerstvo od ginekologije, i zauzima ceo jedan sprat bolnice. Primaju se novi lekari: 1955. dr Mileva Veličković, 1957. dr Radoslav Paunović i 1958. dr Stanoje Pavlović. Tokom šezdesetih godina GA služba se dalje širi i primaju se novi lekari: dr Miodrag Jelenković – 1963., dr Todor Živković – 1964., dr Jovan Vasilijević – 1965. Godine 1967. godine GA odeljenje dobija zasebni objekat, dvospratnu zgradu, u kojoj je i danas. Ima sopstvenu operacionu salu sa novom opremom. Odeljenje dobija i kolposkop, opremu za citodijagnostiku, kardiograf. Tokom sedamdesetih godina započinje se sa organizovanim sistematskim pregledima žena, a postoji podatak da je 1971. pregledano oko 10.500 žena, od 25 do 65 godina starosti, što je tada bio najveći broj pregledanih žena na području Srbije. Tih sedamdesetih godina, u saradnji sa Medicinskim fakultetom u Nišu i Zavodom za tehničku saradnju sa inostranstvom, organizuje se Bolnica u Zuari, u Libiji, pa deo kadrova odlazi da radi u toj bolnici. Dolaze novi, mladi lekari: dr Vencislav Milavec – 1971., dr Biljana Mikijeljević – 1973., dr Slavke Jovanović – 1976. i dr Slobodan Milošević – 1977. Godine 1980. počinje da radi novi Dom zdravlja u Zaječaru i Dispanzer za žene. Tu se rade sistematski pregledi radi ranog otkrivanja karcinoma kod žena, savetovališta za trudnice, sterilitet, kontracepciju, patronaža odojčadi i babinjara, redovni specijalistički pregledi i drugi ambulantni poslovi. Posebna pažnja je posvećena razvoju citološke dijagnostike. Primaju se novi lekari i šalju na stručno osposobljavanje. U GA službu dolazi nova generacija lekara: dr Slobodan Žikić – 1982., dr Vera Najdanović – 1985., dr Ljubica Milošević – 1988. i dr Nada Jovanović – 1989. Prvi ultrazvučni aparat u zaječarskoj bolnici je bio u sklopu Radiološke službe od 1984. godine. Koristili su ga i ginekolozi, dok nisu dobili svoj aparat u Dispanzeru za žene 1998. Od tada, svi lekari tokom specijalizacije edukuju se za ultrazvučnu dijagnostiku. Služba se i dalje kadrovski jača; dolaze : dr Zoran Roško – 1990., dr Dragoslav Kalinović – 1994., dr Branko Ivković – 1995., dr Biljana Popović – 1995., dr Mirko Trailović – 2000. i dr Zoran Radivojević – 2008. Rad GA službe tokom 2008. godine trpi značajne promene, uslovljene zakonskim regulativama u zdravstvu koje zahtevaju odvajanje primarne od sekundarne zdravstvene zaštite. Nezadovoljstvo novonastalim stanjem dovelo je 2009. do kadrovskog osipanja u Službi, zbog odlaska troje specijalista srednje i mlađe generacije. Od preostalih lekara, troje je bilo starije od 60 godina, te se primaju novi specijalizanti: dr Žaklina Savić Mitić – 2009, dr Ivan Čikarić i dr Mladen Jolić – 2010., i dr Maja Cukić – 2012.

Ključne reči: ginekološko-akušerska služba Zaječar, istorijat, lekari

ORLEANKA SRPSKE MEDICINE, DR DRAGINJA DRAGA LJOŠIĆ MILOŠEVIĆ

Brakočević D, Jovanović M.
DOM ZDRAVLJA "VRAČAR"

Ova izuzetna žena borac posle završene Više ženske škole 1871 godine u Beogradu i jedne godine prirodnjačke škole na Velikoj školi završava medicinu u Cirihu 1879.

Takođe u tom periodu (1876-1878) kao student sa činom sanitetskog poručnika učestvuje u srpsko-turskim ratovima nesebično se dajući znanjem i srcem kako to toplo i hrabro žena zna.

Po dolasku u Beograd i ako četvrta žena lekar u Evropi, ne dobija zasluženno mesto po obrazovanju. Naprotiv, ona polaže pred komisijom sastavljenom od eminentnih lekara državni ispit da bi joj se dozvolila lekarska praksa.

Njen život gledam kao umetnost pionira među nama ženama lekarima i čast mi je nazvati se njenom kolegicom. Njoj se odobrava bavljenje lekarskom praksom ali ne i u državnim bolnicama i ako tad u Srbiji postoji samo 79 lekara i to uglavnom stranaca. Ni to ovu divnu kolegicu ne sprečava da obavlja svoj posao u ordinaciji koja se nalazi u kući njenog brata Đure u Jevremovoj ulici. Velike borbe za svoje mesto kao i za zdravlje pacijenata ostavljaju trag i na zdravlje dr Drage, ali posle odlaska u sanatorijum na Krim bivaju sanirane njene promene na plućima i ona se vraća svom poslu i svojoj zemlji. Takođe se ostvaruje i kao supruga našeg poznatog revolucionara Arandela Raše Miloševića, a i kao majka petoro dece, od kojih i njena ćerka Radmila Milošević takođe završava medicinu 1911, takođe u Cirihu. Ova divna doktorka, supruga, majka i prijatelj postaje i prva žena član SLD-a, kao i osnivač 1904 Materinskog udruženja čiji je zadatak smanjiti smrtnost odojčadi i zbrinuti odbačenu decu. U ratovima se zaboravljala njena polna pripadnost i vodila je i više bolnica ali u mirnodopskim uslovima njena molba ministru zdravlja za ravnopravnost sa kolegama rezultirala je otkazom iz državne službe. U to doba je mnogo veća umetnost nego danas bila biti doktor, supruga, majka, prijatelj a ne oštetiti ni sebe ni svoju porodicu. Život Drage Ljošić ugasio se 5. novembra 1926. godine. Umrula je u svojoj porodičnoj kući na Topčiderskom brdu, sahranjena na Novom groblju, uz dostojan isprcaj mnogih Beograđana.

Sa njom nije prestala umetnost naših žena lekara da se utopimo i uklopimo u profesiju za koju se danas u dvadeset prvom veku misli da bolje i savesnije rade muškarci i u mnogim zemljama naše planete imaju veće plate samo zbog polne pripadnosti.

ESTETIKA KAO FUNKCIJA U MEDICINI

Ljubomir Panajotović (1), Marko Panajotović (2), Rade Panajotović (2)

(1) EVROPSKI UNIVERZITET, BEOGRAD, (2) MEDICINSKI FAKULTET UNIVERZITETA U BEOGRADU

Forma prati funkciju, rekao je pre mnogo godina Frank Lloyd Wright, veliki američki arhitekta. Lepi zubi i prirodan osmeh su sigurno jedan od najvažnijih činilaca pri formiranju opšteg utiska o nekome. Uredna frizura, čista koža, pravilne crte lica, mladalački izgled uz uglađeno ponašanje i prikladnu odeću čine osobu privlačnom i u privatnom i u poslovnom smislu. Nadoknađivanje izgubljenih zuba, lečenje i popravljavanje postojećih, korekcija nosa i pregrade, operacija opuštenih kapaka i klempavih ušiju, peglanje bora filerima, Botoxom i liftingom, podizanje dojki i zatezanje trbušnog zida spadaju u široko područje estetske hirurgije (medicine). Prema Ser Haroldu Gilisu rekonstruktivna hirurgija ima za cilj restauraciju onoga što je Bog kreirao, a estetska je pokušaj da se prevaziđe božje delo. Drugi za estetsku hirurgiju tvrde da "to nije hirurgija za održavanje života i zdravlja", da je to "psihijatrija sa nožem", "hirurgija koja podstiče ljudsku taštinu", ali i "koja poboljšava kvalitet života". Sve ovo implicira negativne stavove o hirurgiji iz estetskog razloga (estetskoj hirurgiji) i stavlja je u rang manje važne hirurške delatnosti. Nepodeljeno je mišljenje da sve operacije iz domena plastične hirurgije nose u sebi elemente estetike. Ali, mišljenje da ljudska taština daje indikaciju za hirurgiju inicira negativan odnos prema njoj. Može li se uvek razgraničiti funkcionalna (rekonstruktivna) od estetske hirurgije? I funkcionalna od estetske potrebe? Operacija urođenog rasepa usne i nepca, operacije kraniofacijalnih dizostoza, redukcija dojki koje opterećuju kičmu svojom težinom, rekonstrukcija dojke posle mastektomije, abdominoplastika sa hernioplastikom, pa čak i vaginoplastika kod agenezije, u osnovi ili velikim delom imaju zadatak korekcije

forme, odn. estetike, ali i neke druge funkcije. Tvrdnja teoretičara estetike da je osobenost estetske funkcije u tome što ona „nema nikakav konkretan cilj, nije usmerena na izvršavanje bilo kakvog praktičnog zadatka, već samo izazivanje estetskog zadovoljstva“ i da se ona „pre svega vezuje za formu stvari ili čina“ (Makaržovsky) se u navedenim slučajevima ne može prihvatiti. Svaki pokušaj da se odvoji estetika od funkcije u hirurgiji postje apsurdan. Sud po kome je nešto lepo je paradigma estetskom sudu o ukusu. Međutim, i pored postojanja nekih (univerzalnih) standarda ukusa, ne može se izbeći mišljenje da su sudovi o lepom bazirani na subjektivnim osećanjima zadovoljstva, opažajnog, ali i svakog drugog. Pacijentkinja kojoj je učinjena estetska korekcija nosa, nezadovoljna, tuži doktore. Nije zadovoljna izgledom nosa jer je očekivala da će posle operacije naći bračnog partnera, dobiti (bolji) posao, rešiti socijalni status itd. A nije. Đakon koji traži da mu se nadoknade prva tri amputirana prsta desne šake kako bi vršio sveštenu funkciju. Čovek koji zahteva uvećanje nosa ne bi li izgledao muževnije. Brojni zahtevi za uvećanjem muškog polnog organa, motivisani su istom potrebom. Zahtevi za promenom pola, identiteta imaju, takođe, svoju motivaciju. Ima li u ovim slučajevima estetika „konkretan cilj“? Svakako da. I, to je ono što je čini funkcijom. Možemo tvrditi da forma, odnosno estetika „per se“ ima ulogu funkcije, dakle, da je estetika funkcija. Ne samo radi postizanja ličnog zadovoljstva pacijenta, već i kao faktor u ostvarivanju određenih ciljeva i potreba.

Ključne reči: estetika, funkcija, estetska hirurgija

E-mail: panajotovic@gmail.com

ŽIVOT I DELO DR HAKARU HASHIMOTA

Nebojša Paunković, Džejn Paunković, Milijana Jakovljević
POLIKLINIKA "PUNKOVIĆ", ZAJEČAR

Uvod: Hashimoto tireoiditis (HT), vrlo česta bolest štitaste žlezde, sada je poznata kao autoimuno tireoidne oboljenje. Međutim vrlo malo se zna o njenom pronalazaču, čoveku koji ju je prvi opisao. On je prikazao četiri pacijenta sa hroničnim oboljenjem štitnjače, koje je nazvao struma lymphomatosa, a karakterisalo se difuznom limfocitnom infiltracijom sa prisustvom germinativnih centara, sa atrofijom parenhima i eozinofilnim promenama u pojedinim folikularnim ćelijama. Otkriće Hashimotovog tireoiditisa: Dr Hakaru Hashimoto rođen je u Japanu 1881 godine. Posle završetka studija započeo je staž u Hirurškoj klinici u Fukuoki. Profesor Miyake, šef odeljenja obučio je dr Hashimota i u tehnici pravljenja mikroskopskih preparata štitaste žlezde. Par godina kasnije, on je izučavao patologiju po rukovodstvu prof Eduarda Kaufmana, u Getingenu, Nemačka. Tamo je objavio rad pod naslovom Zur Kenntnis der lymphomatösen Veränderung der Schilddrüse (Struma lymphomatosa) u Arhivu za kliničku hirurgiju, u Berlinu, 1912:97:219-248.. Hashimotova glimfomatозна struma bila je ignorisana sve do 1931 godine kada je Allen Graham iz Klivlenda objavio svoje slučajeve ove bolesti i kada je insistirao da je Hashimoto prvi otkrio tu bolest i tražio je da se nazove prema njemu. Hakaru Hashimoto se po izbijanju Prvog svetskog rata vratio iz Nemačke u Japan 1916 gde otvara praksu. Umro je od trbušnog tifusa 1934 u 53 godini života.

Ključne reči: struma lymphomatosa, Hashimoto thyroiditis, autoimuna thireoidna bolest

Naziv sesije
KAZUISTIKA
Usmene prezentacije

ANOMALNI ODPSTUP LEVE KORONARNE ARTERIJE – PRIKAZ SLUČAJA

Vladimir Mitov (1), Milan Nikolić (1), Ana Zlatković (2), Marko Dimitrijević (1), Aleksandar Jolić (1), Dragana Adamović (1)

(1) ODELJENJE INVAZIVNE KARDIOLOGIJE ZC ZAJEČAR, (2) INTERNO ODELJENJE ZC KNJAŽEVAC

Cilj rada je prikaz slučaja anomalnog odstupa leve koronarne arterije kod bolesnika sa akutnim koronarnim sindromom. Materijal i metode: Pacijent B.Lj. star 46 godina, upućen iz Zdravstvenog centra Kladovo na rescue PCI u Zdravstveni centar Zaječar zbog reinfarka miokarda, a 24h nakon uspešne fibrinolitičke terapije. Odmah po prijemu urađena je koronarografija. Prikaz slučaja: EKG na prijemu: sinusni ritam, levogram, fr 110/min, QS sa elevacijom ST segmenata do 1mm u D2,D3,aVF, do 1mm u V5-6 i depresijom ST segmenata u D1, aVL. Na koronarografiji pokušana kanulacija leve koronarne arterije, bez uspeha. Kanulacijom desnog koronarnog sinusa viđeno je kratko „glavno stablo“ od koga se odvaja RCA i Cx. RCA je u medijalnom segmentu sužena 99% (culprit lezija). Semiselektivno je gajding kateterom slikana Cx od koje se odvaja LAD. Na mestu odvajanja Cx i LAD viđena je stenozna od 90%. S obzirom na postojeći anomalni odstup leve koronarne arterije iz RCA a postojanja TIMI 1-2 protoka distalno od culprita lezije, odustalo se od pokušaja PCI na RCA, te je pacijent upućen na hitnu kardiohiruršku intervenciju u tercijernu zdravstvenu ustanovu. Zaključak: Anatomske anomalije koronarnih arterija iako nisu česte, mogu biti dijagnostički i terapijski izazov u svakodnevnom kliničkom radu, a poseban problem predstavljaju u lečenju pacijenata sa akutnim koronarnim sindromom.

Ključne reči: Anomalni odstup koronarnih arterija, Culprit lezija, AKS, PCI

TRANZITORNA ISHEMIJSKA DILATACIJA LEVE KOMORE U PERFUZIONOJ SCINTIGRAFIJI MIOKARDA KAO MARKER VIŠESUDOVNE KORONARNE BOLESTI - PRIKAZ SLUČAJA

Vladimir Mitov (1), Ana Zlatković (2), Marko Dimitrijević (1), Milan Nikolić (1), Aleksandar Jolić (1), Dragana Adamović (1)

(1) ODELJENJE INVAZIVNE KARDIOLOGIJE ZC ZAJEČAR, (2) INTERNO ODELJENJE ZC KNJAŽEVAC

CILJ rada je prikaz tranzitorne ishemijske dilatacije leve komore dobijen Perfuzionom scintigrafijom miokarda kao neinvazivni dijagnostički marker višesudovne koronarne bolesti. MATERIJAL I METODOLOGIJA: Prikaz slučaja iz Odeljenja invazivne kardiologije u Zaječaru kod pacijenta M.Đ. muškog pola, starosti 57 godina kod koga je sprovedena neinvazivna i invazivna kardiološka obrada prema dijagnostičkom algoritmu pacijenata sa stabilnom anginom pectoris. PRIKAZ SLUČAJA: Pacijent se prvi put javlja na pregled u internističku službu u Zaječaru zbog bola u grudima po tipu stenokardije. U odnosu na pol, starost i karakteristike bola procenjena je pretest verovatnoća za postojanje koronarne bolesti 20 %. Prema pretest verovatnoći sprovedena je neinvazivna dijagnostička obrada. ERGO test je bio pozitivan za značajnu koronarnu bolest. Posttest verovatnoća je bila 50%, zbog čega je urađena Perfuziona scintigrafija miokarda (PSM): reverzibilni perfuzioni defekt prednjeg zida i septuma u apikalnim i midventrikularnim segmentima, SSS 37, SRS 22, SDS 15 sa prisutnom tranzitornom ishemijskom dilatacijom leve komore. Na Ehokardiografiji koja je obavljena pre PSM nađene su normalne dimenzije leve komore. Na osnovu nalaza PSM sprovedena je selektivna koronarografija kojom je otkrivena stenozna na proksimalnoj LAD 80% i proksimalnoj Cx 80%. ZAKLJUČAK: Tranzitorna ishemijska dilatacija leve komore dobijena Perfuzionom

scintigrafijom miokarda predstavlja pouzdan neinvazivni dijagnostički marker za otkrivanje višesudovne koronarne bolesti.

Ključne reči: Tranzitorna ishemijska dilatacija leve komore, Perfuziona scintigrafija miokarda, Koronarna bolest

OBEZBEĐENJE VAZDUŠNOG PUTA TRAHEOTOMIJOM U TOKU KPCR NA TERENU – PRIKAZ SLUČAJA

Miljan Jović (1), Ljiljana Jović (2), Vladimir Mitov (3), Davor Mladenović (4), Dragana Sotirović (5), Tanja Stefanović (1), Žanko Đurić (1)

(1) SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, DOM ZDRAVLJA ZAJEČAR, (2) SLUŽBA NEUROLOGIJE, OPŠTA BOLNICA ZAJEČAR, (3) INTERNISTIČKA SLUŽBA, OPŠTA BOLNICA ZAJEČAR, (4) SLUŽBA PATOLOGIJE, OPŠTA BOLNICA ZAJEČAR, (5) SLUŽBA ANESTEZIJE SA REANIMACIJOM OPŠTA BOLNICA ZAJEČAR,

Kardopulmocerebralna reanimacija u prehospitalnim uslovima predstavlja poseban izazov za svakog ko je izvodi. Iskustvo/neiskustvo, komunikacija unutar ekipe, utreniranost ekipe, pritisak okoline, dostupnost i iskorišćenost opreme, složenost situacije, povoljan/nepovoljan tok reanimacije samo su neki od mnogobrojnih faktora koji zaokupljaju reanimatora u tim kritičnim momentima. Stoga je izuzetno važno biti maksimalno koncentrisan na važeće protokole u reanimaciji. Jedan od ključnih uslova za uspeh reanimacije je pravovremeno i uspešno obezbeđivanje disajnog puta. Zlatni standard u ovom segmentu reanimacije je endotrahealna intubacija. Ali šta ako je intubaciju nemoguće (iz nekog razloga) izvesti?

PRIKAZ SLUČAJA: 13.01.2014. u 16:09h primljen je poziv "žena se guši i gubi svest". U 16:14h na licu mesta zatičemo ženu bez svesti, disanja i pulsa. Na monitoru defibrilatora asistolija. Započeta KPCR po odgovarajućem protokolu. Pri pokušaju intubacije u usnoj duplji se uočava velika tumorozna masa, inkapsulirana, na širokoj peteljci, koja dominira vidnim poljem i kompletno zatvara larinks. Bezuspešni su pokušaji endotranealne intubacije (3 pokušaja sa vodičem). Plasiranje orofaringealnog tubusa je takođe otežano, jer tubus nailazi na otpor pri plasiranju i biva potisnut van trahee. Iz istog razloga se ne može plasirati ni laringealna maska. Donešena je odluka da se disajni put obezbedi traheotomijom. Pošto nismo raspolagali odgovarajućim setom, čak ni skalpelom, traheotomija (krikotoroidektomija) je izvedena kuhinjskim nožem. Zbog toga je i rez učinjen poprečno, u nivou krikoidne membrane. Po presecanju kože i potkožnog tkiva, vrhom noža probijena je krikoidna membrana. Aspirira se oko 10ml krvi. Vrh šprica (ne može se plasirati ET tubus) se plasira u otvor i tada se započinje sa uspešnom ventilacijom, po principima JET ventilacije. Nastavlja se sa protokolom za asistoliju i dobija se idioventrikularni ritam, oko 90/min. Odlučujemo se za brzi transport uz nastavak reanimativnih postupaka. U bolnici je anesteziolog plasirao manji (dečiji) ET tubus kroz napravljeni otvor, ali i pored nastavljenih mera reanimacije, pacijentkinja je preminula.

DISKUSIJA: Čuvana floskula da su „posle bitke svi generali pametni“ i ovde ne gubi na svom značaju. I ne samo generali – i vojnici koji su ratovali (i preživeli) pametniji su posle bitke. Zašto traheotomija nije odmah bila metoda izbora (bez gubljenja dragocenog vremena na neuspešne pokušaje ET intubacije), nakon uočavanja prepreke u disajnom putu? Zašto skalpel ili set za KT punkciju nije dostupan? Zašto nije bio dostupan ET tubus manje veličine od standardnih? Itd... No, s druge strane, koliko god bilo pitanja koja opterećuju savest, možemo reći da je pokušano i izvedeno sve što je u datim okolnostima bilo moguće izvesti u cilju spašavanja života.

ZAKLJUČAK: Iako je osoblje prehospitalnih i hospitalnih jedinica urgentne medicine u svom poslu prilično često primorano da improvizuje i radi u skoro nemogućim uslovima, nameće se zaključak da, ma koliko improvizacija bila nametnuta kao put do rešenja, opremanje setovima za krikoidnu punkciju, i adekvatna edukacija su bitan činilac u podizanju spremnosti ekipa. Naravno, dobro poznavanje osnovnih i alternativnih metoda rešavanja disajnog puta, ali i poznavanje algoritama reanimacije će umnogome poboljšati rad, smanjiti mogućnost greške i – kao krajnji cilj – povećati uspeh u radu, što je i osnovna premisa postojanja urgentne medicine.

E-mail: miljan.jovic@gmail.com

RANO OTKRIVANJE I EHOKARDIOGRAFSKA EVALUACIJA STRANIH MASA U SRCU SA PRIKAZOM SLUČAJA RANOG OTKRIVANJA MIKSOMA LEVE PRETKOMORE DIJAGNOSTIKOVANOG U INTERNISTIČKOJ ORDINACIJI DR BASTAĆ

Dušan Bastać

PRIVATNA INTERNISTIČKA ORDINACIJA „DR BASTAĆ“, ZAJEČAR

UVOD: U strane mase srca spadaju trombotske mase, vegetacije na valvulama i tumori srca. Miksomi srca su najčešće strane mase u srcu i čine 30-42% od svih tumora srca. 86% miksoma potiče iz leve pretkomore, redje iz desne pretkomore i u 90% slučajeva su solitarni. Kardijalni miksomi produkuju širok spektar sistemskih simptoma kao što su kaheksija, temperatura, artraligije, Raynaud fenomen, rush i epizodično bizarno ponašanje zbog visoke produkcije Interelukina-6 od strane tumora, pa imitira autoimuno oboljenje. Komplikacije su najčešće embolijski fenomeni. Auskultacijom se otkriva često holosistolni ili dijastolni šum. Ehokardiografija je visoko senzitivna metoda za preoperativnu dijagnozu, ona otkriva stranu masu na peteljci i može da je razlikuje od tromba. Ehokardiografski tumor se deli u četiri klase zavisno od veličine i prolabiranja. Tumor je okruglog ili ovalnog oblika, glatkih ili nazubljnih ivica, heterogene sitnozrnaste ehostrukture, nekad sa anehogenim zonama –cistična degeneracija. Tumor na peteljci koji polazi od interatrijalnog septuma leve pretkomore obično prolabira kroz mitralno ušće i pravi hemodinamski značajnu mitralnu stenozu. Miksomi desne pretkomore mogu delom da prolabira kroz trikuspidno ušće i pravi hemodinamski značajnu trikuspidnu stenozu.

CILJ: Naglasiti neophodnost rane dijagnoze tumora srca, gde je najvažniji element visok stepen kliničke suspekcije a ehokardiografija dijagnostička metoda izbora, transtorakalnim ili transezofagealnim putem.

METODE I REZULTATI: Bolesnik, muškarac, 63 godine dolazi zbog mučnine, povremeno oseća nelagodnost u grudima više kao preskakanje srca, u radu ne primećuje tegobe, ali se više zamara. Krvni pritisak je povišen, max mereni TA 160/105mmHg. Unazad šest meseci se leči od hipertenzije sa terapijom: Lizinopril 20 mg 1x1 ujutru, Amlodipin 10 mg 1x1, Aspirin 100 mg 1x1. Porodična anamneza: otac je bolovao od hipertenzije. Klinički pregled-COR: Fr 58 / min, tonovi jasni, ritam nepravilan, retke ekstrasistole, bez šumova. Ostali fizikalni nalaz uredan. EKG: sinusni ritma bez promena u ST segmentu, arrhythmia extrasystolica ventricularis –retke ventrikularne ekstrasistole. Ehokardiografski se nalazi dilatirana leva pretkomora sa, stranom pokretnom masom na peteljci nepravilno kružnog oblika, ehoheterogene, sitnozrnaste, više hiperehogene strukture, koja je vezana uz intraartijalni septum, Dijametri mase su u dugoj osovini 23 mm x 22 mm a parasternalni presek 26 mm x 21 mm. Masa je vidljiva iz tri ehokardiografske ravni uz mitralnu regurgitaciju MR 2+ na Doppleru. Leva komora dilatirana sa hipertrofijom miokarda i sa očuvanom globalnom sistolnom funkcijom-ejekciona frakcija leve komore-EF= 56%. Parametri dijastolne funkcije: oštećena relaksacija, E/E' odnos 13.1 graničan.

ZAKLJUČAK: Myxoma atrii sinistri, potvrđen postoperativno patohistološkim nalazom, velicine 2,6cm x 2,1cm x 2.3cm je rano otkriven zahvaljujući ehokardiografiji a zbog indikacije evaluacije hipertrofije miokarda i ventrikularne aritmije. Bolesnik je ubrzo, posle 5 meseci uspešno operisan bez komplikacija i na kontrolnom ehokardiografskom pregledu nema recidiva uz redukciju dilatacije leve pretkomore. Činjenica da je većina miksoma operabilna nalaže neophodnost rane dijagnoze, gde je najvažniji element visok stepen kliničke suspekcije i rutinska upotreba ehokardiografije kod svih bolesnika sa hipertenzijom, aritmijama i šumom na srcu i nejasnim tegobama.

E-mail: dbastac@open.telekom.rs

AKUTNI KORONARNI SINDROM IZAZVAN BRIDGE-OM PREDNJE DESCEDENTNE ARTERIJE - PRIKAZ SLUČAJA

Vladimir Mitov (1), Marko Dimitrijević (1), Ana Zlatković (2), Milan Nikolić (1), Aleksandar Jolić (1), Dragana Adamović (1)

(1) ODELJENJE INVAZIVNE KARDIOLOGIJE ZC ZAJEČAR, (2) INTERNO ODELJENJE ZC KNJAŽEVAC

CILJ: rada je prikaz pacijenta sa akutnim koronarnim sindromom koji je izazvan bridge-om prednje descendentne arterije.

MATERIJAL I METODOLOGIJA: Prikaz slučaja pacijenta iz Koronarne jedinice ZC u Zaječaru koji je u period od 07-15.09.2014. godine, lečen zbog akutnog koronarnog sindroma (AKS). Pacijent Z.S. starosti 56 godina, ženskog pola. **PRIKAZ SLUČAJA:** Pacijent je hospitalizovan po prvi put zbog bola u grudima. EKG na prijemu: atrijalna fibrilacija, fr: 95/min, slika bloka leve grane sa rS u V1-4 I ST elevacijama od 2-5mm u odvodima V1-5. Nakon prijema sprovedena je terapija AKS ali bez fibrinolize, odlukom dežurnog lekara. Nakon terapije dolazi do prestanka bola i vraćanja ST promena na izoelektričnu liniju, sa novonastalom redukcijom R zupca u V5-6 i pojavom QS formacije u V5. Urađena je Ehokardiografija na kojoj je uočena hipertrofija leve komore kao I hipokinezija distalne polovine septuma, vrha distalne trećine lateralnog zida leve komore. Prvi Troponin I bio je 3,05ng/ml, sutradan 19,8 ng/ml. S obzirom na vrednosti Troponina, viđenih poremećaja segmentne kinetike leve komore kao i dinamike promena ST segmenata na EKG-u, urađena je koronarografija. Nalaz: na koronarnim arterijama bez stenozna i znakova ateroskleroze, viđen bridge medijalnog dela LAD.

ZAKLJUČAK: U dijagnostici i terapiji pacijenata sa tipičnim akutnim koronarnim sindromom, pored ateroskleroze treba misliti i na atipične uzročnike okluzije, kao što je bridge koronarnih arterija.

Ključne reči: Akutni koronarni sindrom, Bridge koronarne arterije.

MALIGNI MELANOM UTERUSA, CERVIXSA I JAJNIKA - PRIKAZ SLUČAJA

Stojanović I. (1), Mladenović D. (2), Stojnev S. (1)

(1) KLINICKI CENTAR NIS, CENTAR ZA PATOLOGIJU, (2) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJECAR

UVOD: Maligni melanomi genitalnog sistema, bilo primarni ili metastatski, ekstremno su retki tumori i dijagnostički su veliki izazov. Javlja se kod žena u reproduktivnom periodu. Smatra se da se javljaju na ovoj lokalizaciji u 1,6% na milion žena, agresivno se ponašaju i imaju lošu prognozu. Primarno, melanomi mogu da nastanu u genitalnom sistemu, ali ukoliko postoji podatak o malignom melanomu kože, genitalna lokalizacija se smatra metastazom. Maligni melanomi ove lokalizacije metastaziraju u abdominane limfne žlezde, mozak, pluća, vratne i ostale limfne žlezde.

CILJ: Cilj rada je prikaz malignog melanoma u jajniku, cerviksu i uterusu kod žene koja je šest meseci pre ove dijagnoze imala dijagnozu malignog melanoma kože poglavine, pa se genitalna lokalizacija smatra metastatskom promenom.

MATERIJAL I METODI RADA: Pacijentkinji staroj 42 godine, sa nepravilnim vaginalnim krvarenjima, ginekolog je uradio biopsija grlića i kiretažu materice i materijali su poslani na histopatološki pregled. Na uputnoj listi je naveden podatak o malignom melanomu poglavine odstranjenom pre šest meseci. Biopsija grlića i materice je pokazala maligni proces koji je fokalno pokazivao područja koja su sadržala mrkobraonkasti pigment. Imunohistohemijska bojenja na S-100, HMB 45, Melan A su bila pozitivna pa je zbog dijagnoze malignog melanoma urađena histerektomija sa obostranom adneksektomijom, i odstranjene su obostrano ingvinalne limfne žlezde.

REZULTATI: U tkivu jednog jajnika, cerviksa i korpusa uterusa bile su prisutne plaže malignog melanoma sa poljima nekroze. Čelije su epitelioidnog i fuziformnog tipa, pigmentacija oskudna, a broj mitoza 8/mm². U limfnim žlezdama maligni proces nije bio prisutan.

ZAKLJUČAK: Kod žena sa dijagnozom malignog melanoma kože, u slučaju pojave nepravilnih vaginalnih krvarenja treba pomisliti na mogućnost metastaze malignog melanoma. Zbog veoma loše prognoze malignog melanoma genitalne lokalizacije veoma je važno hirurški odstraniti tumor, a zatim primeniti i ostale terapijske metode. Negativan status limfnih žlezdi i odsustvo limfnovaskularne invazije su odlični prognostički faktori.

Ključne reči: maligni melanom uterusa, maligni melanom cerviksa, maligni melanom ovarijuma

E-mail: ivana.stankovic1509@gmail.com

NEUROKUTANI SINDROMI U DESETOGODIŠNJEM PERIODU U ZAJEČARU

Vasić B. (1), Jelenković B. (2), Jovanović Lj. (2), Vlajić E. (3)

(1) DEČJI DISPANZER, ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR (2) PEDIJATRIJSKA SLUŽBA, ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR (3) NEUROLOŠKA SLUŽBA, ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR,

UVOD: Neurokutani sindromi (phakomatosis) čine heterogenu grupu urođenih, naslednih oboljenja. Oni predstavljaju grupu poremećaja centralnog nervnog sistema povezanih sa lezijama na koži, očima i eventualno drugim unutrašnjim organima. Postoji tendencija ka razvoju tumora koji su po svojoj prirodi najčešće benigni, ali mogu biti i maligni. Uzrok ovih poremećaja je u vezi sa poremećajem funkcije tumor supresorskih gena. Najčešća su četiri neurokutana sindroma: neurofibromatoza, tuberozna skleroza, Von Hippel-Lindau sindrom i Sturge-Weberov sindrom. Za dijagnozu je potrebna klinička verifikacija promena, NMR i zadovoljavanje major i minor kriterijuma.

CILJ: Prikaz tri deteta u desetogodišnjem periodu, kod kojih su dokazani neurokutani sindromi.

MATERIJAL I METODI RADA: Korišćeni su podaci iz dostupne medicinske dokumentacije izabranog lekara, uz saglasnost roditelja ili staratelja. Tokom deset godina otkrivena su tri slučaja neurokutanih sindroma: dvoje dece sa neurofibromatozom tip 1, jedno dete sa tuberoznom sklerozom.

REZULTATI: U periodu od januara 2004. godine do decembra 2013. godine u Zaječaru je rođeno 4539 dece i kod troje je postavljena dijagnoza neurokutanih sindroma, dvoje dece sa neurofibromatozom tip 1 (učestalost 1: 2270), a kod jednog deteta tuberozna skleroza (TS) (učestalost 1 : 4539). Dijagnoza je postavljena na osnovu kliničkog pregleda i učinjene nuklearne magnetne rezonance (NMR), uz poštovanje major i minor znakova za sindrom. Jedan pacijent je otkriven tokom sistematskog pregleda, bez tegoba, a kod dvoje druge dece kožne promene udružene sa epileptičnim napadima su bile polazne osnove za dodatnu dijagnostiku. Svima je učinjen EEG i redovno su kontrolisani.

ZAKLJUČAK: Neurokutani sindromi čine heterogenu grupu urođenih, naslednih oboljenja. Oboljenja mogu dovesti do brojnih komplikacija i do ranog letaliteta. Prevencija komplikacija neurokutanih sindroma se sastoji u detekciji presimptomatskih osoba i u primeni metoda prenatalne dijagnostike. Pristup osobama sa neurokutanim sindromima je multidisciplinarnan

Ključne reči: Neurokutani sindromi, Neurofibromatoza, Tuberozna skleroza

E-mail: vasic7@open.telekom.rs

DUKTALNIKARCINOM DOJKE I NON-HODGKIN „MANTLE CELL” LIMFOM DIJAGNOSTIKOVANI KOD ISTE PACIJENTKINJE- “DUPLIX TUMOR”- PRIKAZ SLUČAJA

Davor Mladenović (1), Ivana Stojanović (2), Tihomir Kostić (3)

(1) SLUŽBA ZA PATOLOGIJU ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (2) CENTAR ZA PATOLOGIJU KLINIČKI CENTAR NIŠ, (3) HIRURŠKO ODELJENJE ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

CILJ RADA: Prikaz izuzetno retkog slučaja „duplex tumora“-duktalnog karcinoma dojke i „mantle cell“ non-Hodgkin limfoma kod pacijentkinje stare 76 godina.

MATERIJAL I METODE: Ex-tempore intraoperativna dijagnostika operativnih preparata, analiza isečaka tumora sa parafinskih kalupa, analiza medicinske dokumentacije sa odeljenja hirurgije ZC Zaječar, onkoloških konzilijuma i Instituta za patologiju.

REZULTATI: Pacijentkinja se javila hirurgu zbog palpabilne tumorske mase u desnoj dojci. Hirurg i radiolog konstatuju uvećane limfne noduse pre operacije. Intraoperativna dijagnoza-maligno. Nakon mastektomije i disekcije aksile dijagnoze su bile: Carcinoma ductale invasivum mammae dextrae, Elston grade 2, i Lymphoma Hodgkin. Nakon imunohistohemijske analize urađene dijagnoza je glasila: Carcinoma ductale invasivum mammae i Mantle cell lymphoma non Hodgkin.

ZAKLJUČAK: Redak slučaj koji se ne spominje u literaturi, i ujedno veliki izazov za onkologe zbog suženih terapijskih mogućnosti.

Naziv sesije
JAVNOM ZDRAVLJE. KAZUISTIKA
Poster prezentacije

STEPEN ŽIVOTNOG ZADOVOLJSTVA STUDENATA U NIŠU I KOSOVSKOJ MITROVICI

Nakić M. (1), Mihajlović N. (2), Dinev V. (1), Nakić A. (1), Filipović S. (3)

(1) DOM ZDRAVLJA VRANJE, (2) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (3) DOM ZDRAVLJA ŽITORAĐA

UVOD: Životno zadovoljstvo i osećaj sreće ključni su pokazatelji subjektivne dobrobiti (Diener & Seligman).

CILJ: Osnovni cilj rada bio je da se utvrde eventualne razlike u stepenu životnog zadovoljstva između studenata u Kosovskoj Mitrovici i Nišu.

MATERIJAL I METODI RADA: Istraživanjem smo obuhvatili 167 studenata oba pola, 90 ispitanika iz Kosovske Mitrovice, dok 77 ispitivanih studira na Univerzitetu u Nišu. Koristili smo standardizovanu Diener-ovu skalu (anketa) koja meri životno zadovoljstvo kao proces kognitivnog prosuđivanja. Anketni listić popunjava se samostalno. Sastoji se od pet tvrdnji u odnosu na koje se ispitanik izjašnjava vrednovanjem pomoću skale sa sedam tačaka, u rasponu od jasnog neslaganja do jasnog slaganja. Za obradu podataka koristili smo IBM SPSS Statistics 21.0. T-testom nezavisnih uzoraka upoređen je stepen životnog zadovoljstva studenata na dva univerziteta, dok je uticaj pola i starosti studenata na stepen životnog zadovoljstva istražen dvofaktorskom analizom varijanse. Studenti su podeljeni u tri starosne grupe (grupa 1: do 21 godine; grupa 2: 22-26 godina i grupa 3: 27 i više godina).

REZULTATI: Pokazali smo da postoji statistički značajna razlika u stepenu životnog zadovoljstva između ispitanika koji studiraju u Kosovskoj Mitrovici ($M=19,82$, $SD=4,893$) i Nišu ($M=24,17$, $SD=4,689$); $t(165)=5,833$, $p=0,00$. Utvrđen je veliki uticaj sredine na stepen životnog zadovoljstva studenata (eta kvadrat=0,171). Uticaj interakcije između pola i starosne grupe nije bio statistički značajan, $F(2,161)=1,03$, $p=0,36$. Utvrđen je statistički značajan zaseban uticaj starosti studenata $F(2,161)=13,22$, $p=0,00$. Ovaj uticaj je veliki (parcijalni eta kvadrat=0,14). Naknadna poređenja pomoću Tukeyjevog HSD testa pokazuju da se srednja vrednost rezultata u starosnoj grupi do 21 godine ($M=23,68$, $SD=4,69$) značajno razlikuje od one u grupi od 22 do 26 godina ($M=19,95$, $SD=5,51$) i one od 27 i više godina ($M=19,33$, $SD=5,48$). Starosna grupa 22-26 godina ne razlikuje se značajno od grupe 27+ godina. Zaseban uticaj pola, $F(1,161)=2,19$, $p=0,14$, nije dosegao statističku značajnost. Posmatrajući izolovano žensku populaciju, zabeležen je statistički značajan pad vrednosti posmatranog obeležja, počev od grupe do 21 godine ($M=23,52$, $SD=4,63$), preko grupe 22-26 godina ($M=19,96$, $SD=5,05$), do grupe 27+ ($M=17,00$, $SD=2,52$). I kod muškaraca zabeležen je najviši stepen životnog zadovoljstva u grupi najmlađih studenata ($M=24,04$, $SD=4,88$), dok između grupe 22-26 godina ($M=19,94$, $SD=5,13$) i grupe 27+ ($M=20,82$, $SD=6,4$) nije utvrđena značajna razlika. ZAKLJUČAK: Možemo tvrditi da su studenti Univerziteta u Nišu značajno zadovoljniji životom od svojih kolega iz Kosovske Mitrovice, kao i da ne postoje velike razlike u posmatranom obeležju između polova. Najzadovoljniji su najmlađi studenti oba pola, dok su najmanje zadovoljne studentkinje sa 27 i više godina. Dobijeni podaci otvaraju niz drugih tema, na prvom mestu neophodnost sagledavanja ukupnih socio-ekonomskih prilika okruženja u kom žive i rade mladi na Kosovu. Posebno zabrinjava porast životnog nezadovoljstva u ženskoj populaciji tokom studija, kao još jedan od razloga za sumnju u ravnopravnost žena u društvu.

Ključne reči: životno zadovoljstvo, osećaj sreće, studenti

E-mail: indigotin2000@yahoo.co.uk

ZAŠTO MLADI ZAPOČINJU DA PUŠE?

Stanimirov B. (1), Repac V. (2), Lukić I. (3)

(1) DOM ZDRAVLJA NOVI SAD, (2) DOM ZDRAVLJA ŽITIŠTE, (3) PRIVATNA SPORTSKA ORDINACIJA SPORTREHAMEDICA ZRENJANIN

UVOD: Početak pušenja u najvećoj meri vezuje se za socijalno prihvatljiv tip zavisnosti. Kod mladih raširenost pušenja u Srbiji uzrasta od 15 do 19 godina, iznosi oko 16,28%, kod oba pola u proseku. Ipak, treba imati na umu da su u svakoj zemlji, kao i Srbiji, najveći broj odraslih, mladih a naročito dece su nepušači.

CILJ RADA: Ispitati raširenost pušenja među mladima u osnovnim i srednjim školama na teritoriji grada Novog Sada.

MATERIJAL I METOD RADA: Tim Savetovališta za mlade - Službe za zdravstvenu zaštitu dece Doma zdravlja Novi Sad tokom 2012.-2013 godine, sproveo je grupno zdravstveno - vaspitni rad iz oblasti "Prevencije pušenja" kod novosadskih osnovaca i srednjoškolaca, čime je obuhvaćeno 4518 učenika.

REZULTATI RADA: Na temu "Prevenција pušenja" održano je 190 radionica, 85 predavanja i 54 seminara, čiji je cilj bio da se nauče veštine odupiranja ili odvikavanja od socijalnog pritiska da se usvoji po zdravlje štetno ponašanje kao što je pušenje (veštine „kako reći ne“), što je od višestruke koristi kasnije, u savladavanju različitih vrsta vršnjačkih pritisaka da se prihvate i druga rizična ponašanja.

ZAKLJUČAK: Dobar lični primer odraslih (roditelja, vaspitača, učitelja, profesora, lekara, javnih ličnosti, sportista i dr.) i vršnjačkih autoriteta (braće, sestra, rođaka, prijatelja, popularnih vršnjaka) je preduslov svakom informisanju ili pomoći u usvajanju znanja, stavova i savladavanju veština bitnih za odbijanje prvih eksperimenata, istrajavanje u odbijanju ili odvikavanje od pušenja

Ključne reči: mladi, prevencija, pušenje

E-mail: bonsa@beotel.rs

PREVALENCIA METABOLIČKOG SINDROMA KOD ADOLESCENTKINJA U CRNOJ GORI

Kavarić N. (1), Klisić A. (1), Ivelja B. (2), Injac T. (3)

(1) DOM ZDRAVLJA, PODGORICA, (2) DOM ZDRAVLJA, CETINJE, (3) DOM ZDRAVLJA, NIKŠIĆ

UVOD I CILJ: Metabolički sindrom se smatra značajnim faktorom rizika za nastanak dijabetesa i kardiovaskularnih bolesti i jednim od glavnih javno-zdravstvenih problema u svetu, čija je prevalenca u stalnom porastu. Međutim, u Crnoj Gori nema podataka o metaboličkom sindromu u adolescentnom periodu. Stoga je cilj studije bio da se utvrdi ova prevalenca.

MATERIJAL I METODE: U studiju preseka je uključeno 80 adolescentkinja (starosti 16-19 godina). Glikemija našte i lipidni status su određivani standardnom procedurom, spektrofotometrijski. Antropometrijski parametri (telesna masa, telesna visina, obim struka) i krvni pritisak su mereni, a indeks telesne mase izračunat. Metabolički sindrom je dijagnostikovao prema smernicama Međunarodnog udruženja za dijabetes (kriterijumi za odrasle). Rezultati: Prevalenca metaboličkog sindroma u celoj grupi adolescentkinja je iznosila 12,5%, dok je u grupi pregojaznih/gojaznih iznosila čak 20,0%. Najučestalija komponenta je bila abdominalna gojaznost (52,5 %), potom niske vrednosti HDL-holesterola (35,0%), hipertenzija (sistolna-15,0% i dijastolna-8,7%), hiperglikemija (12,5%) i hipertrigliceridemija-5,0%.

ZAKLJUČAK: Zabeležena je visoka prevalenca metaboličkog sindroma, naročito u grupi predgojaznih/gojaznih adolescentkinja u Crnoj Gori. Centralna gojaznost je bila najučestalija karakteristika, što ukazuje na značaj smanjenja gojaznosti u ovom periodu u cilju prevencije i smanjenja kako metaboličkog sindroma, tako i dijabetesa i kardiovaskularnih bolesti.

Ključne reči: metabolički sindrom, adolescenti, abdominalna gojaznost

E-mail: nenok@t-com.me

POVEZANOST MOKRAĆNE KISELINE SA VISCERALNOM GOJAZNOŠĆU U ADOLESCENTNOJ POPULACIJI

Kavarić N. (1), Klisić A. (1), Injac T. (2), Ivelja B. (3)

(1) DOM ZDRAVLJA, PODGORICA, (2) DOM ZDRAVLJA, NIKŠIĆ, (3) DOM ZDRAVLJA, CETINJE

UVOD I CILJ: Mokraćna kiselina je nezavisan faktor rizika za kardiovaskularne bolesti u adultnoj populaciji, ali mehanizam nije u potpunosti rasvetljen. Stoga je cilj studije bio da se ispita potencijalna povezanost serumske mokraćne kiseline sa antropometrijskim i kardiometaboličkim faktorima rizika u periodu adolescencije.

MATERIJAL I METODE: U studiju je uključeno 114 adolescenata (prosečne starosti 17,7±1,20 godina), od čega je gojaznih bilo 28,1%. Glikemija naše, lipidni status i mokraćna kiselina su određivani standardnom procedurom, spektrofotometrijski. Antropometrijski parametri (telesna masa, telesna visina, obim struka) i krvni pritisak su mereni, a indeks telesne mase (ITM) izračunat.

REZULTATI: Gojazni adolescenti su imali veće vrednosti serumske mokraćne kiseline u poređenju sa kontrolnom grupom normalno uhranjenih ispitanika (311±62,5 odnosno 268±62,6 μmol/L; p<0,001). U celoj grupi adolescenata mokraćna kiselina je korelirala sa ITM (r=0,278, p=0,003), obimom struka (r=0,513, p<0,001), HDL-holesterolom (r= - 0,187, p=0,046), kao i sistolnim krvnim pritiskom (r=0,204, p=0,030). Nakon višestruke linearne regresije, obim struka (Beta = 0,389, p<0,001) se pokazao jedinim nezavisnim prediktorom većih vrednosti serumske mokraćne kiseline (R²=0,323, p<0,001).

ZAKLJUČAK: Centralna gojaznost merena obimom struka je najbolji prediktor većih vrednosti serumske mokraćne kiseline, sugerišući da ovaj biomarker može biti potencijalni indikator visceralne gojaznosti i kardiometaboličkih poremećaja povezanih sa gojaznošću, još u adolescentnom periodu.

Ključne reči: mokraćna kiselina, kardiovaskularne bolesti, abdominalna gojaznost

E-mail: nenok@t-com.me

REZULTATI SPROVOĐENJA NACIONALNOG SKRINING PROGRAMA RAKA DOJKE NA RASINSKOM OKRUGU

Mirjana Avramović (1), Živković S. (2), Vuksanović D. (1)

(1) ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVLJE KRUŠEVAC, (2) INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE BATUT

UVOD: Prosečna stopa incidencije raka dojke na Rasinskom okrugu koja je iznosi 58,9/100000 i na prvom je mestu u ženskoj populaciji i čini 27% svih malignih bolesti. U okviru Nacionalnog skrining programa u 2014, otkriveno je petnaest slučajeva raka dojke na Rasinskom okrugu.

CILJ: Sagledavanje uloge Nacionalnog skrining programa raka dojke u ranom otkrivanju ove bolesti kao i mogućnost smanjenja smrtnosti uključivanjem žena u skrining program.

MATERIJAL I METODI RADA: Deskriptivni epidemiološki metod. Korišćena je baza podataka CR4 za Rasinski okrug kao i protokoli za skrining raka dojke u DZ Kruševac i u DZ Aleksandrovac.

REZULTATI: U toku 2014 godine mamografija je bila urađena kod 1772 žene iz Kruševca. Pokrivenost ciljane populacije bila je 18%. Udeo pozitivnih rezultata mamografije bio je 12,8%. U opštini Aleksandrovac je u 2014 godini u mobilnom mamografu urađen skrining raka dojke na 1904 žena a udeo pozitivnih mamografija bio je 5,6%. Korišćene su i dopunske dijagnostičke metode: ultrazvuk (80%), dopunska mamografija (16,7%) i biopsija (3,4%). Ukupno je u Kruševcu otkriveno 5 malignih tumora dojke tj. 2,2% pozitivnih rezultata, dok je u Aleksandrovcu otkriveno ukupno 10 malignih tumora dojke, tj. 9,4% pozitivnih rezultata mamografije. **Zaključak:** Očekujemo da će se u toku sprovođenja Nacionalnog skrining programa raka dojke povećati otkrivanje raka dojke u najranijoj fazi. Očekuje se i duže preživljavanje novootkrivenih slučajeva raka dojke. Neophodno je unaprediti kvalitet zdravstvenih usluga u okviru Nacionalnog skrining programa za rano otkrivanje raka dojke.

Ključne reči: rak dojke, incidencija, mamografija, skrining.

Email: sinnav@hotmail.com

TREND POROĐAJA NA GINEKOLOŠKO-AKUŠERSKOM ODELJENJU ZAJEČAR U PERIODU OD 1960. DO 2014. GODINE

Vera Najdanović Mandić (1), Magdalena Todorović Nikolić (2)

(1) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, DISPANZER ZA ŽENE, (2) REHABILITACIONI CENTAR GAMZIGRADSKA.BANJA

Uz Timčku krajinu ide asocijacija na „belu kugu“ i to traje već decenijama. Cilj rada je da se pokaže trend broja porođaja u zaječarskom porodilištu u poslednje 54 godine.. Metod rada je retrospektivna analiza porođajnog protokola zaječarskog porodilišta od 1960. do 2014.godine. Rezultati rada: Broj porođaja u prvih 5 godina praćenog perioda iznosi 600 do 800 godišnje, sa daljim porastom broja do 1983.godine, kada dostiže maksimum sa ukupno 1176 porođaja. Od tada do danas trend ukazuje na kontinuirani pad broja porođaja u i od 2005. godine iznosi manje od 600 porođaja godišnje, što je bio prosek za prvih godina praćenja. Rezultati dobijeni ispitivanjem u ovom radu potvrđeni su poslednjim popisom stanovnika u opštini Zaječar iz 2011.godine, koji ukazuje na pad ukupnog broja stanovnika, kao i broja žena fertilnog perioda, te se u narednom periodu ne može ni očekivati pozitivna promena uočenog trenda.

Ključne reči: Ginekološko-akušersko odeljenje Zaječar, broj porođaja

PRAĆENJE PORASTA BROJA RESPIRATORNIH INFEKCIJA KOD DECE PREDŠKOLSKOG I ŠKOLSKOG UZRASTA U OPŠTINI UB

Škorić J.

DZ „DR.SIMO MILOŠEVIĆ“ČUKARICA

UVOD: U našoj zemlji beleži se povećana učestalost respiratornih infekcija,koje su naročito veliki problem u predškolskom uzrastu.Razlozi za to su sve veći broj dece koja borave dugo vremena u kolektivu,rani odlazak u kolektiv,ali i uticaj okoline(aerogagađenja,industrijalizacija). CILJ:Objasniti uticaj okoline na morbiditet kod dece predškolskog i školskog uzrasta. METOD:Korišćeni podaci Zavoda za javno zdravlje Valjevo i Geološkog instituta Beograd.

REZULTATI: Na teritoriji opštine Ub,u posmatranom razdoblju 2005-2013.god vršeno je merenje vrednosti sledećih polutanata:čađ,šumpor dioksid i ukupne suspendovane čestice i taložne materije.Koncentracija šumpor dioksida je vremenom opadala sa 61,2ug/m³ (2005god.)na 32,5ug/m³(2013god.)dok je koncentracija čađi rasla do skoro duplih vrednosti sa 185,4ug/m³(2005god.) na 389,0 ug/m³(2013god.)što se dovodi u vezu sa lignitom iz površinskih kopova, termoelektrana,hemijske industrije kao i uticaj ruža vetrova kada najveći deo aerogagađenja iz kolubarskih kopova po sili zemljine teže ostaje na teritoriji opštine Ub,dok mali deo odlazi ka Valjevu.Zbog toga je i veći broj obolele dece na teritoriji opštine Ub 2.714 dece(2005.god)a 2013 god.skoro dupliran broj od 4.152,dok u Valjevu imamo obrnutu situaciju broj obolele dece 2005.god bio je 21.463 a 2013.god 13.076 dece.Kretanje broja obolele dece prema vrstama bolesti sistema za disanje pokazuje da u obe opštine imamo porast laringitisa,tracheitisa,bronhitisa i bronhiolitisa ali mnogo veći porast na teritoriji opštine Ub.

ZAKLJUČAK: Iz priloženog jasno možemo zaključiti da se u posmatranom periodu ukupan broj dece obolelih od bolesti disajnih organa u Valjevu znatno smanjio: sa 43.714 u 2005-oj godini ,na 25.088 u 2013-ojgodini.Razlozi tome su osim poboljšanja preventivnih lekarskih usluga u modernim zdravstvenim ustanovama, i u relativna udaljenost Valjeva od kolubarskih kopova,kao i povoljnoj lokalnoj ruži vetrova koja „osvežava“grad čistim vazduhom sa obližnjih planina. Ukupan broj obolele dece na Ubu je značajno povećan za 47,5%,a razlozi su osim preterane upotrebe kolubarskog uglja za grejanje domaćinstva,i u širenju obližnjih površinskih ugljenokopa i vrlo nepovoljnoj ruži vetrova koja natapa kontinuirano vazduh iznad naseljenog mesta Ub različitim vrstama štetnih materija.Najnepoželjnija posledica svega jeste prelazak akutnih oboljenja u hronične respiratorne infekcije,čime se trajno smanjuje buduća radna sposobnost kao odraslog čoveka.Merenjima je zvanično potvrđeno da Ub najvećim delom godine ima

preterano zagađen vazduh sa koncentracijom čađi iznad 250ug/m³, pa bi preporuka bila privremena zabrana loženja uglja u periodima najvećeg zagađenja.

Ključne reči: aerozagađenje, respiratorne infekcije, predškolska deca

E-mail: jasmina.skoric1979@yahoo.com

MALIGNI TUMORI KOD PACIJENATA SLUŽBE HITNE POMOĆI

Emilio Miletić (1), Dragana Mitrović (1), Marija Lazarević (1), Milica Vasilijić (1), Marija Miletić (2)
(1) ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, (2) TEHNIČKA ŠKOLA KNJAŽEVAC

Cilj rada je da pokaže zastupljenost malignih tumora kod pacijenata Službe hitne pomoći, njihovu zastupljenost u odnosu na pol i starosno doba osoba, kao i njihovu zastupljenost u odnosu na primarno mesto javljanja na pojedinim organskim sistemima. Za ispitivanje su korišćeni podaci dobijeni iz protokola ambulantnih pregleda i protokola vanambulantnih intervencija Službe hitne medicinske pomoći Zdravstvenog centra Knjaževac. Ispitivanje je obuhvatilo sve osobe koje je autor ovog rada pregledao u ovoj službi u periodu od 01.01.2014. do 31.12.2014. godine, sa osvrtom na osobe koje su tražile zdravstvenu pomoć zbog problema sa već dijagnostifikovanim malignim tumorom. U ovom vremenskom intervalu je bilo ukupno 41 intervencija kod 29 osoba zbog problema sa već dijagnostifikovanim malignim tumorom. Starosna struktura osoba sa nekim malignim tumorom je bila sledeća: 37,93% je bilo staro od 51 do 60 godina, 31,03% je bilo starijih od 70 godina, 24,14% je bilo staro od 61 do 70 godina i 6,90% je bilo staro od 41 do 50 godina. Mlađih od 40 godina nije bilo. Osobe sa nekim malignim tumorom su bile 58,62% muškog pola, a 41,38% ženskog pola. Zastupljenost malignih tumora, u odnosu na primarni patološki proces, kod svih pacijenata je bila sledeća: 34,49% na respiratornim organima, 24,14% na organima digestivnog trakta, 13,80% na organima urogenitalnog trakta, 6,89% na koži, 6,89% na dojkama, 6,89% na endokrinim žlezdama, 3,45% na centralnom nervnom sistemu i 3,45% na organima hematopoeze. Zastupljenost malignih tumora kod muškaraca je bila sledeća: 41,19% na respiratornim organima, 35,29% na organima digestivnog trakta, 11,76% na organima urogenitalnog trakta, 5,88% na koži i 5,88% na organima hematopoeze. Zastupljenost kod žena je bila sledeća: 25,00% na respiratornim organima, 16,67% na organima urogenitalnog trakta, 16,67% na dojkama, 16,67% na endokrinim žlezdama, 8,33% na organima digestivnog trakta, 8,33% na koži i 8,33% na centralnom nervnom sistemu. Najveći broj osoba sa malignim tumorom bio je u starosnom dobu od 51 do 60 godina. Osobe sa malignim tumorom su bile češće muškog pola. Maligni tumori, kod osoba obadva pola, su najviše bili zastupljeni na respiratornom traktu, a zatim na organima digestivnog i urogenitalnog trakta. Kod muškaraca, najviše su bili zastupljeni maligni tumori respiratornog trakta, a zatim digestivnog i urogenitalnog trakta. Kod žena, maligni tumori su najviše bili zastupljeni na respiratornom traktu, a zatim podjednako na urogenitalnom traktu, dojci i endokrinim žlezdama.

E-mail: mileticemj@gmail.com

TOXOPLASMA ENCEFALITIS U HIV INFEKCIJI PRIKAZ SLUČAJA

Lučić Prokin Aleksandra, Šekarić Jelena, Buhmiler Kornelija, Kokai Zekić Timea, Živanović Željko, Popović Sanela
(1) URGENTNI CENTAR, KLINIČKI CENTAR VOJVODINE, NOVI SAD

UVOD: Toxoplasma encephalitis (TE) obično se dijagnostikuje u podmakloj fazi HIV infekcije i predstavlja najčešću oportunističku infekciju mozga, u preko 50% slučajeva. Ukoliko se ne leči ili blagovremeno ne otkrije, TE je glavni uzrok smrtnog ishoda kod HIV bolesnika. Klinički početak i tok TE mogu imitirati druge neurološke bolesti sa fokalnim neurološkim deficitom i glavoboljom. Cilj: Prikazati diferencijalno dijagnostičke dileme kod multiplih fokalnih promena mozga kao posledica kasnije dokazane HIV infekcije. MATERIJAL I METODI RADA: Dijagnoza je postavljena na osnovu kliničke slike, laboratorijskih analiza i neuroimidžing metoda. Rezultati: Bolesnica stara 43 godine primljena je na neurološko odeljenje

Urgentnog centra, KC Vojvodine, Novi Sad, zbog višegodišnje glavobolje, naglo nastalog desnostranog piramidnog deficita progresivnog toka, lezije kranijalnih nerava, mioklonizama, febrilnosti, povraćanja, izmenjenog stanja svesti. Nalaz CT mozga, kasnije i MRI/MRA mozga registrovali su multiple nepravilne prstenaste promene obostrano supratentorijalno, koje su diferencijalno dijagnostički mogle odgovarati metastazama ili abscesima. Lumbalna punkcija je utvrdila umerenu limfocitnu pleocitozu i proteinorahiju. Somatsko i neurološko stanje bolesnice progresivno se pogoršavalo: kvadriplegija, decerebracije, pneumonija, kardiopulmonalna dekompenzacija, koma. Kontrolni MRI mozga pokazao je brzu progresiju broja i veličine fokalnih promena supratentorijalne i infratentorijalne lokalizacije. Nakon dobijenog pozitivnog nalaza ELISA testa na HIV i revizije MRI nalaza, opisane promene su odgovarale TE. Na Odeljenju za lečenje HIV-a, primenjena je dvojnja antibiotska terapija: Trimethoprim/Sulfamethoxazol + Klindamycin kao alternativni vid lečenja. Smrtni ishod je nastupio 28. dana hospitalizacije. Naknadno su dobijeni podaci o višegodišnjem promiskuitetnom ponašanju bolesnice.

ZAKLJUČAK: TE se mora uzeti u obzir kao diferencijalna dijagnoza kod bolesnika sa multiplim lezijama mozga. Laboratorijska analiza na postojanje HIV infekcije treba postati rutinska uvek kada postoji sumnja, bez obzira na poricanje najbližih. Kod nekih bolesnika, blagovremeni početak lečenja može imati povoljan uticaj na tok i ishod bolesti.

Ključne reči: Toxoplasma encefalitis, HIV infekcija, multiple fokalne lezije mozga.

E-mail: japanac09@gmail.com

MEDICINSKI MED U TERAPIJI ULCERA NOGU - PRIKAZ SLUČAJA

Marina T, Tasić V.

ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC

UVOD: Ulcus cruris je ulceracija na koži potkolenica, najčešće kao rezultat hronične venske insuficijencije (90%). Ali mogu biti i arterijske, neuropatske (diabetes mellitus, tabes dorzalis...), zbog trauma, neoplazije, infekcije, panikulitisa. Bolest je česta, obično kod starijih osoba. Značajno utiče na radnu sposobnost, komfor života i zahteva velike troškove lečenja. Lečenje je kompleksno i podrazumeva opšte mere, kompresivnu terapiju, lokalnu, sistemsku i hiruršku terapiju. Lokalna terapija je od značaja u lečenju ulkusa - mogućnost korišćenja gelova koji apsorbuju sekrete iz ulkusa i podstiču prirodne procese zaceljenja.

CILJ: Prikaz slučaja sa venskom ulceracijom na koži potkolenica, primena modernih obloga - sterilnim medicinskim medom i prednosti u odnosu na tradicionalne obloge.

MATERIJAL I METOD: Pacijentkinja je praćena od početka lečenja primenom lokalnih obloga na bazi prirodnog kestenovog meda - Vivamel do zaceljenja ulceracije.

REZULTAT: Pacijentkinja starosti 82 godine sa ulceracijom na levoj pokolenici veličine 8x4 mm nakon povrede kože na terenu hronične venske insuficijencije. Lokalni nalaz pokazuje prisustvo ulceracije, okolni otok, crvenilo leve potkolenice, naglašen venski crtež sa varikozitetima. Dve nedelje unazad lečena sistemskom medikamentoznom terapijom i lokalnom tradicionalnom terapijom, rivanolske obloge i obloge sa NaCl. Nakon toga uključena primena kontaktne mrežice sa medom kestena - Vivamel. Previjanje je u početku bilo svakog dana, a potom na drugi dan i dva puta nedeljno, a u skladu sa preporukama za korišćenje ovih obloga. Do potpunog zaceljenja je došlo u periodu od 6 nedelja, uz gubitak otoka i venskog crteža okoline. U toku lečenja eksudat se povukao, nije bilo infekcija, obloga se ne lepi za ranu, nema neprijatnih mirisa, edema i bol je redukovan.

ZAKLJUČAK: Lečenje rana sterilnim medicinskim medom je savremeni pristup lečenju, zasnovan na njegovom visokom antimikrobnom učinku. Primena medicinskog meda u lečenju ulkusa crurisa ubrzava zarastanje, stvara barijeru za mikroorganizam, te nema sekundarne infekcije, pospešuje epitelizaciju i granulaciju rane, smanjuje neprijatne mirise, ne lepi se za ranu i ne izaziva bol i povredu rane, smanjuje otok. Ove pozitivne karakteristike obloga sa medom treba iskoristiti i tako skratiti dužinu lečenja, smanjiti troškove lečenja i poboljšati komfor života bolesnika.

Ključne reči: ulceracije, medicinski med.

E-mail: marina.tasic17@gmail.com

PANKREATITIS I HIPERPARATIREOIDIZAM - PRIKAZ SLUČAJA

Marina T, Tasić V.

ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC

UVOD: Etiološki uzroci akutnog pankreatitisa su alkohol, kalkuloza žučne kese, virusne infekcije, hiperlipidemija, trauma. Ređi uzrok pankreatitisa je hiperkalcemija kod hiperparatireoidizma.

CILJ RADA: Prikaz slučaja pankreatitisa usled hiprekalcemije u sklopu primarnog hiperparatireoidizma zbog adenoma paratireoidne žlezde.

MATERIJAL I METODE: Korišćena višegodišnja celokupna medicinska dokumentacija nastala u toku dijagnostike: zdravstveni karton, otpusne liste, laboratorijske analize, UZ - nalazi, scintigrafije, endoskopije.

REZULTAT: Muškarac star 61 godinu, srednje osteomuskularne građe, leći se 10 godina unazad od povišenog krvnog pritiska i dislipidemije, gihta i ima ugrađen pejsmejker. U porodičnoj anamnezi negira bolesti od značaja. Povremeno konzumira alkohol. Sve vreme imao dispeptične tegobe zbog kojih je rađena gastro-duodenoskopija: GERB; duodenitis, UZ - abdomena: b.o; Irigografija: Colon iritabile (2005 god.). I pored uzimanja adekvatne propisane terapije stalno prisutne abdominalne tegobe zbog kojih u više navrata hospitalizovan. Zbog jakih epigastričnih tegoba, povraćanja, hospitalizovan na hirurškom odeljenju sa dijagnozom akutnog pankreatitisa (2008 god.). Biohemijske analize normalne sem amilaza koje su višestruko povećane. U toku godine više puta hospitalizovan zbog napada pankreatitisa. 2009-te i 2010-te godine ispitivan i lečen na Klinici za gastroenterologiju – Niš, rađen MSCT abdomena i potvrđena dijagnoza pankreatitisa hroničnog. Upućen na VMA - Beograd gde je rađen endoskopski ultrazvuk – nalaz u prilog hroničnog pankreatitisa. U toku 2010 kontrolisan na VMA i više puta hospitalizovan. 2011. godine prilikom hospitalizacije na VMA nađen povećan PTH i kalcijum. Po predlogu urađena scintigrafija paratireoidne žlezde i nađen je adenom donje leve paratireoidne žlezde. Nakon 3 meseca urađena operacija sa skidanjem adenoma (patohistološki potvrđen) i donje leve paraštitaste žlezde. Pored supstitucione terapije pankreasnim enzimima, nakon mesec dana zbog izrazite hiperglikemije uveden insulin u terapiji.

ZAKLJUČAK: Iako je pankreatitis uzrokovan hiperkalcemijom usled primarnog hiperparatireoidizma redak, treba misliti na to, jer zakasnela dijagnoza dovodi do iscrpljivanja pankreasa, kako egzokrinog tako i endokrinog dela i nastajanja insulin zavisnog dijabetesa.

Ključne reči: pankreatitis, hiperparatireoidizam.

E-mail: marina.tasic17@gmail.com

PORODIČNA NEUROFIBROMATOZA TIP 1 - PRIKAZ SLUČAJA

Biljana Ivelja (1), Aleksandra Klisić (2), Nenad Vušurović (3)

(1) JZU DOM ZDRAVLJA CETINJE, (2) JZU DOM ZDRAVLJA PODGORICA

Uvod: Neurofibromatosis tip1 (NF1) je oboljenje koje se karakteriše pojavom benignih tumora na koži, nervnom sistemu, očima i drugim brojnim organima. Spada u grupu neurokutanih sindroma kojima pripadaju i NF2, Strudž-veberova bolest, Von Hippel Lindau sindrom, tuberozna skleroza, ataksija-telenangiiektazija. NF1 je autozomno dominantno oboljenje sa poremećajem na genu za NF1 na 17 hromosomu čija je struktura poznata kao i njegovog proteinskog proizvoda neurofibromina koji se ponaša kao tumor supresor gen. Poremećaj utiče na sve ćelije porijekla nervne cijevi (melanocite, fibroblaste i švanove ćelije). Jedna je od najčešćih nasljednih bolesti u čovjeka, ali se i dalje pogrešno smatra rijetkom bolešću i neki porodični slučajevi se otkriju kada dijete oboli. Učestalost NF-a1 je oko 1 : 5000 živorođene djece, podjednaka u oba pola, bez obzira na rasu, etničku i geografsku pripadnost. Dijagnoza NF1 postavlja se na postojanju najmanje 2 (od ukupno 7) ili više dijagnostička kriterijuma za NF1 : 1 ->6 ili više promjena boje bele kafe na koži >0,5 cm u djetinjstvu i >1,5 cm u adolescenciji, 2 - 2 ili više neurofibroma ili 1 plexiformnog, 3 - > 2 Lischova nodula šarenice (iris hamartoma) oka; 4- hiperpigmentacija aksilarne ili ingvinalne regije, 5- prisutnost optičkog glioma, 6-, displazija sfenoidalne kosti, istanjenja dugih kostiju 7- prvi stepan krvnog srodstva s NF-om1. Klinička slika je raznovrsna ali najčešće su prisutne promjene na koži boje bijele kafe i neurofibromi. Dijagnoza se postavlja na osnovu

kliničke slike ,specifične terapije nema Hirurško liječenje tumora je najčešće a pokazuju sklonost ekspanziji i recidivima .Postoji mogućnost prenatalne dijagnostike.Bolest zahtijeva multidisciplinarno praćenje od strane neurologa , neurohirurga , okuliste , pedijatra , radiologa,genetičara Cilj rada: Opis porodičnog slučaja NF tip1(majke i kćerke) Prikaz pacijenata : Djevojčica HD 2 god javlja se na pregled zbog tumorozne promjene na lijevom očnom kapku i posljedične ptoze istog. Iz lične anamneze sem povremenih bronhoopstrukcija ,zdrava. Iz porodične anamneze majci je u djetinjstvu nakon operacije plexiformnog neurofibroma lijevog ušnog kanala postavljena dg NF1.,ostali članovi njene porodice zdravi. U proteklih par godina se ne kontroliše iako je primjetila da se broj potkožnih čvorića uvećava. Konsultaciju u genetskom savjetovalištu pred i u toku trudnoće nije uradila kao ni prenatalnu dijagnostiku . Kod djevojčice je sem prisustva većeg broja hiperpigmentacija >0,5 cm na koži trupa i tumefakcije na lijevom očnom kapka i semiptoze istog. ostali nalaz po sistemima bio uredan Zbog sumnje na NF1 djevojčica je upućena na konsultativne preglede okuliste neurohirurga , neurologa, genetičara kao i na CT i MR dijagnostiku endokranijuma i orbite koji su ukazali na prisustvo ekspanzivne tumorske lezije u poziciji lijeve suzne žlijezde sa intra i ekstra orbitalnom propagacijom. Neurooftalmološki nalaz bio je uredan .Po preporuci konzilijuma okulista i neurohirurga djevojčica je upućena na dalje liječenje na Neurohiruršku Kliniku KCSrbije gdje je operativno odstranjena tumorska masa lijeve suzne žlijezde a patohistološki nalaz potvrđuje dijagnozu Neurofibroma plexiforme,WHO gradus 1.U periodu od 2011god do sada , zbog recidiva tumora na lijevom očnom kapku i estetske korekcije istog pacijentkinja je imala još 4 reoperacije. Zaključak: Kod djevojčice je na osnovu evaluacije kožnih promjena boje bijele kafe , postojanja tumora na lijevom očnom kapku i prisustva bolesti kod majke postavljena dijagnoza NF1 .Naša analiza ovog slučaja potvrđuje neophodnost multidisciplinarnog pristupa pacijentima oboljelim od NF1, kao i na ukazivanje da bolest nije rijetka iako nismo u saznanju koliki je broj oboljelih u Crnoj Gori jer registar za ovu i druge nasledne bolesti ne postoji. Kroz ovaj slučaj suočili smo se sa činjenicom da pacijenti nisu dovoljno informisani o prirodi svoje bolesti kao i o neophodnosti pružanja velike zdravstvene , materijalne i psihološke podrške pacijentima sa NF1 od strane države i društvene zajednice .

E-mail: bikica@t-com.me

STRANO TELO U BRONHU (Corpus alieni bronchi) - PRIKAZ SLUČAJA

Ljiljana Jovanović

ZC ZAJEČAR, PEDIJATRISKA SLUŽBA

Mala deca, u uzrastu između 6 mesci i 3-4 god.pa i starija često stavljaju u usta sitne predmete koji vrlo lako mogu aspiracijom dospeti u disajne puteve. Simptomi zavise od veličine, oblika i vrste predmeta: veće telo može se zaglaviti u larinksu i neposredno ugoziti život; manje telo se obično smesti u bronhalnom stablu (češće desni glavni bronh). Klinička slika odvija se u tri faze: manifestna (kašalj, gušenje, cijanoza), latentna (ekspiratorni stridor), faza komplikacija (atelektaza, emfizem). Dijagnoza: 1.anamneza; 2.fizikalni pregled; 3.Rtg pluća. Terapija: bronhoskopija u opštoj anesteziji. Prikaz slučaja: Pacijent Dj.M. (6 god. I 7/12 mes) u prepodnevnom satima udahnuo plastični deo pištaljke. Od tada se povremeno čuje šištanje pri dubokom udahu. Ne kašlje, ne žali se na bolove u grudima. Učinjena skopija ezofagogastroduodenuma i skopija pluća: nalaz uredan. Tokom noći opserviran u dečjem odeljenju, bez sipmtoma. U dva navrata registrovan ekspiratorni stridor, auskultatorno na plućima bronhogeni nalaz desno. Zbog sumnje na strano telo u desnom bronhu upućn u Institut za majku i dete Novi Beograd. Uradjena traheobronhoskopija u opštoj anesteziji, intraoperativno konstantovano na ulasku u glavni desni bronh prisustvo beličastog stranog tela valjkastog oblika promera oko 2x1 cm (nastavak plastične pištaljke). Načinjena ekstrakcija stranog tela u celini, lavaža traheobronhalnog stabla. Postoperativni tok uredan, auskultatorni nalaz na plućima uredan. Opušten kući drugog dana, th: sir.Pancef 1x 6ml. Kontrola ORL i pedijatra u nadležnoj ustanovi. ZAKLJUČAK: Strana tela bronha najčešće se otkriju u latentnoj fazi. Klinička slika i praćenje dece imaju veliki značaj. Bronhoskopija je dijagnostička i terapijska procedura. Ključne reči: strano telo, bronh, deca

VELIKA FOLIKULARNA CISTA KOD ŃESNAESTOGODIŃNJE PACIJENTKINJE - PRIKAZ SLUČAJ

Davor Mladenović (1), Vera Najdanović (2)

(1) SLUŃBA ZA PATOLOGIJU ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (2) SLUŃBA GINKOLOGIJE I AKUŃERSTVA ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

CILJ RADA: Folikularnacista je fizioloŃka cista koja nastaje usled izostanka pucanja folikula i oslobađanja jajne ćelije u vreme ovulacije. Obiĉno je do 6-7cm u preĉniku. Cilj rada je da se prikaŃe jedan redak sluĉaj folikularne ciste jajnika velikih dimenzija kod pacijentkinje koja je u momentu postavljanja dijagnoze imala 16 godina.

MATERIJAL I METODE: intraoperativna histopatoloŃka analiza, histopatoloŃka analiza operativnog materijala sa parafinskih kalupa bojenjem HE metodom, kao i analizame dicinske dokumentacije sa ginekoloŃko-akuŃerskog odeljenja.

REZULTATI: Dobijeni operativni preparat jajnika dimenzija 29x25x18cm, koji je u potpunosti bio izmenjen cistiĉnom formacijom glatkih zidova i spunjen prozирnom teĉnoŃću, Odgovor na intraoperativnou zorkovanje (ex-tempore): Benigno. HistopatoloŃka dijagnoza analiziranih parafinskih kalupaje glasila: Cystisfollicularis ovarii

ZAKLJUČAK: Folikularne ciste su ĉeste, iobiĉno ne zahtevaju hiruški tretman. U ovomsluĉaju je hiruška intervencija bila tretman izbora, obzirom da nije postojalamoguĉnost da se spontano povuĉe.

AKUTNI ANGULARNI GLAUKOM – ZNAČAJ RANE DIJAGNOSTIKE

VukaŃinović B.

DOM ZDRAVLJA GORNJI MILANOVAC

UVOD: Akutni glaukom spada u najurgentnija oftalmoloŃka stanja. Neophodna je brza i precizna dijagnostika. Osnovu mehanizma povećanja IOP u toku angularnog glaukoma predstavlja pupilarni blok i blok komornog ugla obodom duŃice. Predisponirane su osobe starije od 50 godina, hipermetropi. NajĉeŃće je jednostran ali se uvek mora misliti i na moguĉnost povećanja IOPi na drugom oku.

CILJ: Ukazati na znaĉaj rane dijagnostike glaukoma radi pravovremenog delovanja i leĉenja.

MATERIJAL I METODI RADA: Pacijent muŃkog pola star 60 godina dolazi kod izabranog lekara zbog bola u oku, oticanja i zatezanja facijalnih miŃiĉa, pojave spektra duginih boja oko izvora svetlosti, bola u abdomenu, muĉnine, povraćanja, trnjenja gornje vilice. Slabljenje vida opisuje kao delimiĉno i periferno. Postavljena je sumnja na migrenozni bol i dat analgetik i antiemetik. Posle nekoliko dana pacijent prijavljuje jaĉi bol i dalje slabljenje vida, te biva upućen oftalomologu gde je izvrŃena tonometrija i dobijene vrednosti od 66mmhg na desnom oku, primećena hiperemija ciljarnog tela, tvrdo oko I deformisana, ovalna pupila.

REZULTATI: Posle dijagnoze akutnog glaukoma, pahimetrije, oftalmoskopije i gonioskopije postavljena je indikacija za leĉenje. Primenjen je dvadesetpostotni manitol za sniŃenje IOP, zatim miotik – pilokarpin za kontrakciju sfinktera pupile i oslobađanje komornog ugla za ubrzano oticanje oĉne vodice, dati antiemetici. Posle nekoliko ĉasova, oĉni pritisak je sniŃen na 35mmhg pa je planirana hitna hiruška intervencija – selektivna laserska trabekuloplastika izvedena u ustanovi tercijenog nivoa. Na drugom oku se nije pojavio glaukom. Slede dalje kontrole i praćenje IOP.

ZAKLJUČAK: Pravovremena diferencijalna dijagnostika glaukoma znaĉi dobitak na vremenu i moguĉnost pravovremenog reŃavanja stanja akutnog glaukoma.

Ključne reĉi: akutni glaukom, IOP, selektivna laserska trabekuloplastika

E-mail: drbiljanagm@gmail.com

DIJAGNOSTIKA I LEČENJE HIPOTROFIJE INFRASPINATUSA - PRIKAZ SLUČAJA

Lukić I. (1), Stanimirov B. (2), Repac V. (3), Antić I. (3)

(1) SPEC.ORDINACIJA „SPORTREHAMEDICA“ ZRENJANIN, (2) DOM ZDRAVLJA NOVI SAD, (3) DOM ZDRAVLJA ŽITIŠTE

UVOD: Bolna osetljivost ramenog pojasa sa hipotrofijom m. infraspinatusa se sreću kod odbojkaša i predstavljaju problem kako za dijagnostiku, tako i za lečenje. Vrlo često neprepoznato uzrokuje nepotrebne operacije i dugotrajno, nesvršishodno lečenje. U etiologiji se može govoriti o poremećaju statike i neadekvatnom treningu, preranom uključivanju mlađih kategorija u seniorski pogon.

CILJ: Pravovremeno prepoznavanje i adekvatno lečenje ovog, relativno retkog problema.

MATERIJAL I METODI RADA: U dijagnostici -Rtg ramena, EMG, laboratorijski nalazi. Korišćenje ultrazvukom vođene infiltracije, kao i standardnih fizikalnih procedura uz periodičnu kontrolu toka lečenja ultrazvučnim aparatom.

REZULTATI: Prikaz slučaja: Odbojkaška reprezentativka uzrasta 19 godina se javlja sa bolovima u desnom ramenu i desnoj lopatici. Oblektivni nalaz: Izrazita hipotrofija desnog m.infraspinatusa sa izraženom bolnom osetljivošću u predelu medijalnog i donjeg ugla desne lopatice. Rtg desnog ramena i laboratorijski nalaz uredni. Na EMG nalazu se konstatuje kompresija n. supraspinatusa u predelu medijalnog ugla desne lopatice. Na ultrazvučnom nalazu se konstatuju veće hiperehogene formacije u predelu medijalnog i distalnog ugla desne lopatice. Lečenje: Pod kontrolom ultrazvuka, Shiba iglom sa obeleženim vrhom izvršena je infiltracija steroida sa lokalnom anestetikom u uočene formacije. Nakon sedam dana krenulo se sa terapijom IFS, Laserom i EF. Nakon dve nedelje kontrolni ultrazvučni nalaz pokazuje normalizaciju stanja u predelu medijalnog i distalnog ugla desne lopatice. Tada se pristupa stimulaciji m. infraspinatusa i jačanju komplementarnih mišića - m. teres minor i m. trapeziusa. Paralelno se intenzivno radilo na vežbama za pozicioniranje karlice i ramenog pojasa. Nakon pet nedelja od početka lečenja, krenulo se sa uvidom u trening i priključenjem reprezentaciji na bazičnim pripremama.

ZAKLJUČAK: Pravovremenim prepoznavanjem problema uz izbor odgovarajućih metoda lečenja se sportisti brzo i uspešno mogu vratiti na teren.

Ključne reči: Odbojka, hipotrofija infraspinatusa

E-mail: ilukica@yahoo.com

UVODENJE DPP.4 INHIBITORA U TERAPIJU DIJABETESA TIP 1

Vukašinić Biljana

DOM ZDRAVLJA GORNJI MILANVAC

UVOD: Terapija dijabetesa tipa 1 ili insulin zavisnog dijabetesa podrazumeva terapiju humanim ili rekombinovanim insulinima i oralnu terapiju sulfonilurejom ili metforminom. Neuspeh terapije koji se meri povećanjem BMI, hiperglikemijama, povećanjem vrednosti HbA1C i PPG dovela je do potrebe da se uvedu nove klase lekova za sniženje glikemije. Inkretini su enzimi koji stimulacijom beta ćelija pankreasa povećavaju nivo insulina u krvi i tako snižavaju glikemiju. Ingestija podstiče sintezu inkretina. Posle obroka u digestivnom sistemu se izlučuje GLP - 1 i GIP koji stimulišu pankreas na lučenje insulina i ubrzavaju iskorišćavanje glukoze. DPP - 4 enzim razgrađuje inkretine. Lekovi na bazi inhibicije DPP - 4 enzima povećavaju nivo inkretina i time proizvodnju insulina iz pankreasa.

CILJ: Uvođenjem DPP - 4 inhibitora normalizovati glikemiju i uočiti uticaj na telesnu težinu pacijenta.

MATERIJAL I METODI RADA: Pacijentkinja stara 50 godina, 15 godina na intenziviranoj terapiji insulinom 5 puta dnevno, insulin glargin 2x24ij i apidra 3x10ij pred glavne obroke kao i oralnom terapijom gluforminom 2g dnevno. Pacijentkinja ima prekomernu telesnu težinu sa BMI 35kg/m² i HbA1C od 60mmol/mol. U terapiji je pre 9 meseci uveden seksagliptin, DPP - 4 inhibitor sa ciljem da se terapija poboljša. Rezultati: Praćene su vrednosti glikemije i to FPG i PPG, snižena vrednost HbA1C posle 3 meseca na 55mmol/mol, posle 6 meseci na 50mmol/mol, a posle 9 meseci na 49mmol/mol. Doza seksagliptina od 5mg na dan davana je posle ručka. Posle 9 meseci terapije BMI je iznosio 29kg/m². Uz korekciju terapije,

uvodena je I fizička aktivnost 3 puta nedeljno u vidu šetnje od 45 minuta i restriktivna dijeta od 1800Kcal na dan. Jutarnje glikemije su bile od 6,5 do 8,0mmol/l, a PPG najviše 9mol/l.

ZAKLJUČAK: Kod dijabetičara tipa 1 koji su rezistentni na standardnu terapiju insulinom i metforminom, preporučuje se uvođenje nove klase lekova inhibitora DPP – 4 enzima što može biti korisno u sniženju FPG I PPG.

Ključne reči: DPP – 4 inhibitor, PPG, FPG, inkretini

E-mail: drbiljanagm@gmail.com

INDEX AUTORA

<i>Adamović D.</i>	7, 13, 54, 56	<i>Jović M.</i>	44
<i>Aleksić A.</i>	20, 31	<i>Jović M.</i>	55
<i>Aleksić Ž.</i>	31	<i>Jović Lj.</i>	55
<i>Andrić A.</i>	50	<i>Jurišić A.</i>	19
<i>Anđelković Matić M.</i>	38		
<i>Antić I.</i>	68	<i>Karadaglić Đ.</i>	21
<i>Antonijević S.</i>	46	<i>Kavarić N.</i>	60, 61
<i>Avramović M.</i>	61	<i>Kero M.</i>	44
		<i>Klisić A.</i>	39, 60, 61, 65
<i>Banjac L.</i>	36	<i>Krstić M.</i>	30, 38
<i>Bastać D.</i>	12, 29, 38, 56	<i>Kokai Zekić T.</i>	63
<i>Baralić M.</i>	50	<i>Kostić T.</i>	58
<i>Bogoslović M.</i>	41, 42, 44		
<i>Božinović N.</i>	13	<i>Lazarević M.</i>	63
<i>Brakočević D.</i>	52	<i>Lešović S.</i>	25
<i>Buhmiller K.</i>	63	<i>Lučić G.</i>	51
		<i>Lučić Prokin A.</i>	63
<i>Cokić B.</i>	20	<i>Lukić I.</i>	40, 60, 68
<i>Cvetković S.</i>	49		
		<i>Marina T.</i>	64, 65
<i>Čirić D.</i>	44	<i>Marinković M.</i>	44
<i>Čosić S.</i>	46, 50	<i>Marković V.</i>	16
<i>Ćuk V.</i>	26	<i>Marković V.</i>	36
		<i>Mihajlović N.</i>	46, 59
<i>Davidović V.</i>	31, 33, 43	<i>Miletić E.</i>	44, 63
<i>Dimitrijević M.</i>	7, 13, 54, 56	<i>Miletić M.</i>	63
<i>Dimković N.</i>	25	<i>Milošević Lj.</i>	35, 39
<i>Dinev V.</i>	59	<i>Milošević S.</i>	38
<i>Dinov V.</i>	46	<i>Milošević I.</i>	42
		<i>Miljuš-Ušaj Z.</i>	39
<i>Đorđević M.</i>	41, 42, 44	<i>Milićević Mišić S.</i>	41
<i>Đurić Ž.</i>	55	<i>Mitić D.</i>	45
		<i>Mitov V.</i>	7, 13, 54, 55, 56
<i>Filipović S.</i>	46, 59	<i>Mitović T.</i>	42
		<i>Mitrović D.</i>	41, 42, 44, 63
<i>Ignjatović M.</i>	27, 28	<i>Mitrović M.</i>	21
<i>Injac T.</i>	60, 61	<i>Mladenović D.</i>	30, 38, 55, 57,
<i>Ivelja B.</i>	36, 60, 61, 65		58, 67
		<i>Mladenović- Petrović M.</i>	49
<i>Jagić N.</i>	10		
<i>Jakovljević M.</i>	53	<i>Najdanović-Mandić V.</i>	42, 45, 47, 51,
<i>Janjić O.</i>	47		62, 67
<i>Jelenković B.</i>	48, 58	<i>Nakić A.</i>	46, 59
<i>Jerkić D.</i>	25	<i>Nakić M.</i>	46, 59
<i>Jerotijević Lj.</i>	34	<i>Narodović Lj.</i>	44
<i>Jolić A.</i>	7, 13, 54, 56	<i>Nedeljković M.</i>	9
<i>Jovanović G.</i>	23	<i>Nikčević D.</i>	36
<i>Jovanović K.</i>	35, 39	<i>Nikolić M.</i>	7, 13, 54, 56
<i>Jovanović Lj.</i>	58, 66	<i>Nikolić T.</i>	49
<i>Jovanović M.</i>	52	<i>Novaković I.</i>	48

<i>Ostojić M.</i>	7	<i>Tasić M.</i>	10
<i>Panajotović LJ.</i>	52	<i>Tasić M.</i>	42
<i>Panajotović M.</i>	52	<i>Tasić V.</i>	64, 65
<i>Panajotović R.</i>	52	<i>Tirmenštajn Janković B.</i>	16, 38
<i>Panajotović LJ.</i>	24	<i>Todorović M.</i>	47
<i>Paunković N.</i>	53	<i>Todorović Nikolić M.</i>	47, 62
<i>Paunković DŽ.</i>	53	<i>Vasić B.</i>	48, 58
<i>Paunović P.</i>	27	<i>Vasić K.</i>	44
<i>Pavlović M.</i>	9	<i>Vasiljić M.</i>	63
<i>Perišić Z.</i>	8	<i>Veselinov V.</i>	31, 33, 43
<i>Popović S.</i>	63	<i>Vlajić E.</i>	58
<i>Radojčić LJ.</i>	18	<i>Vidović N.</i>	38
<i>Repac M.</i>	40	<i>Violeta P.</i>	47
<i>Repac V.</i>	40, 60, 68	<i>Vukašinović B.</i>	67, 68
<i>Savić Mitić Ž.</i>	45, 46	<i>Vuksanović D.</i>	61
<i>Segedi D.</i>	17,	<i>Vušurović N.</i>	36
<i>Sotirović D.</i>	55	<i>Vušurović N.</i>	65
<i>Stančić I.</i>	22	<i>Zlatković A.</i>	54, 55
<i>Stanimirov B.</i>	40, 60, 68	<i>Žikić R.</i>	36
<i>Stanković D.</i>	34	<i>Žikić S.</i>	38
<i>Stefanović T.</i>	55	<i>Živanović M.</i>	38
<i>Stojanović I.</i>	30, 38, 57, 58	<i>Živanović Ž.</i>	63
<i>Stojnev S.</i>	30, 38, 57	<i>Živković S.</i>	61
<i>Šagrić M.</i>	46	<i>Živković R.</i>	21
<i>Šekarić J.</i>	63		
<i>Šeškar Stojančov S.</i>	41		
<i>Škorić J.</i>	32, 62		

UPUTSTVO SARADNICIMA

Timočki medicinski glasnik objavljuje prethodno neobjavljene naučne i stručne radove iz svih oblasti medicine i srodnih grana. Za objavljivanje se primaju originalni radovi, prikazi bolesnika, pregledni članci, članci iz istorije medicine i zdravstvene kulture, prikazi knjiga i časopisa, pisma uredništvu i druge medicinske informacije. Autori predlažu kategoriju svog rada.

Rukopise treba pripremiti u skladu sa vankuverskim pravilima: *UNIFORM REQUIREMENTS FOR MANUSCRIPTS SUBMITTED TO BIOMEDICAL JOURNALS*, koje je preporučio ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors – Ann Intern Med. 1997; 126: 36–47), odnosno u skladu sa verzijom na srpskom jeziku *JEDNOBRAZNI ZAHTEVI ZA RUKOPISE KOJI SE PODNOSE BIOMEDICINSKIM ČASOPISIMA*, Srpski arhiv za celokupno lekarstvo, 2002; 130 (7–8): 293. Digitalna verzija je slobodno dostupna na mnogim veb sajtovima, uključujući i veb sajt ICMJE: www.icmje.org, kao i na: www.tmg.org.rs/saradn.htm

Za rukopise koje uredništvo prima podrazumeva se da ne sadrže rezultate koje su autori već objavili u drugom časopisu, ili sličnoj publikaciji. Uz rukopis članka treba priložiti potvrdu o autorstvu (formular možete preuzeti na sajtu: www.tmg.org.rs), eventualno sa elektronskim potpisima svih autora članka. Uredništvo šalje sve radove na stručnu recenziju (izuzimajući zbornike).

U radovima gde može doći do prepoznavanja opisanog bolesnika, treba pažljivo izbeći sve detalje koji ga mogu identifikovati, ili pribaviti pismenu saglasnost za objavljivanje od samog bolesnika, ili najbliže rodbine. Kada postoji pristanak, treba ga navesti u članku.

TEHNIČKI ZAHTEVI

Rukopisi se prilažu isključivo u elektronskoj formi. Rukopise u elektronskoj verziji slati na e-mail adresu: tmglasnik@gmail.com

Elektronski oblik rukopisa treba da bude u Microsoft Office Word programu (sa ekstenzijom .doc, ili .docx) i treba da sadrži završnu verziju rukopisa. Celokupni tekst, reference, tabele i naslovi tabela i slike i legende slika treba da budu u jednom dokumentu. Najbolje je ime fajla formirati prema prezimenu prvog autora, jednoj ključnoj reči i tipu rada (na primer: paunkovic_tiroidea_originalni.doc).

Koristite font Times New Roman, veličine 12 p. Paragraf pišite tako da se ravna samo leva ivica (Alignment left). Ne delite reči na slogove na kraju reda. Ubacite samo jedno prazno mesto posle znaka interpunkcije. Ostavite da naslovi i podnaslovi budu poravnati uz levu ivicu. Koristite podebljana (bold) slova, kurziv (italic), sub i superscript i podvučena slova samo gde je to neophodno. Tabele, slike i grafikone možete umetnuti u tekst na mestu gde treba da se pojave u radu. Prihvatljivi formati za tabele, grafikone, ilustracije i fotografije su doc, xls, jpeg, gif i png.

OBIM RUKOPISA

Originalni rad je sistematski obavljeno istraživanje nekog problema prema naučnim kriterijumima i jasnim ciljem istraživanja. Dužina teksta je ograničena na 3500 reči, maksimalno 5 tabela, grafikona, ili slika (do 12 stranica teksta).

Pregledni članak obuhvata sistematski obrađen određeni medicinski problem, u kome je autor ostvario određeni doprinos, vidljiv na osnovu autocitata. Pregledni članak se obično naručuje od strane uredništva, ali se razmatraju i nenaručeni rukopisi. Kontaktirajte uredništvo pre pisanja preglednog članka. Dužina teksta može biti do 5000 reči (18 stranica).

Prikaz bolesnika rasvetljava pojedinačne slučajeve iz medicinske prakse. Obično opisuje jednog do tri bolesnika, ili jednu porodicu. Tekst se ograničava na 2500 reči, najviše 3 tabele, ili slike i do 25 referenci (ukupno do 5 stranica teksta).

Člancima iz istorije medicine i zdravstvene culture rasvetljavaju se određeni aspekti medicinske prakse u prošlosti. Dužina teksta može biti do 3500 reči (12 stranica).

Objavljuju se i kratki prilozi iz oblasti medicinske prakse (dijagnostika, terapija, primedbe, predlozi i mišljenja o metodološkom problem itd), kao i prikazi sa različitih medicinskih sastanaka, simpozijuma i kongresa u zemlji i inostranstvu, prikazi knjiga i prikazi članaka iz stranih časopisa (do 1000 reči, 1–2 tabele ili slike, do 5 referenci (do 3 stranice teksta).

Pisma redakciji imaju do 400 reči, ili 250 reči ukoliko sadrže komentare objavljenih članaka.

Po narudžbini redakcije, ili u dogovoru sa redakcijom objavljuju se i radovi didaktičkog karaktera.

PRIPREMA RUKOPISA

Tekst rada sadrži u prvom redu naslov rada na srpskom jeziku, u drugom redu naslov rada na engleskom jeziku, u narednim redovima: puna imena i prezimena autora i svih koautora; naziv, mesto i adresu institucija iz kojih je autor i koautori (brojevima u zagradi povezati imena autora); eventualnu zahvalnost za pomoć u izradi rada; predlog kategorije rukopisa (originalni rad, pregledni članak, prikaz bolesnika i dr); ime i prezime, godinu rođenja autora i svih koautora; punu adresu, broj telefona i faksa, kao i e-mail autora za korespondenciju. Sledi sažetak na srpskom jeziku (najbolje do 300 reči). Sažetak ne može imati fusnote, tabele, slike, niti reference. Sažetak treba da sadrži cilj istraživanja, materijal i metode, rezultate i zaključke rada i treba da bude napisan u jednom paragrafu, bez podnaslova. U njemu ne smeju biti tvrdnje kojih nema u tekstu članka. Mora biti napisan tako da i obrazovani nestručnjak može iz njega razumeti sadržaj članka. Posle sažetka napisati 3 do 8 ključnih reči na srpskom jeziku. Nakon sažetka na srpskom jeziku, napisati sažetak na engleskom jeziku (Summary) kao doslovan prevod sažetka na srpskom i 3 do 8 ključnih reči na engleskom jeziku (key words). Sledi uvod (sa istoimenim podnaslovom) koji mora biti kratak, sa kratkim pregledom literature o datom problemu i sa jasno izloženim ciljem članka u posebnom paragrafu na kraju uvoda. Poglavlje o materijalu i metodama (sa istoimenim podnaslovom) mora sadržati dovoljno podataka da bi drugi istraživači mogli ponoviti slično istraživanje bez dodatnih informacija. Imena bolesnika i brojeve istorija bolesti ne treba koristiti, kao ni druge detalje koje bi pomogli identifikaciji bolesnika. Treba navesti imena aparata, softvera i statističkih metoda koje su korišćene. Rezultate (sa istoimenim podnaslovom) prikažite jasno i sažeto. Ne treba iste podatke prikazivati i u tabelama i na grafikonima. U diskusiji (sa istoimenim podnaslovom) treba raspravljati o tumačenju rezultata, njihovom značenju u poređenju sa drugim, sličnim istraživanjima i u skladu sa postavljenim hipotezama istraživanja. Ne treba ponavljati već napisane rezultate. Zaključke (sa istoimenim podnaslovom) treba dati na kraju diskusije, ili u posebnom poglavlju.

Svaka tabela, grafikon, ili ilustracija mora biti razumljiva sama po sebi, tj. i bez čitanja teksta u rukopisu. Iznad tabele, grafikona, ili slike treba da stoji redni broj i naslov. Legendu staviti u fusnotu ispod tabele, grafikona, ili slike i tu objasniti sve nestandardne skraćenice. Ilustracije (slike) moraju biti oštre i kontrastne, ne veće od 1024x768 piksela.

Broj slika treba ograničiti na najnužnije (u principu ne više od 4–5). Ukoliko se slika, tabela, ili grafikon preuzima sa interneta, ili nekog drugog izvora, potrebno je navesti izvor. Naslove i tekst u tabelama, grafikonima i tekstu i slike dati na srpskom i na engleskom jeziku.

NAVOĐENJE LITERATURE

Na kraju rada napisati spisak citirane literature, koja treba da bude što aktuelnija i većina referenci ne treba da bude starija od 5 godina. Reference se numerišu redosledom pojave u tekstu. Reference u tekstu obeležiti arapskim brojem u uglastoj zagradi [...]. U literaturi se nabraja prvih 6 autora citiranog članka, a potom se piše „et al”. Imena časopisa se mogu skraćivati samo kao u Index Medicusu. Skraćenica časopisa se može naći preko web sajta: <http://www.nlm.nih.gov/>. Ako se ne zna skraćenica, ime časopisa navesti u celini. Literatura se navodi na sledeći način:

Članci u časopisu

Standardni članak u časopisu:

Gao SR, McGarry M, Ferrier TL, Pallante B, Gasparrini B, Fletcher JR, et al. Effect of cell confluence on production of cloned mice using an inbred embryonic stem cell line. *Biol Reprod.* 2003; 68 (2): 595–603.

Organizacija kao autor:

WHO collaborative study team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet.* 2000; 355: 451–5.

Nisu navedeni autori:

Coffe drinking and cancer of the pancreas [editorial]. *BMJ.* 1981; 283: 628.

Volumen sa suplementom:

Magni F, Rossoni G, Berti F. BN-52021 protects guinea pig heart anaphylaxis. *Pharmacol Res Commun.* 1988; 20 Suppl 5: 75–8.

Knjige i druge monografije

Autor je osoba(e):

Carlson BM. *Human embryology and developmental biology.* 3rd ed. St. Louis: Mosby; 2004.

Urednik(ci) kao autori:

Brown AM, Stubbs DW, editors. *Medical physiology.* New York: Wiley; 1983.

Poglavlje u knjizi:

Blaxter PS, Farnsworth TP. Social health and class inequalities. In: Carter C, Peel JR, editors.

Equalities and inequalities in health. 2nd ed. London: Academic Press; 1976. p. 165–78.

Saopštenja sa sastanaka:

Harris AH, editor. Economics and health: 1997: Proceedings of the 19th Australian Conference of Health Economists; 1997 Sep 13-14; Sydney, Australia. Kensington, N.S.W.: School of Health Services Management, University of New South Wales; 1998.

Članci sa konferencija:

Anderson JC. Current status of chorion villus biopsy. In: Tudenhope D, Chenoweth J, editors. Proceedings of the 4th Congress of the Australian Perinatal Society; 1986: Brisbane, Queensland: Australian Perinatal Society; 1987. p. 190-6.

Disertacija:

Cairns RB. Infrared spectroscopis studies of solid oxygen. Dissertation. Berkley, California: University of California, 1965.

Elektronski materijal

Članak u časopisu na internetu:

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs. 2002;102(6). Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

Članak objavljen elektronski pre štampane verzije:

Yu WM, Hawley TS, Hawley RG, Qu CK. Immortalization of yolk sac-derived precursor cells. Blood. 2002 Nov 15; 100 (10): 3828–31. Epub 2002 Jul 5.

CD-ROM:

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

Monografija na internetu:

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

Web lokacija:

Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.

Deo web lokacije:

American Medical Association [homepage on the Internet]. Chicago: The Association; c1995-2002 [updated 2001 Aug 23; cited 2002 Aug 12]. AMA Office of Group Practice Liaison; [about 2 screens]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>