



**XXXV
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 I TEHNIČKI UREDNIK /ASSISTANT EDITOR AND TECHNICAL EDITOR

Dr Saška Manić /MD/, Zaječar

SEKRETARI UREDNIŠTVA/ EDITORIAL SECRETARIES

Bojana Jolić, Zaječar

Sonja Atanacković, 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 - Каталогизација у публикацији
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



“Zlatni Sponzor”

Privatna internistička ordinacija "Dr Bastać", Zaječar



www.drbastac.co.rs

“Sponzori”



**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*

Domaći kurs prve kategorije
**„ Gastroenterohepatologija –
gde smo sada? “**

Zaječar, četvrtak - 12. maj 2016.

Akreditacija: A-1-2911/15 (red 101)

ORGANIZATOR



Подружница Зајечар

Suorganizatori

**Zdravstveni centar Zaječar
Specijalna bolnica za rehabilitaciju "Gamzigad"**

1. **Prof. Dr Aleksandar Nagorni.** Redovni profesor, Direktor Klinike. Medicinski fakultet Niš, Klinički centar Niš, Klinika za gastroenterologiju i hepatologiju. Užanaučno oblast: Gastroenterologija.
2. **Prof Dr Djordje Čulafić.** Klinički centar Srbije, Beograd, Klinika za gastroenterologiju, načelnik hepatološkog transplantacionog odeljenja. Vanredni profesor na istoj katedri. Uža naučna oblast: Interna medicina, gastroenterohepatologija.
3. **Prof. dr Dragan Tomić.** Medicinski fakultet u Beogradu. Redovni profesor medicinskog fakulteta u Beogradu, Načelnik Odeljenja urgentne gastroenterologije i hepatologije. Klinički centar Srbije, Klinika za gastroenterologiju i hepatologiju, Odeljenje urgentne gastroenterologije i hepatologije.
4. **Profesor Višeslav Hadži-Tanović.** Spec. inter. kard. ord. "Dr Hadži-Tanović". Uža naučna oblast: Kardiologija.
5. **Doc Dr Sc Ivan Jovanović.** Klinički centar Srbije, Klinika za gastroenterologiju i hepatologiju. Docent, doktor medicinskih nauka. Uža naučna oblast: Interna medicina, gastroenterohepatologija. TEMA: Inflammatorne bolesti creva
6. **Prim. Dr. Med. Vladimir Blanuša.** Internista-gastroenterolog. „Internističkaordinacija – prim. Dr Vladimir Blanuša.
7. **Mr Sc Radovan Zec.** Master interne medicine, Mr sc. Službe interne medicine u Opštoj bolnici u Srem. Mitrovici. Uža naučna oblast: internista gastroenterolog.
8. **Mr sci Predrag D. Dugalić.** Asistent. Kliničko-bolnički centar Zemun. Uža naučna oblast: interna medicina – gastroenterologija.
9. **Mr Sc Zoran Joksimović.** Specijalista Internista, magistra medicinskih nauka. Internistička ordinacija „JOKSIMOVIĆ“ Bor. Uža naučna oblast: Interna medicina, gastroenterologija.
10. **Prim dr sc med Dušan Bastać.** lekar, primarijus, specijalista internista-kardiolog, magistar i doktor medicinskih nauka. Internistička odrinacija „Dr Bastać“ u Zaječaru. Uža naučna oblast: Kardiologija.

Gosti iz Slovenije na kursu „ Gastroenterohepatologija - gde smo sada? “

***Prof. dr. Bojan Tepeš,** dr. med.internist gastroenterolog, FEBGH. SZGH Predsednik. ABAKUS MEDICO d.o.o., Diagnostični center Rogaška. Rogaška Slatina

***Prim.Dr.Milan Stefanović.** DC Bled. Medical Director. Scientific Field of Expertise: Internal Medicine, Gastroenterology, Gastrointestinal Endoscopy. President of the Gastroenterological Endoscopy Section of the Slovenian Medical Society. Board member of the Slovenian National Program for Early Detection and Prevention of Colorectal Cancer. Member of the European Society for Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). Member of the German Society for Gastrointestinal Endoscopy (DGE-BV). Member of the American Gastroenterological Association (AGA). Slovenija.

GASTROEZOFAGEALNA REFLUKSNA BOLEST (GERB) - VIŠE LICA JEDNE BOLESTI

Radovan Zec

SLUŽBA ZA INTERNU MEDICINU, GASTROENTEROLOGIJA, OPŠTA BOLNICA SREMSKA MITROVICA, SRBIJA

Uvod: gastroezofagealna refluksna bolest jednjaka (GERB, engl. GERD), je patološko stanje ili oboljenje pruzrokovano vraćanjem želudačnog i duodenalnog sadržaja kroz nekompetentni gastroezofagealni spoj u jednjak. Gorušica i regurgitacija su najčešći i najkarakterističniji tipični simptomi GERB-a. Medjutim postoji i čitav niz atipičnih simptoma GERB-a na koje moramo misliti jer u prvom momentu ne izgledaju da su posledica refluksa.

Cilj rada je da se istakne značaj atipičnih (ekstraefozofagealnih) simptoma GERB-a i utvrđivanje korelacije izmedju atipičnih simptoma u pacijenata sa refluksnom bolesti jednjaka i njihovog endoskopskog nalaza. Materijal i metodi rada: Ispitanici su izabrani po metodi slučajnog uzorka a po redosledu javljanja na endoskopski pregled. Osnovni kriterijum je bio da imaju kardinalne simptome GERB-a: gorušicu i regurgitaciju. Svi pacijenti su podvrgnuti endoskopskom pregledu aparatom „FUJINON“ EG 250 WR5, koja u sebe uključuje endo-video verziju. Endoskopska klasifikacija zatečenih promena u jednjaku je vršena na osnovu Los Angeles endoskopske klasifikacije GERB-a. U toku endoskopskog pregleda je uzimano najmanje po dve biopsije za utvrđivanje *Helicobacter pylori* statusa (dve biopsije iz antruma i po dve sa korpusa želuca). Analiziran je uzorak od 88 ispitanika podeljen u 3 subuzorka prema stepenu refluksne bolesti. U statističkoj obradi su se koristili multivarijantni postupci, MANOVA i diskriminativna analiza. Od univarijantnih postupaka primenjivao se Roy-ev test.

Rezultati rada: Utvrđeno je da ima statistički značajne povezanosti izmedju težine stepena refluksne bolesti i simptoma: regurgitacija, suv kašalj, globus sindroma, nekardiogeni bol u grudima. Pogoršavanjem simptoma refluksne bolesti a što podrazumeva prisustvo atipičnih simptoma nije utvrđeno i pogoršanje stepena oštećenja sluznice EG prelaza (odnosno nema povezanosti u težini simptoma i proširenosti oštećenja jednjačne sluznice). Kod pacijenata sa atipičnim simptomima, endoskopski se našao nizak stepen oštećenja sluznice. Gorušica kao kardinalni simptom refluksne bolesti je ispoljena kod najvećeg broja ispitanika ali nije uočena povezanost izmedju stepena težine refluksne bolesti i učestalosti simptoma goručiće.

Zaključci: pacijenti sa atipičnim simptomima GERB-a ne moraju imati ili se ne moraju žaliti na gorušicu. Pacijenti se međusobno najviše razlikuju po ORL atipičnim manifestacijama refluksne bolesti što znači da je ova simptomatologija i najkarakterističnija za atipične manifestacije GERB-a. Strpljivo i iscrpno uzeta anamneza je ključna u prvom koraku dijagnostike pacijenata sa atipičnim manifestacijama GERB-a. U cilju kompletiranja dijagnostike i adekvatnog lečenja, kod pacijenata sa atipičnim manifestacijama GERB-a je potrebno uraditi i pH metriju i manometriju jednjaka.

“DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA BOLA U EPIGASTRIJUMU-GASTROENTEROLOŠKA OBOLJENJA ILI SRČANI INFARKT-KONTRAVERZE”

Prof dr Višeslav Hadži-Tanović

KLINIKA ZA SRCE „DR HADŽI-TANOVIĆ“, BEOGRAD

Cilj: diferencijalna dijagnoza bola u stomaku koji izazivaju gastroenterološka oboljenja od bola izazvanog dijafragmalnim infarktom srca ili bola zbog rupture aneurizme abdominalne aorte.

Metoda i rezultati: bol u stomaku kao i propratna simptomatologija muka, povraćanje, malaksalost, bledilo dr. često se vezuje za ulkusnu bolest želudca ili duodenuma, bolest žučne kese ili jednjaka, medjutim zlatno je pravilo da tada treba posumnjati i na dijafragmalni infarkt srca ili disekciju abdominalne aorte. Da bi se isključio infarkt srca treba obavezno uraditi EKG, srčane markere CK-MB, Troponin test i ekokardiogram. Pa čak ako u startu dobijemo negativan rezultat za koronarnu bolest, tokom dugog lečenja gastroenteroloških oboljenja, ne treba isključiti pojavu srčanog infarkta, maskiranog simptomatologijom gastroenterološkog oboljenja i zato treba povremeno uraditi EKG i ehokardiogram. Klasična EKG slika akutnog infarkta miokarda dijafragmalnog zida je horizontalna elevacija ST segmenta preko 2 mm u

D2,D3,aVF i normalno pozitivna aktivnost srčanih markera. Ali ako je EKG normalan, da bi isključili koronarnu bolest treba uraditi test opterećenja i koronarografiju.

Za dijagnozu aneurizme abdominalne aorte može se posumnjati kada dobijemo anamnestički podataka od pacijenta da oseća pulzacije i bolove u stomaku i normalno kada sami palpiramo stomak i pod prstima osetimo pulzacije abdominalne aorte. Suverena dijagnostička metoda je ultrazvuk stomaka, pomoću koga se lako lako može dijagnostikovati aneurizma abdominalne aorte, disekcija i ruptura.

S druge strane bol u grudima nije uvek samo angina pektoris ili srčani infarkt, već to može da bude i ulkusna bolest, bolest žučne kese i jednjaka ili aneurizma abdominalne aorte, jer se bol iz abdomena može da projektuje u predeo grudne kosti. Diferencijalno dijagnostički treba sistematski isključiti sve potencijalne uzročnike bola u datoj regiji, posebno u predelu grudne kosti, jer se tu bol i najčešće javlja, sobzirom da su kardiovaskularne bolesti u vrhu svih bolesti, kako po morbiditetu, tako i po mortalitetu.

Prikazujemo slučajeve iz naše privatne lekarske prakse, pacijenti koji su lečeni kod gastroenterologa, a imali su i bol u stomaku, koji je maskirao sliku dijafragmalnog srčanog infarkta. Prikazujemo i jedinstveni slučaj rupture aneurizme abdominalne aorte, koji se desio tokom pregleda, kada je pacijentu iznenada pozlilo, a stomak je počeo da „raste na naše oči“. Pacijent upada u kardiogeni šok sa srčanim zastojem, uspešno ga reanimiramo, transportujemo ga u KC Srbije na kardiovaskularnu hirurgiju, gde je uspešno operisan. Sve ovo su edukativni slučajevi za dobru kliničku praksu.

Ključne reči: bol u stomaku, gastroenterološka oboljenja, srčani infarkt, aneurizma abdominalne aorte, dijagnostika.

INFEKCIJA BAKTERIJOM HELICOBACTER PYLORI – OD INFLAMACIJE DO NEOPLAZME

Joksimović Zoran

INTERNISTIČKA ORDINACIJA “JOKSIMOVIĆ” BOR

Bakteriju *Campylobacter pylori* koja je kasnije dobila ime *Helicobacter pylori* su 1979. godine identifikovali a 1982. kultivisali Barry Marshall i Robin Warren u Australiji. Naučnici su za "otkriće bakterije *H. pylori* i njene uloge u nastanku gastritisa i peptičkog ulkusa" 2005 godine dobili Nobelovu nagradu za medicinu i fiziologiju. Infekcija bakterijom *Helicobacter pylori* je najrasprostranjenija infekcija na svetu. Približno jedna polovina svetske populacije je inficirana ovom bakterijom. Do infekcije dolazi u detinjstvu, pre osme godine života. Infekcija bez usmerene terapije ostaje hronična kroz ceo život. Zbog ove infekcije 20% stanovništva oboli od peptičkog ulkusa želuca ili dvanestopalačnog creva. Kao posledica infekcije može se u 1-2% inficiranih razviti MALT limfom ili karcinom želuca. Kakav će biti ishod infekcije zavisi od virulentnosti soja *H. pylori*, od imunskog odgovora inficirane osobe i od nekih faktora kao što su pušenje, unos soli, unos nitrata, sastav crevne mikrobiote. Preporuke za lečenje *H. pylori* infekcije u Srbiji su donesene 1997 godine. Od tada se ova infekcija leči sistematski a eradikacija infekcije je prekinula hronični tok ulkusne bolesti želuca i duodenuma i bitno smanjila potrebu hirurškog lečenja ovih bolesnika. Danas znamo i to da je infekciju *H. pylori* potrebno tražiti i iskoreniti kod svih bolesnika koji koriste antiagregacionu terapiju i nesteroidna antiinflamatorna sredstva. IARC – (International Agency for Research on Cancer) Internacionalna agencija za zstraživanje raka je još 1994 prepoznala *H. pylori* kao kancerogen prvog reda. *H. pylori* je jedina bakterija koja je identifikovana kao uzročnik raka. Od svih karcinoma u svetu koji nastaju kao posledica infekcije *H. pylori* je odgovoran za nastanak njih 50,3%. Na drugom mestu je infekcija papiloma virusima 26,6% na trećem mestu hepatitis B i C sa 18,1% učešća u nastanku svih karcinoma usled infekcije. Sve inficirane osobe imaju histološku sliku aktivnog hroničnog gastritisa a kod forme predominantno atrofičnog gastrisa korpusa želuca koji ima najveći maligni potencijal u 40% slučajeva se razvije intestinalna metaplazija koja predstavlja prekancerozu. Hronični gastritis je posle eradikacije *H. pylori* infekcije reverzibilan dok je intestinalna metaplazija ireverzibilna promena. Dokazano je da se pravovremenim lečenjem infekcije *H. pylori* može sprečiti nastanak raka želuca. Ali, ako je intestinalna metaplazija već prisutna rak želuca se može razviti i posle iskorenjivanja infekcije. Mada, se ta mogućnost može umanjiti ukoliko infekciju izlečimo. Za lečenje koristimo kombinaciju inhibitora protonske pumpe i više vrsta antibiotika. Pacijente sa intestinalnom

metaplazijom možemo identifikovati i pomoću „serološke biopsije“ - određivanjem pepsinogena I i II i izračunavanjem odnosa između njih može se intestinalna metaplazija utvrditi pregledom krvi. Prema zadnjem izveštaji IARC od 2014 godine je zapisano da postoje dokazi da je moguće pravovremenim nacionalnim skriningom na infekciju *H. pylori* i lečenjem većine asimptomatskih nosilaca infekcije pre pojave prekanceroznih promena sprečiti pojavu raka želuca. Takav pristup je i sa stanovišta analize „troškovi-korist“ za državu isplativ. Smisleno bi bilo da se takvo testiranje počne kod osoba starosti između 20 i 30 godina, odnosno bar 15-20 godina pre pojave raka želuca u populaciji. Oni koji su tada inficirani još nemaju prekancerozne promene na sluznici želuca. Sa današnjim šemama lečenja *Helicobacter* infekcije moguće je postići eradikaciju kod 90% inficiranih u prvom pokušaju. Kumulativna mogućnost izlečenja posle tri pokušaja lečenja je 98%. Smrtnost od raka želuca je moguće smanjiti i kod onih, nešto starijih osoba, koje već imaju prekancerozne promene ako izlečimo infekciju. U razvijenim zemljama Evrope već postoje takvi programi a verujem da će se to uskoro desiti i kod nas - da se što pre počne sa nacionalnim programom za testiranje na infekciju *Helicobacter pylori* i lečenjem inficiranih. Sa incidencijom 25/100000 stanovnika Srbija spada u zemlje sa najvišom incidencom karcinoma želuca u Evropi. Da li je došao je čas da se taj broj značajno smanji?

E-mail: joksaz@ptt.rs

HRONIČNE INFLAMATORNE BOLESTI CREVA

Joksimović Zoran

INTERNISTIČKA ORDINACIJA "JOKSIMOVIĆ" BOR

Hronične inflamatorne bolesti creva (HIBC) su idiopatske, inflamatorne, hronične bolesti gastrointestinalnog trakta nepredvidivog toka. U osnovi HIBC je nekontrolisano zapaljenje u gastrointestinalnom traktu koje može dovesti do otkazivanja organa a koje je posledica pojačanog imunskog odgovora organizma na intraluminalne antigene u genetski prediponiranih pojedinaca. Etiopatogeneza HIBC je nejasna uprkos brojnim istraživanjima, jer se radi o složenoj i multifaktorijskoj prirodi bolesti, na koju utiče splet imunskih događanja, genetski polimorfizam i faktori životne sredine. U HIBC ubrajamo Crohnovu bolest (CB), ulcerozni kolitis (UK) (ove dve bolesti spadaju u najteže hronične bolesti savremenog doba) i mikroskopski kolitis (MK) koji je najblaža forma HIBC. Prema epidemiološkim podacima incidencija ovih bolesti raste, a u patogenezi bolesti prepoznati su genetski faktori i faktori okoline. Prvi identifikovani gen odgovoran za nastanak CB je NOD2/CARD15. Sve je više istraživanja koja su usmerena na crevnu mikrobiotu, koja, svakako ima važnu ulogu u nastanku i toku HIBC. Još uvek nije jasno zašto se kod HIBC crevna mikrobiota iz simbiotske promeni u patogenu.

CB je hronična, doživotna, bolest koja ima različit klinički tok kod različitih pacijenata. Može zahvatiti bilo koji deo gastrointestinalnog trakta od usta do anusa zahvatajući segmente creva. Često počinje u završnom delu ileuma. Između polja inflamacije mogu biti polja neizmenjene sluznice (tzv lezije na preskok). Glavna karakteristika Crohnove bolesti je transmuralna inflamacija. Bolest uglavnom napreduje sa egzacerbacijama i dovodi do komplikacija - stenoze/ strikture, fistule i apscesi. Kod UK je upala ograničena samo na sluznicu kolona, a promene se nalaze u kontinuitetu od rektuma prema proksimalnijim delovima creva. UK je hronična bolest najčešće protiče u naletima, a remisije mogu biti duge i po nekoliko godina. Na HIBC posumnjamo na osnovu anamneze i kliničkog pregleda. Za dijagnozu bolesti su značajne endoskopske, rentgenske i histološke potvrde. Laboratorijske analize su korisne u proceni aktivnosti inflamacije i uspešnosti terapije. Ekstraintestinalne manifestacije koje mogu biti prisutne skoro na svim organima i sistemima, srećemo u 35% bolesnika sa CB i UK. HIBC se leče medikamentno i hirurški. Princip lečenja HIBC do cilja podrazumeva zaceljivanje sluznice do duboke odnosno histološke remisije i zahteva optimizaciju lečenja od početka, čitavim tokom bolesti. Lekovi koje koristimo u lečenju ovih bolesnika su aminosalicilati, kortikosteroidi, imunomodulatori, antibiotici i u novije vreme biološki lekovi. To su u prvom redu antagonisti TNF-a a najkorišćeniji su infliximab i adalimumab.

E-mail: joksaz@ptt.rs

KOLOREKTALNI KARCINOM

Joksimović Zoran

INTERNISTIČKA ORDINACIJA "JOKSIMOVIĆ" BOR

Rak kolorektuma je u našoj zemlji drugi vodeći uzrok obolevanja u ženskoj (iza raka dojke) i muškoj populaciji (iza raka pluća). Pojavnost bolesti raste sa starošću i u pravilu se udvostručuje u svakoj deceniji nakon 40. godine života. Kod oba pola, stope incidencije za rak kolorektuma rastu sa godinama starosti i najviše su kod muškaraca od 70–74 g. i kod žena sa 75 i više godina. Muškarci u odnosu na žene češće obolevaju od raka kolorektuma i to za 1,1-1,6 puta. U razvijenim zemljama sveta stopa incidencije (na 100.000) za rak kolorektuma (30,1) je za oko tri puta veća u odnosu na nerazvijene zemlje (10,7). Sa standardizovanim stopama incidencije (27,0 na 100.000) i mortaliteta (16,6 na 100.000) od malignih tumora debelog creva, Srbija se već duži niz godina nalazi u grupi zemalja Evrope sa srednje visokim stopama obolevanja i visokim stopama smrtnosti od navedenih lokalizacija raka. Faktori rizika za nastajanje raka kolorektuma mogu biti nepromenjivi (uzrast i lična anamneza za polipozu, rak kolorektuma i inflamatorna oboljenja, nasledni faktori) i podložni prevenciji (ishrana, prekomerna telesna težina, dijabetes, fizička neaktivnost, alkohol, pušenje). Simptomi i znaci kolorektalnog karcinoma, uglavnom zavise od lokacije i da li se karcinom proširio i na druge delove tela. Neki od tipičnih znakova upozorenja uključuju: mučninu ili povraćanje, gubitak apetita, anemiju, krv u stolici, dugotrajan zatvor, smanjenje debljine stolice, i gubitak telesne težine. Dijagnostika obuhvata detaljnu i dobro uzetu anamnezu, digitorektalni pregled, testove za pregled stolice, rektosigmoidoskopiju, kolonoskopiju, irigografiju, CT kolonografiju i druge CT i MR testove kao i laboratorijska ispitivanja. Lečenje je najčešće multidisciplinarno. Uključene su hirurška terapija, radioterapija i hemioterapija. Često se primenjuju dva ili tri oblikalečenja. Primarna prevencija podrazumeva mere i postupke koji se sprovode pre pojave raka sa ciljem da ne dođe do njegovog nastanka. Eliminisanjem ili smanjivanjem stepena izloženosti čoveka faktorima rizika (neadekvatna ishrana, prekomerna telesna težina i gojaznost, sedentarni način života, pušenje, prekomerno konzumiranje alkohola i dr.) za rak kolorektuma doprineće smanjivanju incidencije ovog malignoma. U oktobru, 2015, 22 naučnika iz deset zemalja sastalo se je u Međunarodnoj agenciji za istraživanje raka (IARC) u Lionu, u Francuskoj, da se proceni kancerogenosti potrošnje crvenog mesa i prerađevina. Radnagrupa klasifikuje potrošnju prerađenog mesa kao "kancerogenu za ljude" (grupa 1) na osnovu dovoljnog dokaza u odnosu na rak debelog creva. Osim toga, pronađena je pozitivna povezanost sa potrošnjom prerađenog mesa i raka želuca. Radna grupa svrstava potrošnju crvenog mesa kao "verovatno kancerogenu za ljude" (grupa 2A). Potrošnja crvenog mesa je takođe pozitivno povezana sa rakom pankreasa i prostate. Korisna hrana su žitarice, povrće (naročito krstašice) i voće jer sadrže vitamine, minerale, vlakna i antioksidanse koji značajno smanjuju rizik od raka kolorektuma. Rizik od raka kolorektuma se smanjuje konzumiranjem dijetetskih vlakana i redukcija rizika raste sa sve većim njihovim unošenjem. Protektivna uloga, dijetetskih vlakana ogleda se u vezivanju vode, žučnih kiselina i drugih toksičnih materija, kao i u njihovom izbacivanju, čime se smanjuje koncentracija potencijalnih kancerogenih materija koje dovode do mutacija i nastanka raka debelog creva. Vlakna posebno nerastvorljiva povećavaju zapreminu stolice i ubrzavaju peristaltiku creva, što doprinosi bržem prolazu sadržaja digestivnog trakta, a to skraćuje dužinu kontakta potencijalnih kancerogenih materija sa sluznicom creva. Sekundarna prevencija podrazumeva organizovani skrining tj. organizovano, masovno pozivanje ciljane, na izgled zdrave populacije na testiranje stolice na okultno krvarenje. Kod osoba sa pozitivnim nalazom radi se kolonoskopija. Skrining omogućava ne samo otkrivanje raka debelog creva u ranoj fazi već i otkrivanje prekanceroznih lezija (polipa) čijim se uklanjanjem sprečava nastanak malignih promena i omogućava potpuno izlečenje u više od 76%-90% obolelih. U zemljama, u kojima se skrining program uspešno primenjuju već nekoliko decenija, zabeležen je pad smrtnost I od raka debelog creva.

E-mail: joksaz@ptt.rs

**KARDIO-GASTROENTEROLOGIJA - KARDIOVASKULARNI LEKOVA I PREVENCIJA
KOLOREKTALNOG CARCINOMA***Dušan Bastać*

INTERNISTIČKA ORDINACIJA DR BASTAĆ, ZAJEČAR

Uzimanje Aspirina je dobro ustanovljeno kod bolesnika sa poznatom kardiovaskularnom bolešću- sekundarnoj prevenciji kardiovaskularnih (KV) događaja već dugo (osim u slučaju kontraindikacija) dok je upotreba aspirina u primarnoj prevenciji predmet debate i postoje konfliktne informacije u velikim internacionalnim vodičima. Postoje dokazi u prilog I protiv aspirina (rizik od krvarenja) u primarnoj prevenciji kardiovaskularnih bolesti, uključujući skorašnje podatke u vezi prevencije malignih bolesti. U velikoj metanalizi iz 2013 (Sutcliffe P et al) benefit aspirina u primarnoj prevenciji na ukupni mortalitet je redukcija za 6% (RR=0,94), 10% redukcije velikih KV događaja i od 7-24% redukcije kancer –specifičnog mortaliteta, a posebno incidence kolorektalnog carcinoma. Apsolutni efekat je spasavanje 33 do 46 smrti, 60 do 84 velika kardiovaskularna događaja i 34 smrti od kolorektalnog carcinoma na 100 hiljada pacijent-godina. Opservacione kohortne studije su pokazale 22% do 28% redukcije kolorektalnog carcinoma i adenoma sa redovnom upotrebom aspirina duže od 6 godina. U Novoj meta-analizi 7 studija iz 2015 godine, kada je aspirin uveden posle dijagnoze kolorektalnog kancera (postijagnostički), on je pokazao ukupni benefit na preživljavanje predstavljen kao HR=0,84- redukciju mortaliteta za 16%. U dve velike Američke studije, praćeno je 88 hiljada žena i 47 hiljada muškaraca, 16 odnosno 20 godina. Dugotrajna (najmanje 5 godina) redovna upotreba aspirina je udružena sa skromnim ali signifikantnim sniženjem rizika od svih malignih bolesti (RR=0,97) a posebno digestivnog trakta (RR=0,85) i specijalno kolorektalnog carcinoma za 19% (RR=0,81). Kod osoba preko 50 godina starosti, redovna upotreba aspirina može da prevenira 33 kolorektalna carcinoma na 100000 bolesnik-godina. Antikancerogeni mehanizam dejstva aspirina i ostalih nesteroidnih antireumatika, osim antiinflamatornog efekta preko COX inhibicije jeste i indukcija apoptoze i supresija beta-katenin zavisne transkripcije i dr. Slične efekte imaju i inhibitori ciklooksigenaze 2. Antineoplastički i imunomodulatorni efekat statina, putem blokiranja produkcije izoprenoida jeste i antiinflamatorno dejstvo. Veliki broj studija sugerišu da statini snižavaju incidence kolorektalnog i drugih karcinoma: hepatocelularnog, pankreasa, jednjaka, želudca, pluća, ovarijuma, prostate i dojke. Objavljena je nova studija koja proučava odnos između korišćenja statina pre dijagnoze kancera i kancerom uzrokovanog mortaliteta u celoj populaciji Danske od 1995 do 2009 godine kod odraslih starijih od 40 godina. U poredjenju sa osobama koje ne uzimaju statine, pacijenti na statinima pre dijagnoze raka imali su 15% manju verovatnoću da umru od kancera ili drugog uzroka. Meta analizom iz 2015 godine, na oko 990000 učesnika je utvrđeno da predijagnostičko uzimanje statina smanjuje ukupni mortalitet za 21% (HR=0,79) a kancer-specifični mortalitet za 31% (HR=0,69), gde su grupe sa najboljim benefitom kolorektalni karcinom, karcinom prostate i karcinom dojke. Prognostički značaj predijagnostičkog korišćenja statina je u redukciji ukupne smrtnosti za 27% i kancer specifičnog mortaliteta za 20%, dok post-dijagnostička upotreba statina smanjuje samo kancer-specifični mortalitet ali ne i opšti mortalitet. Nova studija autora iz Bostona iz 2016 godine na 11000 bolesnika sa inflamatornim bolestima creva, koji su praćeni 12 godina, pokazala je signifikantno smanjenje nastanka kolorektalnog carcinoma za 35% (OD=0,35) u grupi a statinima i to nalaže razmtranje statina kao hemopreventivnog agensa. Dalja istraživanja su neophodna da utvrde pravi značaj statina u prevenciji kancera i možda ulogu u adjuvantnoj hemoterapiji kancera. Randomizovana kontrolisana studija Kalcijum u prevenciji polipa je našla smanjenje apsolutnog rizika za adenomatozne polipe za 7% za 4 godine i 12% pet godina po prekidu tereapije. Ima podataka da kurkumin, betablokatori, metformin i dr. utiču povoljno na preživljavanje kod kolorektalnog carcinoma.

E-mail: dusanbastac@gmail.com

Domaći simpozijum prve kategorije

**JUBILARNI
XXXV TIMOČKI MEDICINSKI DANI**

Zaječar, 13-15. maj 2016.

Akreditacija: A-1-2824/15 (red 16)

ORGANIZATOR



Подружница Зајечар

Suorganizatori

Zdravstveni centar Zaječar
Specijalna bolnica za rehabilitaciju "Gamzigad"
Zavod za javno zdravlje "Timok"Zaječar

Spisak Predavača po pozivu

Prof. dr Radoje Čolović. Akademik - redovni profesor SANU. Uža naučna oblast: Hepatobiliopankratična hirurgija. TEMA:800 GODINA MEDICINE KOD SRBA I 144 GODINE OD OSNIVANJA SRPSKOG LEKARSKOG DRUŠTVA

Prof.dr Ivan Paunović. Redovni profesor hirurgije .Načelnik Centra za endokrinu hirurgiju, KC Srbije.Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu. Uža naučna oblast: Hirurgija (endokrina hirurgija).TEMA: Hirurško lečenje karcinoma štitaste žlezde-iskustvo Centra za endokrinu hirurgiju KC Srbije.

Prof. dr sci.med. Ljubomir Panajotović, Prof. dr sci.med. Ljubomir Panajotović, hirurg plastičar, Evropski univerzitet, Beograd, Specijalna bolnica „Adonis“, Beograd .Redovni profesor Uža naučna oblast: Plastična i rekonstruktivna hirurgija. TEMA: KOMPRESIVNE NEUROPATIJE PODLAKTA I ŠAKE - KONZERVATIVNO ILI HIRURŠKO LEČENJE?

Prof. Dr Dr Krsta Jovanović, anesteziolog.Redovni prof dr sc. med. u penziji-VMAProfesor strukovnih studija. Visoka medicinska škola strukovnih studija Čuprija. Uža naučna oblastAnesteziologija i reanimatologija: TEMA I: AKUTNI ZASTOJ SRCA (CARDIAC ARREST) U TRUDNOĆI. TEMA II: ŠTA MOŽEMO SAZNATI IZ MEDIJSKIH IZJAVA ČLANOVA PORODICE TRUDNICA, BEZ UVIDA U MEDICINSKU DOKUMENTACIJU, O NESMOTRENIM ODLUKAMA LEKARA U SLUČAJEVIMA SMRTNOG ISHODA.

Prof. Dr Goran Jovanović, oralni hirurg, Medicinski fakultet Niš Klinika za stomatologiju. Odeljenje za oralnu hirurgiju. Redovni profesor. Uža naučna oblast:Oralna hirurgija. TEMA: Vilične ciste.

Doc. dr Rade S. Živković. Stomatološki fakultet Beograd. Klinika za stomatološku protetiku. Uža naučna oblast: Stomatološka protetika, gnatologija, Totalna proteza. TEMA: Otisak-prvi korak u uspešnoj protetskog rehabilitaciji

Prof. dr Ivica Stančić, Stomatološki fakultet, Beograd. Uža naučna oblast: Stomatološka protetika . TEMA: Fleksibilne proteze u savremenoj stomatološkoj protetici

Profesor Višeslav Hadži-Tanović. Spec.inter.kard.ord. "Dr Hadži-Tanović". Uža naučna oblast: Kardiologija.TEMA: Preventivna kardiologija.

Prof. Dr Branko Beleslin. Internista kardiolog. TEMA: Klinicka primena matricnih celija u lecenju akutne i hronicne srcane slabosti.

Prim dr sc med Dušan Bastać, lekar, primarijus, specijalista internista-kardiolog, magistar i doktor medicinskih nauka . Internistička ordinacija " Dr Bastać"Ul Kosančićev venac br 1619000 Zaječar . Uža naučna oblast: Kardiologija.TEMA: Stabilna koronarna bolest: Uloga vizuelizacionih ehokardiografskih I radioizotopskih testova opterećenja u dijagnostičkom i prognostičkom algoritmu u tri koraka.

Prof. dr Dragan Delić. Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Klinika za infektivne i tropske bolesti Kliničkog centra Srbije. Redovni profesor. Uža naučna oblast: Infektologija-hepatologija. TEMA: TERAPIJA HRONIČNOG HEPATITISA C: DA LI JE MOGUĆE IZLEČENJE HRONIČNE VIRUSNE INFEKCIJE ?

Prof dr Maja Jovanović, Klinika za infektivne bolesti, KC Niš. Uža naučna oblast: Infektivne bolesti.TEMA: Epidemija ebola - juče, danas, sutra

Prof. Dr Miodrag Vrbić, Klinika za infektivne bolesti – KC Niš. Uža naučna oblast: Infektivne bolesti. TEMA: MIKROBNA REZISTENCIJA NA ANTIBIOTIKE - OSNOVNA PRETNJA ZDRAVLJU

Doc. dr Ksenija Bojović, Medicinski fakultet Univerzitet u Beogradu.Klinika za infektivne I tropske bolesti KCS Beograd. Uža naučna oblast: Infektologija-hepatologija. TEMA:Hepatoceularni karcinom: dijagnostičke i terapijske mogućnosti u Srbiji, da li može bolje?

Prof. dr Biljana Kocić. Univerzitet u Nišu, Medicinski fakultet, Institut za javno zdravlje Niš. Uža naučna oblast: Epidemiologija.Zdravstveno vaspitanje.TEMA:Značaj dobrovoljnog poverljivog savetovanja i testiranja na HIV za prevenciju transmisije HIV infekcije sa majke na dete.

Dr Nenad Rudić. Psihijatar. Institut za mentalno zdravlje Klinika za decu i omladinu Beograd, Palmotićeveva 37.Uža naučna oblast: Dečja psihijatrija. TEMA: Problemi mentalnog zdravlja u ranom detinjstvu.

Prof.dr Aleksandra Stojadinović. Institut za zdravstvenu zaštitu dece i omladine Vojvodine, Novi Sad, Medicinski fakultet Novi Sad, Univerzitet u Novom Sadu. Uža naučna oblast: pedijatrija. Naslov: Digitalno siledžijstvo i adolescenti.

Prof.dr Jelisaveta Todorović, Filozofski fakultet Univerziteta Niš.Department za psihologiju. Uža naučna oblast: Psihologija. TEMA: PROCENA I TERAPIJA U PORODIČNOJ PSIHOTERAPIJI.

Prim dr sc. med. Suzana Stankovic, specijalista opste medicine, DZ Pirot. Uža naučna oblast: Opšta /Porodična medicina, Preventivna medicina / Kardiiovaskularne bolesti. TEMA: NASILJE U PORODICI I PARTNERSKIM ODNOSIMA-MOJA PROFESIONALNA ODGOVORNOST.

Prof.dr Budimka Novaković, Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu. Uža naučna oblast: Higijena ishrane, supspecijalista ishrane i bolesnih ljudi (dijetoterapeut). TEMA: MEDICINSKA NUTRITIVNA TERAPIJA VODEĆIH ZDRAVSTVENIH RIZIKA U REPUBLICI SRBIJI.

Prof. dr Slobodan Nikolić, Institut za sudsku medicinu Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. vanredni profesor. Uža naučna oblast: sudska medicina. TEMA: SAOBRAĆAJNI TRAUMATIZAM – PATOFORENZIČKI ASPEKTI

800 GODINA MEDICINE KOD SRBA I 144 GODINE OD OSNIVAŃA SRPSKOG LEKARSKOG DRUŠTVA

Радоје Чоловић

AKADEMIK - REDOVNI PROFESOR SANU

Болнице у Србији осниване су најпре при манастирима а тек доцније и у градовима. Свети Сава је 1198. године у Константинопољу посетио болницу при манастиру Свете Богородице Евергетиде, по угледу на коју је 1199. године основао болницу (келију) у манастиру Хиландар са 8 постеља. Њу су помагали скоро сви српски владари и многе велможе. Године 1208. или 1209. Свети Сава је основао и болницу у коначима манастира Студенице, намењену лечењу манастирских монаха. Болница у Студеници је била прва болница на тлу Србије. Састојала се од једне а по потреби је проширивана на 2 собе у коначима. О раду болнице се веома мало зна. Њен управник, тзв. „работник”, био је емпирик, биран из редова монаха. По потреби, њему је додељиван и други „работник”. Манастир па тако и болница у Студеници су, захваљујући ктитору и дародавцима, имали редовне изворе прихода. Рад болнице био је регулисан у гл. 40. Студеничког типика *О болници и о болничарима*. Болница је била значајна за живот манастира. У лечењу коришћени су одмор, боља храна него за остале монахе, али и чајеви припремљени од лековитих трава, гајених у манастирској башти од семена које је Свети Сава донео са Блиског Истока и Свете Горе и биљака сакупљаних у околини манастира. Вероватно је коришћено и пуштање крви (венесекција – флеботомија и примена пијавица). Године 1308. Краљ Стефан Урош II Милутин, зет Андроника II Палеолога, помогао је обнову у пожару оштећеног манастира Светог Јована Крститеља - Претече у Цариграду и у оквиру њега подигао болницу. При овој болници основана је Медицинска школа, у којој се, као и у другим византијским медицинским школама, медицина учила уз рад у болници. Почетком XV века школа је прерасла у *Училиште при болници*, а болница се звала *Краљевом болницом* или *Српском болницом*. Болница и Училиште радиле су до пада Цариграда у руке Мехмеда II освајача 1453. Године. Краљ Милутин је 1315. године основао и болницу у манастиру Светих Архангела Михајила и Гаврила у Јерусалиму, коју су српски монаси 1678. године заједно са манастиром предали грчком Патријарху. Верује се да је оснивао болнице и у оквиру већине својих многобројних задужбина (46) на тлу Србије. Болницу у својој задужбини, Високим Дечанима, Стефан Дечански је 1330. године основао по угледу на болницу при манастиру Пантократора Сведржитеља у Цариграду (данас Зејрик џамија цариградску болницу. Била је то највећа српска средњовековна болница, која је имала 5 одељења. Болница у Високим Дечанима радила је до средине XVIII века. За време Стефана Дечанског у Србију по први пут почињу долазити лекари са Запада, школовани у Салерну (Италија), Монпељеу (Француска), а доцније и лекари школовани у Падови, Болоњи, Венецији, Ферми и Риму. Најчешће су долазили преко Котора и Дубровника, који су одржавали трговачке везе са градовима Италије. Тако је у два наврата, 1324. и 1329. године, магистар Едигиус долазио је да лечи краља Стефана Уроша III Дечанског. Према Р. Катићу од XIV-XVI века у Србију је долазило или у њој радило најмање 49 страних лекара и 26 апотекара: у XIV веку било их је 15, у XV 30 и у XVI 14. Неки од ових лекара су у Србији остали до краја живота и сахрањени су у њој. Доласком страних лекара у Србију, полако почиње да слаби утицај византијске и да расте утицај западне медицине на српску медицину, што је било важно, јер је раније напреднија византијска медицина почела заостајати због организације њених медицинских школа,

у којима се медицина учила уз рад у болници као занат, тако да су ученици бивали само боље или лошије копије својих учитеља. За разлику од њих, новоосноване медицинске школе у Салерну, Монпељеу и другде на Западу биле су праве школе са медицинским предметима, као што су анатомија, која се изучавала сецирањем животиња (свиња и мајмуна), физиологија и др. Верује се да је захваљујући доласку лекара из Италије, медицина у средњовековној Србији била у или близу нивоа тадашње западне медицине, са изузетком хирургије, која је у Србији, не рачунајући српско приморје, заостајала јер се сводила се на лечење рана и пуштање крви. Цар Душан је 1342. године основао болницу у коначима манастира Свети Архангели у Призрену. У повељи манастира је стајало: „Што се тиче болнице, она да се уреди по закону, који је прописао Краљ, Наш отац, да има 12 постеља, и ко год да се разболи, да буде примљен у болницу, а хроми и слепи да се не држе“. Манастир и болницу у Призрену разорио је Синан-паша 1613. године. У двору Цара Душана 1333. године помиње се италијански лекар Magister Antonius (physicussallariatusdominiregis) а 1354. Milicinus de Praeserin (homodominii imperatoris), који је наводно био српског порекла. Ови лекари су сматрани утицајним на Двору, те се верује да су преко њих стране дипломате понекад успешно обављале своје послове. Кнез Лазар је 1381. године у манастиру Раваница подигао „болницу за монахе, за странце и ослабљене“. Изгледа је део болесника у Раваници лечен и у оближњем манастиру Сисојевцу. Болници у Хиландару кнез Лазар је поклонио више села да се приходи од њих троше „за неговање и утеху болесника“. У српском приморју било је више лекара и апотекара. Катић наводи и конкретна имена: апотекар Albergetus из Венеције је основао прву апотеку у Котору (1326. године), Philipus de Fermo је био лекар у том граду (1330), Menca Antibaranus је био лекар у Бару (1330), Magistar Paulus, „Barberius de Barleta, Sallariatus Comunicatis Cathari“ (1332) и др Pietro Ainesi, „medico et chirurgico di questa città“ (1350). Добротворно Друштво Светог Духа основало је болницу Хоспитал Светог Духа, која се одржала до 1621. Братство светог крста је 1372. године основало Хоспитал Светог Крста за смештај и лечење сиромаша, а 1431. основан је Хоспитал Ст. Лазара за лепрозне. Giovanni Mangrela (excelens artium et medicinae professor) 1545. године био је градски лекар у Котору. Хоспитали су често подизани изван градских и манастирских зидина. Деспот Стефан Лазаревић, у Београду „...сазида болницу странпријемницу за болне на најслађој води“, око ње „...засади свакојаког изабраног воћа и приложи села и наследство много у којој болне и стране храњаше и олакшања њима даваше“. Ова болница на Калемегдану, није била подигнута за потребе калуђера већ за потребе становника Београда. Болницом је све до смрти управљао магистар медицине Хијеронимус де Санкто Мињато из Фиренце. На двору деспота Стефана 1407. године радио је др Данила де Пасинис. На двору Деспота Ђурђа Бранковића боравило је више лекара, али болница у Смедереву није основана. Доласком Турака, највећи број манастирских и градских болница у Србији је пропао. Болнице у Високим Дечанима и у манастиру Милешева задржале су се најдуже. Лечење су преузели народни лекари који су и у 19. веку имали улогу у лечењу народа, јер је Србија у тај век ушла баз болница и без лекара. Од појаве првог школованог лекара 1819. године број лекара је лагано растао тако да их је у време формирања Српског лекарског друштва било око 60 да би пред Први Балкански рат Србија имала 370 а пред велики рат 405 лекара. Тек ће оснивање Медицинског факултета временом број лекара довести на колико толико оптималну меру.

HIRURŠKO LEČENJE KARCINOMA ŠTITASTE ŽLEZDE-ISKUSTVO CENTRA ZA ENDOKRINU HIRURGIJU KC SRBIJE

Prof.dr Ivan Paunović

MEDICINSKI FAKULTET, UNIVERZITET U BEOGRADU

Cilj: Adekvatan pristup hirurškom lečenju karcinoma štitaste žlezde još uvek nije dovoljno razjašnjen.

Uvod: Karcinomi štitaste žlezde su najčešći karcinomi endokrinih organa ali retki u poredjenju sa karcinomima drugih lokalizacija. Operacija, za razliku od karcinoma drugih lokalizacija, karcinoma štitaste žlezde je inicijalno najbolji način lečenja, što znači da je karcinom štitaste žlezde hirurško oboljenje. Histopatološka i klinička klasifikacija karcinoma štitaste žlezde kao i tip operacije i praćenje zavise od porekla ćelija štitaste žlezde iz kojih nastaje karcinom. Dobro diferentovani (papilarni i

folikularni karcinom) (DTC) i slabo diferentovani (anaplastični karcinom) (ATC) su karcinomi štitaste žlezde folikularnog porekla (tireocita). Medularni karcinom štitaste žlezde (MTC) porekla je „C“ (kalcitonin stvarajućih ćelija) ćelija štitaste žlezde koje se još uvek pogrešno nazivaju parafolikularne ćelije i pored toga što se C ćelije mogu naći i intrafolikularno.

Metod: Analizirani su literaturni podaci i poređeni sa ličnim iskustvom autora, a u vezi sa adekvatnim hirurškim lečenjem različitih vrsta karcinoma štitaste žlezde.

Diskusija: Diskusija vezana za adekvatno hirurško lečenje DTC traje već trideset godina, a prema autorovom mišljenju trajeće i narednih trideset godina. Na osnovu svog tridesetogodišnjeg iskustva, autor smatra da svakom pacijentu sa preoperativno potvrđenom dijagnozom DTC ili suspektnim DTC treba pristupi individualno. Tip operacije treba da zavisi od intraoperativnog nalaza, godina starosti, prisustva ili odsustva cervikalne limfonodopatije kao i prisustva ili odsustva udaljenih metastaza. U poredjenu sa DTC, jasno je da je u slučaju MTC totalna tiroidektomija sa centralnom disekcijom operacija izbora kako za sporadični tako i za nasledni MTC. Dijagnoza ATC se na osnovu autorovog iskustva u regionu Zapadnog Balkana najčešće postavlja kasno, kada je bolest uznapredovala i kada je jedino moguće redukcija tumora u cilju deliberacije traheje. S obzirom da se na ovim prostorima ATC najčešće javlja kod pacijenata koji su dugo godina imali polinodoznu strumu, praćenje ovih pacijenata i hitna operacija u slučaju potvrđenog ATC aspiracionom biopsijom tankom iglom se savetuje.

Zaključak: Endokrini hirurg treba da razume prirodu oboljenja organa koji operiše, a da u slučaju karcinoma štitaste žlezde ima jasnu ideju šta planirana operacija donosi pacijentu koga operiše. Preoperativna i intraoperativna evaluacija hirurga kao i sposobnost hirurga da razume posebnost karcinoma štitaste žlezde u poredjenju sa karcinomima drugih lokalizacija su kamen temeljac uspešne operacije karcinoma štitaste žlezde.

КОМПРЕСИВНЕ НЕУРОПАТИЈЕ ПОДЛАКТА И ШАКЕ -КОНЗЕРВАТИВНО ИЛИ ХИРУРШКО ЛЕЧЕЊЕ?

Проф. др сци.мед. Љубомир Панајотовић

EVROPSKI UNIVERZITET, BEOGRAD, SPECIJALNA BOLNICA „ADONIS“

Синдром компресије нерва или компресивна неуропатија (КН), познат и као неуропатија укљештења, је стање узроковано директним притиском на појединачни периферни нерв. Стање карактерише бол и / или губитак функције (моторне и / или сензорне) нерва. КН могу бити акутне или хроничне. Карактеристика акутне КН је акутни настанак симптома неуропатије после пролонгираног периода компресије на нерв. Карактеристичне су понедељничка парализа радијалиса код алкохоличара, неуропатија при нарочитом положају руке код спавања, неуропатија након апликације повескеитд. Хроничне или неуропатије укљештења подразумевају компресивне мононеуропатије узроковане хроничним механичким надражајем нерва у пределу природно узаних анатомских пролаза. Овај притисак може бити спољашњи (нпр. компресија на лакат у случају неуропатије улнариса), или унутрашњи (нпр. притисак или истезања нерва од стране суседних ткива, као што су калус након фрактуре кости, задебљање синовијалне опне тетива, фиброзне траке, тумори и нормални или аберантни мишићи у близини нервних стабала). Хронична неуропатија може бити узрокована и гојазношћу, менструацијом, трудноћом, менопаузом и системским поремећајем, као што су реуматоидни артритис, акромегалија или хипотиреоза. Симптоми и знаци КН зависе од тога који је нерв захваћен, колико тешко, у којој зони и дужини и колико дуго. Сензорна симптоми су обично најранији, посебно пецкање и неуропатски бол, чему следи смањење осетљивости или потпуна обамрлост. Слабост мишића се обично примети касније, и повезује се са атрофијом мишића. У случајевима нервних укљештења, најмање један део компримованог живца је мобилан. Због тога понављање наглих покрета, или трљање / клизање преко оштрих, уских ивица, при покрету у суседном зглобу резултира хроничном повредом. Иmobilizација сплентом или прилагођавање начина живота тада може решити симптоме. КН у подлаку и шаки медијануса су: pronator sy, anterior interosseus sy, carpal tunnel sy, улнариса: cubital tunnel sy, guyon canal sy и радијалиса: radial tunnel sy, wartenberg sy. Најчешћи су синдроми карпалног и кубиталног канала (80 -90%). Дијагноза се поставља на основу

специфичне симптоматологије, доброг неуролошког прегледа са тестовима као што су Тинел и Фален, електромиографије (ЕМНГ), нативне радиографије и нуклеарне магнетне резонанце (НМР). Лечење отпочиње конзервативним мерама у већини случајева. КН код системских обољења као што су обољења тироиде или аутоимуне болести могу се ефектно санирати третирањем етиолошког фактора. У некомпикованим, несистемским случајевима, конзервативни третман се углавном састоји од едукације пацијента да усвоји избегавање одређених покрета или положаја руке или се препоручује ношење ортозе ради смиривања симптома. Кондициониране вежбе, физиотерапија у циљу редукције отока и мишићног спазма, криотерапија и електротерапија (ТЕНС), нестероидна антиинфламаторна аналгетска средства и периодично убризгавање инјекције кортикостероида (бупивакаин и дексаметазон) у околинину компримованог живца може донети дугорочно олакшање. Хирургија се препоручује код пацијената код којих неоперативне мере немају ефекта и / или оних са тешким и дуготрајном симптомима или мишићном слабашћу. Општи принцип оперативне интервенције је декомпресију нерва у зонама компресије. У неким случајевима, лежиште живца треба проширити, или нерв транспоновати. Карпал тунел синдром се може оперисати отвореним методом, методом малих резова или лапараскопски. Код свих КС хирург доноси одлуку да ли ће само ослободити притиска живац (спољна неуролитиза) или и учинити епинеуротомију (унутрашња неуролитиза) или чак фасцикулолизу. Хируршко лечење прати период рехабилитације.

АКУТНИ ЗАСТОЈ СРЦА (CARDIAC ARREST) У ТРУДНОЋИ

Јовановић К.(1), Панајотовић Љ.(2), Радојчић Љ.(3), Милошевић Љ.(4)

(1) ВИСОКА МЕДИЦИНСКА ШКОЛА СТРУКОВНИХ СТУДИЈА ЂУПРИЈА, (2) ЕВРОПСКИ УНИВЕРЗИТЕТ, БЕОГРАД, (3) ВМА, (4) КБЦ ЗВЕЗДАРА БЕОГРАД

Акутни застој срца се ретко дешава код трудница око 1 : 20.000 -30.000 порођаја по западним истраживањима (1). Мада редак, удружен је са високим морталитетом и мајке и фетуса. У мултицентричној студији на 55 трудница са застојем срца, утврђено је преживљавање од 15% (8/55) а изведено је 12 пери-мортем царских резова (2). Према томе, иако су труднице млађе старосне доби него други пацијенти који доживљавају застој срца, њихово преживљавање је у веома ниском проценту. Најчешћи узроци застоја срца код трудница (према подацима из УСА и УК) су: акутна тромбоемболија плућа 29 %, хеморагија 17 %, мождани удар 5 %, идиопатска кардиомиопатија и друге болести срца 8 %, хипертензивна болест и еклампсија 2,8 %, анестезиолошки проблеми 2 % итд (1). Даље, код трудница постоје значајне физиолошке и патофизиолошке промене (повећан минутни волумен срца, повећан минутни волумен дисања, едем организма а посебно ваздушног пута, притисак на аортокавалне крвне судове итд.), које захтевају модификације стандардних мера кардиопулмоналне реанимације (КПР) (компресије грудног коша, поступци одржавања ваздушног пута и вентилације плућа, леви латерални положај на леђима, повећана могућност аспирације итд.) (3). Такође, за време извођења кардиопулмоналне реанимације трудница, реаниматори имају два потенцијална пацијента мајку и фетус а успешна реанимација мајке је највећа нада за рађање живог детета. За временски период од пет минута, очекује се да реаниматори дијагностикују застој срца код мајке, започну кардиопулмоналну реанимацију а акушери породе фетус царским резом, уколико адекватни минутни волумен срца није одмах успостављен (пери – мортем царски рез). Данас, за дијагнозу и праћење успешности КПР поред стандардних симптома и знакова и примене ЕКГ- а, постоје и нова поуздана средства као што су капнографија, пулсна оксиметрија и ултразвук (3). Уколико се дијагностикује да трудница иде према застоју срца, разматра се хитна хистеротомија или царски рез а успешна КПР некада омогућује да се трудноћа изнесе до краја (4). Одлука о хитној хистеротомији (царски рез) се не разматра уколико је трудноћа стара < 20 недеља јер гравидни утерус не компромитује значајно минутни волумен срца и не утиче значајно на успешност КПР. Код трудноће старе 20-23 недеље, одлука о хитној хистеротомији се доноси ради успешне реанимације мајке а не због преживљавања новорођенчета јер је она мало вероватна. Код трудноће 24-25 недеља већ постоји могућност спасавања и мајке и детета (4). У закључку, обезбеђивање ефикасног и брзог

медицинског збрињавања код трудница које су доживеле застој срца, представља веома комплексан процес који захтева предходно знање и обуку читавог особља, како акушерског тако и анестезиолошког тима. КПП има своје специфичности, како у поступцима, тако и примени одређених алгоритама, који се могу извести само кроз сарадњу целог обученог тима и уз примену одређене савремене опреме (5).

ШТА МОЖЕМО САЗНАТИ ИЗ МЕДИЈСКИХ ИЗЈАВА ЧЛАНОВА ПОРОДИЦЕ ТРУДНИЦА, БЕЗ УВИДА У МЕДИЦИНСКУ ДОКУМЕНТАЦИЈУ, О НЕСМОТРЕНИМ ОДЛУКАМА ЛЕКАРА У СЛУЧАЈЕВИМА СМРТНОГ ИСХОДА

Јовановић К.(1), Панајотовић Љ.(2), Радојчић Љ.(3), Милошевић Љ.(4)

(1) ВИСОКА МЕДИЦИНСКА ШКОЛА ЂУПРИЈА, (2) ЕВРОПСКИ УНИВЕРЗИТЕТ, БЕОГРАД, (3) ВМА, (4) КБЦ ЗВЕЗДАРА, БЕОГРАД

Циљ рада односи се на приказ случаја труднице са смртним исходом а на основу изјава у новинама чланова породице о несмотреним одлукама лекара, без увида у медицинску документацију. Даљи циљ је развијање дискусије од стране присутних лекара и доношење закључака шта је медицински исправно урађено а где су донете несмотрене одлуке.

Приказ случаја: Трудница стара 36. година, здрава. Три нормално изнешене трудноће. Порођаји извршени царским резом у гинеколошко-акушерском одељењу Регионалне болнице. Прва трудноћа - завршена без компликација. Друга трудноћа - завршена без компликација. Након царског реза оперисана хернија на резу. Створено велико поверење и пријатељство између пацијенткиње и акушера. Трећа трудноћа - након порођаја здравог детета царским резом, масивна хеморагија са развојем хеморагијског шока, која је индиковала хитну хистеректомију уз надокнаду волумена великом количином течности, пуне крви, компонената крви и деривата. Хистеректомија је урађена уз велике хируршке проблеме уз успешно заустављање крвављења што је касније акушер назвао „херојским делом“ због спасавања живота пацијенткиње. Међутим, последица тог херојског дела је била оштећење свих околних органа : уретера, мокраћне бешике, црева што је захтевало укључење општил хирурга и уролога у даље хируршко лечење постојећих повреда што је трајало више сати. Пацијенткиња је после операције била релативно хемодинамски стабилна али се одмах видело да трбух није решен. Развој сепсе индиковало је премештај пацијенткиње у терцијерну установу где је пацијенткиња лечена 3,5 месеца. Два пута је изведена лапаротомија са покушајем да се хируршки проблем реши али без већег успеха. Сепса и МОДС су се неумитно развијали у најтежем облику. Више пута је долазило до застоја срца, који су успешно решавани али је смртни исход настао после 3,5 месеци безпоштедне борбе.

Закључак: Које су несмотрене одлуке донешене :

1. Породица – одлука о очувању и изношењу треће трудноће и поред сазнања које су операције раније рађене и које су последице могле да направе.

2. Акушер :

- охрабривање труднице да ће све бити у реду и у трећој трудноћи
- лоша процена и неупућивање труднице у терцијерну установу са већим искуством у
- оваквим ризичним трудноћама.
- погрешно схватање да је хитном хистеректомијом и заустављањем крвављења ствар
- била медицински решена на нивоу регионалне болнице а врућ кромпир је касније
- пребачен у терцијерну установу.
- На крају остају горке речи мужа и оца: „А шта ћу ја сам са троје мале деце“.

FLEKSIBILNE PROTEZE U SAVREMENOJ STOMATOLOŠKOJ PROTETICI

Проф. др Ивица Станчић

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ, БЕОГРАД

Poslednjih decenija u svetskoj literaturi i kliničkoj praksi pažnja se sve više posvećuje novim gradivnim termoplastičnim materijalima u terapiji krezubosti. Valplast® je najpoznatiji predstavnik komercijalnih termoplastičnih materijala. Sistem Valplast®-a obeležava jednu novu epohu u razvoju mobilnih proteza. Kliničke reference ukazuju da proteze načinjene od ovog materijala funkcionalno i estetski u potpunosti zadovoljavaju, nemaju metalne kukice koje narušavaju izgled pacijenta, transparentne su, odlično se uklapaju u boju desnii veoma su fleksibilne. Za njihovu primenu nije potrebna priprema zuba, mekog tkiva niti koštane podloge. Retencija ovih proteza oslanja se isključivo na podminirane detalje nosećih tkiva, naročito u bukalnoj i labijalnoj regiji, kao i podminirane delove retencionih zuba u koje zalaze fleksibilni produžeci Valplasta®, tzv. dento-alveolarne kukice (*wrap-around clasps*). Iz tih razloga se smatra da su manje traumatične za retencione zube, a posebno one koji su parodontalno insuficijentni. Zahvaljujući svojim fizičkim i biološkim osobinama Valplast® pokriva široko indikativno područje u terapiji krezubosti kod svih pacijenata kojima kompleksni, visoko estetski radovi nisu dostupni iz zdravstvenih ili finansijskih razloga.

OTISAK PRVI KORAK U USPEŠNOJ PROTETSKOJ REHABILITACIJI

Prof. др Раде С. Живковић.

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ БЕОГРАД, КЛИНИКА ЗА СТОМАТОЛОШКУ ПРОТЕТИКУ.

Otisak predstavlja kopiju zuba ili drugih tkiva usne duplje u obrnutom obliku, „negativu“ na osnovu koga se određenim postupkom dobija model koji verno reprodukuje reljef tkiva sa kojih je otisak uzet (zubi i okolna meka triva). Samim tim cilj otisnih materijala koji se koriste u stomatološkoj praksi jeste reprodukcija oblika i odnosa zuba i oralnih tkiva.

Zahtevi koje treba da ispune otisni materijali:

- da su neškodljivi za ljudski organizam
- da se lako pripremaju i jednostavno aplikuju
- da im je vreme vezivanja relativno kratko
- da se ne lepe za tkiva koja otiskuju
- da hemijski ne reaguju sa sadržajem usta i materijalom od kojeg se izliva radni model
- da su dimenzionalno stabilni u različitim uslovima
- da su prijatnog mirisa i prihvatljive boje

Postoji više podela otisnih materijala prema različitim kriterijumima

Podela otisnih materijala na osnovu svojstava koja oni pokazuju po vezivanju-očvršćavanju: Neelastični (gips za otiske, termoplastične mase, cink-oksidi eugenol paste, otisni voskovi) i Elastični (Hidrokoloide: a.reverzibilni b.ireverzibilni i Elastomeri : a.polisulfidi b.kondenzacioni i adicijoni silikoni c.polietri).

Podela otisnih materijala na osnovu mogućeg mehanizma vezivanja: materijali čije se vezivanje odvija putem hemijske reakcije (ireverzibilni), materijali čije se vezivanje odvija zahvaljujući temperaturnim promenama (reverzibilni).

Tehnike otiskivanja: DVOFAZNI OTISAK: prvi otisak se uzima gušćim a drugi sa ređim -tečnim materijalom u standardnoj kašici u dve faze. SENDVIČ JEDNOFAZNI OTISAKistovremeno se unose testasti materijal za standardnu kašiku i drugi tečni materijal špricom oko preparisanih zuba otisak sa dva materijala u jednoj fazi. JEDNOFAZNI OTISAK: jedan materijal za individualnu kašiku i za preparisane zube, koji se unose u isto vreme (“špric metoda”) u jednoj fazi.

PREVENCIJA KARDIOVASKULARNIH OBOLJENJA U SRBIJI 2016 PREDLOG NACIONALNOG PROGRAMA

Prof. dr sci. med Višeslav Hadži-Tanović
KLINIKA ZA SRCE „DR HADŽI-TANOVIĆ“, BEOGRAD

Kardiovaskularne bolesti (KVB) su na prvom mestu u svetu po broju obolelih i umrlih u poredjenju sa ostalim bolestima, na primer u EU smrtnost od KVB je 48% svih bolesti. Prevencija je na žalost u Srbiji zapostavljena, tako da je Srbija na žalost u svetskom vrhu po broju umrlih od KVB i taj procenat iznosi 62% od svih umrlih. To stanje se svake godine pogoršava, tako da već sada u Srbiji dnevno umre od KVB oko 150 ljudi, odnosno godišnje umre preko 55.000 ljudi, skoro čitav grad. Na žalost Srbija je u svetskom vrhu ne samo po morbiditetu i mortalitetu od KVB, već i od malignih i mentalnih oboljenja.

Faktori rizika za nastanak KVB su dobro poznati i zato njihova amortizacija i eliminacija predstavlja suštinu dobre i uspešne preventive. Na genetiku do sada nismo mogli da utičemo, ali poslednja istraživanja pokazuju da ćemo ubuduće i tu moći preventivno da utičemo na razna oboljenja, pa i na kardiovaskularna. Medjutim u svemu tome najveću ulogu igra ateroskleroza i stanje krvnih sudova, od čijih prohodnosti zavisi ishrana srca i mozga. Naime zapušenje jednog od krvnih sudova srca ili mozga dovodi do srčanog infarkta ili moždanog udara sa raznim stepenima posledica. Zato kada govorimo o preventivi najviše mislimo kako da sprečimo ili usporimo napredovanje ateroskleroze. U okviru dobre preventive preporučuje se eliminisanje faktora rizika koji izazivaju srčani infarkt i moždani udar, a to znači amortizovati stres, normalizovati povećani krvni pritisak, normalizovati povećani holesterol i trigliceride, normalizovati šećer u krvi i stabilizovati hronična oboljenja bubrega, endokrinih žlezda i drugih oboljenja, smanjiti telesnu težinu, promeniti režim ishrane, prestati sa pušenjem, povećati kretanje i obavezno bar jedanput godišnje podvrći se kardiološkom pregledu.

Sagledavajući potencijale srpskog zdravstva, kako u državnom, tako i u privatnom zdravstvu, zaključili smo da postoje veliki neiskorišćeni potencijali u prevenciji za smanjenje KVB. Za to je potrebna Nacionalna konferencija na kojoj bi se postigao Nacionalni konsenzus na svim nivoima društva, kako na stručnom, tako i na političkom i medijskom planu, naravno uključujući i nevladine organizacije.

NACIONALNI PROGRAM PREVENCIJE KARDIOVASKULARNIG BOLESTI U SRBIJI-PREDLOG

1. Edukacija građana Srbije, putem intenzivne, višegodišnje kampanje o faktorima rizika za KVB, putem svih vrsta medija, posebno TV i elektronskih i primena neposredne edukacije pacijenata u lekarskoj ordinaciji primarne i sekundarne zdravstvene zaštite
2. Preventivne sistematske preglede organizovati bar jedanput godišnje, za rano otkrivanje faktora rizika
3. Otklanjanje faktora rizika u potpunosti ili ih amortizovati nefarmakološkom ili medikamentoznom terapijom
4. Primeniti pravovremenu i adekvatnu terapiju KVB, kako u početnoj, tako i u hroničnoj fazi bolesti
5. Sprovesti permanentan tretman hroničnih bolesti kao što su šećerna bolest, hronično oboljenje bubrega i endokrinih žlezda i druga hronična oboljenja
6. Uspostaviti dobru komunikaciju između različitih nivoa zdravstvene službe i uključenje i privatnog zdravstvenog sektora kao ravnopravnog partnera

Nacionalni program prevencije kardiovaskularnih oboljenja morao bi da objedini sve nacionalne resurse. To podrazumeva ministarstvo zdravlja, sva strukovna udruženja lekara iz državnog i privatnog sektora, zatim naučne institucije, SANU, medicinske fakultete, političke partije, NGO, posebno za zaštitu prava pacijenata i druge. Programski svako bi bio nosilac dela posla, a uspeh bi se analizirao, merio i korigovao periodično na godišnjem nivou. Uspeh bi bio ako bi za 10 godina smanjili broj obolelih i umrlih od kardiovaskularnih bolesti u Srbiji za 30%, što je proseka u drugim zemljama sa dobrom prevencijom.

Ključne reči: kardiovaskularne bolesti, faktori rizika, prevencija, nacionalni program.

STABILNA KORONARNA BOLEST: ULOGA VIZUELIZACIONIH EHOKARDIOGRAFSKIH I RADIOIZOTOPSKIH TESTOVA OPTEREĆENJA U DIJAGNOSTIČKOM I PROGNOСТИČKOM ALGORITMU U TRI KORAKA

Prim Dr Sc Dušan Bastać

INTERNISTIČKA ORDINACIJA DR BASTAĆ

UVOD: Stabilna koronarna arterijska bolest (SCAD) se definiše putem različitih evolucionih faza koronarne bolesti (CAD), isključujući situacije gde dominira koronarna tromboza (akutni koronarni sindromi). Važeći vodič Evropskog udruženja Kardiologa iz 2013 godine je dao savremeniji koncept selekcije optimalnog testa za dijagnozu: test fizičkim opterećenjem (EKG TFO), ehokardiografski stres test putem fizičkog ili farmakološkog opterećenja (SEHO) i radioizotopski perfuzioni stres testovi (PSM-stres test) putem fizičkog ili farmakološkog opterećenja radi povrdjivanja kliničke dijagnoze na bazi pre test verovatnoće i stratifikaciju rizika stabilne koronarne arterijske bolesti (SCAD). Septembra 2014 je objavljen Novi evropski vodič za Revaskularizaciju miokarda, gde su dodatno precizirani stavovi o ulozi vizuelizacionih EHOKARDIOGRAFSKIH i radioizotopskih testova opterećenja kod stratifikacije rizika za mortalitet i revaskularizacije kod stabilne angine. Visok rizik se definiše kao kardiovaskularni godišnji mortalitet veći od 3% (Tredmil Djukov skor manje od -11, Area ishemije >10% za SPEKT ili ≥3 segmenta leve komore LV na stres ehov). Srednji rizik je mortalitet godišnje između 1 i 3% (Area ishemije 1-10% ili 1 do 2 segmenta sa ishemijom na stress EHO). Nizak rizik je KV mortalitet ispod 1% (TM >5, nema ishemije na perfuziji i stres ehov)

METODOLOGIJA: Povećan je i obnovljen značaj PRE-TEST VEROVATNOĆE bolesti (PTV)-ALGORITAM U TRI-3 KORAKA: PRVI- određivanja pre-test verovatnoće bazirane na tipu simptoma, starosti i polu (srednja PTV je 15% do 85%). DRUGI KORAK- Selekcija optimalnog testa bazirana na profilu pacijenta, lokalnoj dostupnosti metoda i ekspertizi te postavljanje dijagnoze SCAD ili stabilne angine pectoris i uvođenje optimalne konzervativne terapije (OMT-nefarmakološke metode-redukcija rizika i farmakoterapija). TREĆI KORAK: Uz nastavak OMT obavezna STRATIFIKACIJA RIZIKA od neželjenih događaja putem vizuelizacionih testova opterećenja 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) ili kao alternativa neinvazivno određivanje Doppler koronarne rezerve protoka (CFR)- što nije zvanična preporuka iz vodiča. Novost je izvođenje dvostrukog Dual testa kada se radi stres ehov i određivanje koronarne rezerve protoka dipiridamolskim stres ehov testom u istom aktu, kada se povećava senzitivnost i specifičnost testa. 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-daju visok rizik. Rizik takodje modifikuju EKG anomalije u miru i vrednost Ejekcione frakcije leve komore ispod 50% (LVEF < 50%).

EVROPSKE PREPORUKE ESC: EKG Test fizičkim opterećenjem (TFO) je preporučen kao inicijalni test za postavljanje Dg stabilne koronarne bolesti u pacijenata sa simptomima angine pectoris I nižim rangom SREDNJE pre-test verovatnoće (15-65%) za opstruktivnu koronarnu bolest, bez Th antiishemičnim lekovima, osim ako ne toleriše napor ili ima EKG promene koje stvaraju nemogućnost procene (Preporuka klase I). Stres imidžing vizuelizacioni testovi su preporučeni kao inicijalna test opcija ako postoje lokalne mogućnosti (Preporuka klase I). EKG pri naporu (EKG FTO) treba da se razmotri u pacijenata na terapiji da bi se evaluirala kontrola simptoma i ishemije. EKG TFO u pacijenata sa depresijom ST segmenta ≥0,1mV na EKG u miru ili koji uzimaju digitalis nije preporučen za dijagnostičke svrhe. Stres vizuelizacioni TFO se preporučuje pre nego farmakološkim opterećenjem, uvek kada je to moguće. Stres vizuelizacioni test treba da se razmotri u simptomatskih pacijenata sa predhodnom revaskularizacijom (PCI ili CABG). Na osnovu COURAGE Studije (Boden NEJM 2007) na 2287 randomizovanih bolesnika sadokazanom 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 između 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 samo za pacijente gde postoje jaki dokazi da bi se njom poboljšala prognoza na bazi dokaza

regionalne ishemije perfuzionim imidžingom-radioizotopskom MIBI rest stres perfuzionom scintigrafijom miokarda ili procene fracione rezerve protoka (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).

ZAKLJUČAK: Stres imidžing za stratifikaciju rizika se preporučuje u pacijenata sa in-konkluzivnim EKG testom fizičkog opterećenja. TFOStres vizuelizacioni test se preporučuje kao inicijalni test za Dg SCAD ako je pre-test verovatnoća između 66-85% ili ako je ejekciona frakcija (LVEF)<50% u pts bez tipične angine. Stres vizuelizacioni test je takodje preporučen u pacijenata sa EKG promenama u miru, koje sprečavaju sigurnu interpretaciju EKG promena za vreme stress testa. Stres vizuelizacioni test treba da se razmotri za procenu funkcionalne težine intermedijarnih stenoz koronarnih arterija, posle koronarografije. Stratifikacija rizika se preporučuje na bazi kliničke procene i rezultata testa opterećenja (stress testa) inicijalno upotrebljenog za postavljanje DgSCAD. Stres imidžing za stratifikaciju rizika se preporučuje u pacijenata SA POZNATOM stabilnom koronarnom bolešću(SCAD) i pogoršanjem simptoma, ako bi mesto i veličina ishemije uticali na odluku o revaskularizaciji (daljem lečenju). 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 i nižim rangom srednjeg rizika od kardiovaskularnih događaja a rizik najbolje procenjujemo vizuelizacionim (imidžing) testovima fizičkim ili farmakološkim opterećenjem.

E-mail: dbastac@open.telekom.rs

ТЕРАПИЈА ХРОНИЧНОГ ХЕПАТИТИСА Ц: ДА ЛИ ЈЕ МОГУЋЕ ИЗЛЕЧЕЊЕ ХРОНИЧНЕ ВИРУСНЕ ИНФЕКЦИЈЕ ?

Проф. др Драган Делић.

МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ УНИВЕРЗИТЕТА У БЕОГРАДУ, КЛИНИКА ЗА ИНФЕКТИВНЕ И ТРОПСКЕ БОЛЕСТИ КЛИНИЧКОГ ЦЕНТРА СРБИЈЕ

Рано откривање хроничне хепатитис Ц вирусне(ХЦВ) инфекције, постављање егзактне дијагнозе,уз правовремено и адекватно лечење, дају реалну шансу за излечење.Циљеви модерне терапије (имуномодулаторне/антивирусне) су многоструки и вишезначни: ерадикација ХЦВ, превенција цирозе јетре и хепатоцелуларног карцинома, редукција екстрахепатичких манифестација, побољшање квалитета живота и превенција преноса инфекције на друге особе. Терапија се прилагођава сваком болеснику (упоједињавање терапије) у зависности од одмаклости (озбиљности) болести,генотипа вируса, нивоа виремије, општег стања болесника, узраста, присуства преегзистентних хроничних болести, мотивисаности болесника итд. Доктринарни став је да се болесници са хроничном ХЦВ инфекцијом лече *пегиллованим интерфероном и рибавирином*. Стабилан вирусолошки одговор-СВО (болесник је ХЦВ РНК негативан и шест месеци по окончању лечења) се постиже код 46-52% болесника инфицираних генотипом 1или 4 , односно код 76-84% болесника инфицираних генотипом 2 или 3. Укључивањем у терапију и трећег лека, из групе инхибитора протеазе (*боцепревир* или *телапревир*), СВО се постиже код 75% лечених болесника инфицираних генотипом 1 или 4. Боље разумевање ХЦВ репликације недавно је омогућило дизајн тзв. малих молекула које имају за циљ блокаду специфичних корака у животном циклусу вируса.Ови директни антивирусни агенси (инхибитори протеазе, аналози нуклеоз(т)ида, нуклеозидни инхибитори ХЦВ РНК-зависне РНК полимеразе, NS5А инхибитори, циклофилин инхибитори итд) су у завршним клиничким фазама испитивања или су већ укључени у протоколе лечења(*симепревир, софосбувир,ледипасвир* итд). Први резултати указују да комбинована

антивирусна терапија, без интерферона, резултира стабилним вирусолошким одговором код преко 95% лечених болесника инфицираних генотипом

ХЕПАТОЦЕЛУЛАРНИ КАРЦИНОМ: ДИЈАГНОСТИЧКЕ И ТЕРАПИЈСКЕ МОГУЋНОСТИ У СРБИЈИ, ДА ЛИ МОЖЕ БОЉЕ?

Doc. dr Ksenija Bojović,

МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ .KLINIKA ZA INFEKTIVNE I TROPSKE BOLESTI KCS BEOGRAD

Hepatocelularni karcinom (HCC) je najčešća primarna neoplazija u jetri i šesti je malignitet u svetu po incidenci. U najvećem procentu slučajeva (preko 90 %) nastaje kao posledica hronične infekcije virusima hepatitisa C i B. Rizik za nastanak HCC zavisi i od stepena fibroze nastale na terenu hronične virusne infekcije. Ovo je posebno važno kod pacijenata koji su lečeni antivirusnom terapijom, a koji su pre početka terapije imali već odmaklu fibrozu i/ili cirozu jetre. Nedetektabilna viremija kod ovih pacijenata ne umanjuje rizik od nastanka HCC. Prema važećim preporukama Evropskog udruženja za bolesti jetre (EASL) svi pacijenti sa cirozom jetre bez obzira na stadijum i etiologiju ciroze, zatim svi pacijenti sa hroničnom C i hroničnom B virusnom infekcijom i teškom fibrozom moraju biti u obaveznom skriningu za prevenciju hepatocelularnog karcinoma. Ovaj skrining podrazumeva periodično određivanje tumorskog markera alfa fetoproteina (AFP) i ultrasonografski pregled jetre. I pored navedenih preporuka u našoj zemlji broj pacijenata kojima je maligna fokalna promena otkrivena u ranom stadijumu, kada je promena manja od 2 cm je izuzetno mali. To je i razlog dosta loše prognoze i ishoda lečenja ovih pacijenata. Naime, kasno otkrivanje fokalnih lezija, tj njihovo otkrivanje kada su promene veće od 3-5 cm i kada je broj promena veći umanjuje dalje dijagnostičke i terapijske mogućnosti, te je stopa smrtnosti vrlo visoka.

Najbolja prevencija nastanka HCC kod pacijenata sa hroničnom virusnom infekcijom je pravovremena i adekvatna antivirusna terapija. U našoj populaciji kasno otkrivanje fokalnih lezija su glavni razlog ograničenih terapijskih mogućnosti. Unapređenjem skrininga u vidu redovnih US pregleda jetre obavljenih od strane utreniranog i iskusnog osoblja, je najsigurniji put ka pravovremenom otkrivanju manjih fokalnih lezija. Kod pacijenata sa već nastalom odmaklom fibrozom ili cirozom jetre ni virusološki uspeh terapije ne umanjuje rizik od maligne alteracije te detaljan i pravovremeni skrining na pojavu tumorskih promena u jetri mora biti imperativ.

ЕПИДЕМИЈА ЕБОЛЕ - ЈУЋЕ, ДАНАС, СУТРА

Maja Jovanović, Steva Stanišić, Miodrag Vrbic, Lidija Popović Dragonić, Marina Đorđević Spasić, Aleksandar Ranković

KLINIKA ZA INFEKTIVNE BOLESTI, KC NIŠ

Ebola je hemoragijska groznica - bolest koja se karakteriše teškim krvarenjem, multiorganskim otkazom i u mnogim slučajevima se završava smrtni ishodom. Virus Ebola je poreklom iz Afrike, gde su se događaju sporadične epidemije decenijama. Ebola je zoonoza i ljudi mogu da obole u kontaktu sa zaraženim životinjama. Nakon početnog prenošenja, virus može da se proširi sa osobe na osobu putem kontakta sa telesnim tečnostima ili kontaminiranim medicinskim materijalom. Patogeneza bolesti je vrlo složena.

Ne postoji specifična terapija bolesti, već je ona simptomatska i suportivna. Naučnici su blizu razvoju vakcine protiv ove smrtonosne bolesti.

ЗНАЧАЈ ДОБРОВОЉНОГ ПОВЕРЉИВОГ САВЕТОВАЊА И ТЕСТИРАЊА НА ХИВ ЗА ПРЕВЕНЦИЈУ ТРАНСМИСИЈЕ ХИВ ИНФЕКЦИЈЕ СА МАЈКЕ НА ДЕТЕ

Проф. др Биљана Коцић.

УНИВЕРЗИТЕТ У НИШУ, МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ, ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ НИШ

У одсуству специфичне профилаксе (вакцине), као и терапије која би довела до оздрављења, превенција ХИВ инфекције представља главни адут у борби против ХИВ епидемије. Како би се различити облици превенције могли успешно спроводити, здравствени радници треба да познају, спроводе и учествују у стварању предуслова за спровођење савремене превенције ХИВ инфекције. Изузетно је значајна промоција добровољног поверљивог саветовања и тестирања на ХИВ (ДПСТ) и остале полнопреносиве инфекције и стварање толерантног и недискриминишућег окружења, посебно у здравственим установама. Превенција преношења ХИВ инфекције са мајке на дете, олакшана је добровољним поверљивим саветовањем и тестирањем трудница, спроведеним до трећег месеца трудноће. Уколико код труднице постоји ХИВ инфекција, употребом високоактивне антиретровирусне терапије у циљу лечења и превенције, уз адекватан одабир начина завршавања трудноће, стопа трансмисије вируса са ХИВ позитивне мајке на дете износи 1-2%. Упркос великој користи од тестирања и доступној терапији, обухват тестирањем је незадовољавајући. У циљу постизања већег обухвата трудница тестирањем на ХИВ и превенције трансмисије инфекције на дете, важно је интензивирати сарадњу са здравственим радницима, нарочито гинекологима. Они треба да познају принципе и савладају вештине саветовалишног рада са пацијентима, нарочито у односу на процену потребе за тестирањем труднице на ХИВ, те да их, уз информисану сагласност, упуте у одговарајућу установу на тестирање и саветовање.

Кључне речи: ХИВ инфекција, превенција, добровољно поверљиво саветовање и тестирање, труднице

ДИГИТАЛНО СИЛЕЦИЈСТВО И АДОЛЕСЦЕНТИ

проф. др Александра Стојадиновић

ИНСТИТУТ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ ВОЈВОДИНЕ, НОВИ САД, МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ НОВИ САД, УНИВЕРЗИТЕТ У НОВОМ САДУ

Адолесценти свакодневно користе електронске, односно дигиталне уређаје попут рачунара, мобилних телефона, таблет рачунара. Дигитални медији младима пружају могућност социјализације, учења и стицања различитих знања и техничких вештина, али носе и значајан ризик од дигиталног насиља. Адолесценти могу да буду сведоци, жртве и починиоци дигиталног насиља. Када су починилац и жртва сличног узраста говоримо о дигиталном силецијству. Дигитално насиље код жртве може да узрокује различите проблеме, од непријатних емоција као што су узнемиреност, страх, осећање фрустрације или љутња, до озбиљних психосоцијалних проблема. Помоћ је потребна и жртвама и починицима дигиталног силецијства, а сведоке дигиталног насиља треба охрабрити да га не игноришу. Неопходно је да родитељи и лекари, просветни радници раде на превенцији и ублажавању последица дигиталног силецијства.

ПРОЦЕНА И ТЕРАПИЈА У ПОРОДИЧНОЈ ПСИХОТЕРАПИЈИ

Проф. др Јелисавета Тодоровић

ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ УНИВЕРЗИТЕТА НИШ, ДЕПАРТМАН ЗА ПСИХОЛОГИЈУ

Породична процена је интерперсонална процена чији је циљ да идентификује и опише релационе процесе који могу бити функционални и дисфункционални за развој појединца или система односа. породична процена личи на психолошку процену пошто користи психолошке инструменте, скале и упитнике, што је са становишта клиничара важно на самом почетку терапије ради

идентификовања и мерења породичне дисфункционалности. Породична процена обезбеђује процену стања и процену промене. процена стања је од користи на почетку и на крају терапије. Процена промене описује процес промене на индивидуалном плану или породичном систему за време терапије. Како у терапијском процесу долази до развоја односа између терапеута и клијента тешко је повући јансу границу домеђу процене и третмана, пошто почетак процене се обично подударе и са почетком третмана. Граница која се постави је свакако вештачка. клиничка процена породице се одвија пре него што почне третман. Она даје прилику и породици и терапути да одлуче да ли желе или не желе заједнички рад, породица може да се одлучи код ког терапеута жели да иде, да ли поједини чланови породице желе да своје проблеме решавају пред другим члановима породице или не. Процена породичне структуре, организације и динамике може обезбедити сагледавање процеса који се одвија у терапеут породица систему. Суштина процене у клиничком раду се заснива на овом ставу и претходном да је добро постављен проблем, у пола решен проблем. Клиничари треба да ураде обухватну процену пре него што приступе терапији.

Прва фаза, односи се на разјашњавање првобитно презентованог проблема.

Друга фаза процене захтева знање везано за садржај проблема. Ово подразумева знање о специфичној врсти поремећаја који је презентован, али и пажљиву селекцију тестова који ће се употребљавати да би се скупиле информације о проблему. Важно је познавати и поузданост и валидност тестова, бити осетљив и на то да ли тест одговара или не, разликама клијента у погледу етничког порекла, нивоа едукације, старости и тд.

Трећа фаза, сакупљање података, односи се на добијање информација из четири општа подручја: резултата тестова, личне прошлости (историје), опсервације понашања и података добијених интервјуом.

Четврта и коначна фаза клиничке процене је интерпретација података. Ово обухвата опис клијентовог тренутног нивоа функционисања, и информације повезане са етиологијом, препорукама третмана и прогнозом. Етиолошка разматрања треба да уваже комплексност узрочних фактора и да спрече поједностављена објашњења.

Извештај о процени је врхунац процеса процене. Дobar извештај је прецизна и јасна презентација сакупљених информација заједно са клијентовим интерпретацијама, закључцима, и препорукама за третман.

НАСИЉЕ У ПОРОДИЦИ И ПАРТНЕРСКИМ ОДНОСИМА-МОЈА ПРОФЕСИОНАЛНА ОДГОВОРНОСТ

Prim dr sc. med. Suzana Stankovic
DZ PIROT

Насиље у породици представља образац различитих понашања која крећу од понижавајућих коментара, грубих шала, преко економске експлоатације, ударања и шутирања, изолације, до сексуалног злостављања, дављења, сакаћења и убиства. Точак насиља над женама упознаје нас са обрасцем насиља у породици и конкретизује како се одвија живот у кући у којој постоји насиље над женом. Насупрот увреженом схватању да су Полиција, склоништа и правни систем основ заштите жена које трпе насиље, пракса показује да је здравствени систем у већини случајева прва инстанца којима се жене-жртве обраћају. Уједно, здравствена служба је место где се насиље може идентификовати пре него што постане озбиљно и животно угрожавајуће.

Злостављана жена није никад одговорна за насиље којем је изложена, одговоран је искључиво извршилац насиља. Насиље извршиоца је његов изабрани начин понашања и плански смишљена акција. Не постоји дефинисан профил жртве, профил извршиоца или профил породице. Свако се може наћи у једној од ових позиција, срећом - не затиче се свако. Већина стручне и опште јавности одбија да усвоји ово полазиште доказано кроз проблем неравноправности полова и концепт (злоупотребе) моћи у контексту родних улога. С друге стране према жени која је преживела насиље изостаје приступ из перспективе трауме и опоравка, већ се то чини из сфере психопатологије и практикује превасходно медицински приступ. Код стручне и опште јавности мања професионална и лична одговорност обавезног пријављивања при сумњи или сазнању да је

учињено ово кривично дело. Све ово доводи до тога да жена губи поверење у систем и с правом не верује да ће добити помоћ и из страха остаје у насилној средини. Уз то, незнање о основним правилима комуникације са жртвом може постати додатан фактор трауматизације и узрок одустајања жртве од тражења помоћи. Насупрот томе здравствени радници, у већини случајева, не сматрају родно насиље као део своје компетенције, не постоји довољна едукованост на дату тему, као ни специфична ни добро испланирана стратегија за поступање у случајевима насиља, јер током школовања нису добили довољно информација и знања о специфичним карактеристикама насиља у породици, па застарели ставови и предрасуде спречавају ефикасну, професионалну акцију и проблем насиља је препуштен само појединцима. Без обзира да ли жена потврђује да је имала искуство са насиљем или не, здравствени радници својим ставом треба недвосмислено да укажу да је насиље недозвољено, да се ничим не може оправдати и да покажу разумевање за ситуацију у којој се жена налази, а у ситуацијама откривања насиља буду оспособљени за документовање, пријављивање и праћење уз оснаживање жртве и процену њене безбедности. Из тих разлога је неопходно професионалцима који долазе у контакт са жртвом насиља обезбедити одговарајућу едукацију из ове области, како би се што већи број запослених у здравственим институцијама активно и на прави начин укључио у борбу против родно условљеног насиља.

МЕДИЦИНСКА НУТРИТИВНА ТЕРАПИЈА ВОДЕЋИХ ЗДРАВСТВЕНИХ РИЗИКА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

Проф. др Будимка Новаковић.

МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ УНИВЕРЗИТЕТА У НОВОМ САДУ

Увод. Здравствени ризик се дефинише као могућност неповољног здравственог исхода или је чинилац који повећава такву могућност. Утврђивање најзначајних здравствених ризика на националном нивоу даје велике стручне могућности за смањење учесталости ризика и превенцију последичних болести.

Методологија. Као извор података о утврђеним водећим здравственим ризицима користиће се резултати Анализе глобалног оптерећења болестима у периоду 1990 – 2013. година. За предлог руковођења ризицима користиће се препоруке водећих међународних организација у области исхране и масовних незаразних болести (МНБ).

Резултати. Водећи здравствени ризици у Републици Србији у односу на број година изгубљеног здравог живота и година живота са онеспособљеношћу (Disability-adjustedlifecycle; DALY) су: висок крвни притисак, високе вредности индекса телесне масе, пушење, хипергликемија наште, висок унос натријума, злоупотреба алкохола, ниска гломеруларна филтрација, недовољан унос воћа и недовољан унос намирница од целог зрна.

Последично болести које највише оптерећују друштво су кардиоваскуларне болести, дијабетес, малигне болести те остале МНБ. Најчешћи узрок смрти у Републици Србији су кардиоваскуларне болести, малигне болести, остале МНБ и дијабетес.

Медицинска нутритивна терапија и промена начина живота водећи су стручни принципи у руковођењу ризицима које највише оптерећују становништво Републике Србије.

Закључак. Водећи здравствени ризици у Републици Србији узроковани су исхраном високе енергетске густине те медицинска нутритивна терапија јесте оправдан начин руковођења наведеним ризицима и значајно може умањити оптерећење становништва последичним МНБ.

САОБРАЋАЈНИ ТРАУМАТИЗАМ – ПАТОФОРЕНЗИЧКИ АСПЕКТИ

Проф. др Слободан Николић

ИНСТИТУТ ЗА СУДСКУ МЕДИЦИНУ МЕДИЦИНСКОГ ФАКУЛТЕТА УНИВЕРЗИТЕТА У БЕОГРАДУ

Основне карактеристике смртног повређивања у саобраћају, без обзира на то који је учесник у питању, јесу политрауматизам и полифазичност. Не постоје тзв. специфичне, већ само евентуално

карактеристичне повреде код одређених учесника: Мезерерове фрактуре тибија и деколмани меких ткива потколенице код пешака нпр. или преломи стернума или костију кука кука и стопала код возача и сувозача. И поред тога, понекад смо у ситуацији да истражни органи – полиција и тужиоци – експлицитно захтевају од форензичких патолога да одреде ко је где од неколико смртно повређених и преживелих седео у возилу које је учествовало у саобраћајној несрећи. Понекад је то могуће само са одређеном вероватноћом, која опет понекад није довољна истрази. Наравно, што повређени дуже надживљава поведу, та је вероватноћа све мања. Зато је потребна блиска сарадња између обдуцента и лекара лежиоца повређених и лица која врше увиђај. Врло често на суду, вештачење буде поверено лекарима других специјалности – нпр. ортопедима или специјалистима опште хирургије – који не знају и не разумеју довољно обдукциони записник, или недовољно познају механизам повређивања различитих учесника у саобраћају, па својим налазима додатно збуњују и несвесно замагљују истрагу.

Наравно, у склопу свих медицинских специјализација постоје новине у знањима и вештинама, па и у склопу форензичке патологије и судске медицине. Данас се новим специјалним обдукционим захватаима могу установити повреде које указују на механизам повређивања и динамику догађаја. Тиме и полицијске и тужилачке истраге могу бити квалитетније, а општа правна сигурност грађана више загарантована.

Naziv sesije
HIRURGIJA I SRODNE GRANE
Usmene prezentacije

RUPTURA ABDOMINALNE ANEURIZME AORTE (AAA) – PRIKAZ SLUČAJA

Milošević Lj. (1). Jovanović K. (2)

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

UVOD: AAA je lokalizovano proširenje (dilatacija) jednog dela arterijskog krvnog suda u trbuhu (trbušne abdominalne aorte). Ovo proširenje nastaje usled postepenog smanjivanja čvrstine i elastičnosti zida abdominalne aorte. Aneurizma u svom zidu može imati depozite holesterola, kalcijuma ili malih krvnih ugrušaka. Najopasnija komplikacija AAA je pojava njene rupture (pucanja) kada nastupa unutrašnje krvarenje i iskrvavljenost.

CILJ: Ovaj prikaz slučaja ima za cilj da prikaže multidisciplinarni pristup (hirurg, anesteziolog, transfuziolog) u jednoj od najurgentnijih najčešće fatalnih operacija čiji mortalitet se kreće do 90%.

MATERIJAL I METODE: Pacijent starosne dobi 81 godina primljen je preko hirurškog hitnog prijema u hiruršku intenzivnu negu (HIN) KBC Zvezdara Beograd dana 04.12.2015 u 09:10 h zbog sumnje na rupturu AAA. Preoperativne dijagnoze: 1. Hypertensio art. ess. (primaria); 2. Aneurizma aorte abdominalis non rupturam (dijagnostikovana 2013 god.); 3. ST. post EAT ACI dex. 2012.; 4. Aterosklerosis generalizata; 5. St. post hemicolecotomiamia l. dex (pre 6 god.); 6. Gastritis et duodenitis. Terapija: 1. Bisoprolol 1x 2,5-5mg; 2. Vivace 2x2,5 - 2x5; 3. Atacor 1x20 mg; 4. Andol 100 1x1; 5. Monizol 20 + 20 +10 mg. Anamnestički u poslednje vreme unazad 3-4 dana oseća nedostatak vazduha i gušenje naročito pri hodu. Na prijemu svestan orijentisan zna za AAA (predlagana je operacija). Hitno su urađeni: Rtg. pulmo: u plućima obostrano u donjim partijama smanjena transparentucija što može odgovarati manjem pleuralnom izlivu obostrano. U-Z abdomena i male karlice pokazuje abdominalnu aortu na distanci od 15-20 mm od renalnih arterija sa aneurizmom u dužini od 95 mm. MDCT: pokazuje AAA susp. Ductio v.s. Ruptura. Urađeni hemogram pokazuje Hgb=5,2g-dl, TA= 50/35 mmHg, P(puls)=140/min, sPO2=85mmHg na O2 4 l/min (nasalna maska). Bol u trbuhu se intenzivira, uočava se porast pulsirajuće mase. Hitno se ulazi u salu u 10:44 h a koncept je (EVAR) tj. "Endovascular Repair" rupture AAA. Tokom operacije uključuje se transfuziolog (cell saver blood). Od strane anesteziologa postavljen je invazivni monitoring praćenja svih vitalnih parametara naročito invazivno merenje TA preko arterijske kanile. Intraoperativno urađene gasne analize arterijske krvi pokazuju dobru gasnu razmenu: pH=7.37; pCO2=32mmHg; pO2=363 mmHg; Lac=2,8 a Hct < 15%. Tokom operacije pored datih antibiotika dato je 7000ml kristaloida, FFP (sveže smrznuta plazma) 975 ml,

autolognih eritrocita(Er) 1215ml, transfuzije Er 785ml, a na osnovu ROTEM Analysera dato je 10 doza crioprecipitata. Urađena je operacija: Zamena ruptuirane infrarenalne AAA pomocu cevastog grafta. Aneurysmectomy et interposition tubular graft 20 mm. Nakon završene operacije u 15 h pacijent je prebačen u HIN i planski stavljen na invazivnu MV/BIPAP (Mehanička Ventilacija/Biphasic Positive Airway Pressure) po tipu ARDSnet protocol sa PEEP-om najmanje od 5cmH₂O i uključena analog-sedacija (Dormicum Fentanyl), što je uobičajeno za pacijente na MV.Praćeni su parametri kardiovaskularne funkcije i ostali parametri ,rađene su gasne analize arterijske krvi i Rtg.pluća. U više navrata rađena je bronhoskopija jer gasne analize nisu pokazivale dobru gasnu razmenu u plućima. Slat je aspirat uzet tokom bronhoskopije (rađeni u više navrata) na bakteriološku analizu i na osnovu antibiograma ordinirana je terapija antibiotika.Slate su i hemokulture i urinokulture na bakteriološke analize (rezultat sterilan).Po protokolu je uključena je i TPN(Totalna Parenteralna Ishrana) preko centralno venskog katetera. Nakon operacije 20.og dana urađena je 'Tracheostomia chirurgica'. U više navrata pokušavano je odvikavanje pacijenta od respiratorne potpore tj. MV ali bez uspeha. Pacijent je i dalje na MV/BIPAP do svog 50 dana kada i pored svih preduzetih mera intenzivnog lečenja dolazi do letalnog ishoda.

ZKLJUČAK I DISKUSIJA: Rana detekcija, odgovarajuća dijagnostika i operacija (EVAR) ruptur AAA je najčešće fatalna komplikacija ne samo operativno nego i postoperativno i u 70-90% slučajeva se završava letalnim ishodom.. U SAD svake godine 40 000 ljudi je podvrgnuto ovoj vrsti operacije,od toga 1250 ljudi preživi nakon 30 dana od operacije dok veliki broj pacijenata naročito starije populacije podlegne komplikacijama pridruženih bolesti.

KJUČNE REČI: ruptur AAA, EVAR, masivna transfuzija krvi i krvnih derivata, MV/BIPAP, multidisciplinarni tj.timski rad.

E-mail: milosevicliliana@yahoo.com

KOMA IZAZVANA PREDOZIRANJEM FENTANILSKIM TRANSDERMALNIM SISTEMOM- PRIKAZ SLUČAJA

Stanković D. (1), Paunović A. (1), Stošić B. (2), Antonijević S. (3)

(1) ZDRAVSTVENI CENTAR NEGOTIN, (2) KLINIČKI CENTAR NIŠ, (3) DOM ZDRAVLJA NIŠ

Uvod: Fentanilski transdermalni sistemi (flasteri) se široko primenjuju u tretmanu hroničnog bola i palijativnoj nezi, tamo gde je prolongirana upotreba opioida često neophodna. Koriste se od 1991. godine. Transdermalni sistem isporuke fentanila se smatra sigurnim i efikasnim, sa svim prednostima oslobađanja stabilne doze medikamenta, i komforan je za pacijenta, zbog jednostavnosti upotrebe. Međutim, namerna ili akcidentalna zloupotreba ili predoziranje fentanilskim flasterima se ipak dešava, i opisana je u literaturi. Predoziranje opioidnim analgeticima je preventabilno i potencijalno letalno stanje nastalo zbog načina propisivanja leka, nerazumevanja pacijenata o riziku zloupotrebe medikamenta i grešaka u administraciji leka. Cilj: Prikaz slučaja predoziranja fentanilskim transdermalnim sistemom, sa razvojem kome i depresije disanja. Materijal i metod: Deskriptivni metod praćenja i zbrinjavanja pacijentkinje, sa preduzetim medicinskim merama. Rezultati i diskusija: Medicinski nalaz pacijentkinje stare 75 godina, koja razvija tešku opioidnu toksičnost zbog prekomerne aplikacije pet fentanilskih flastera od 50 µg na bolna mesta, što je indukovalo opioidnu komu sa depresijom disanja- bradipneju, miozu i oliguriju. Pacijentkinja je klinički i laboratorijski obrađena. Predoziranje fentanilskim flasterima je zahtevalo viščasovni inicijalni medikamentozni tretman (sedam sati) resuscitacije u Službi hitne medicinske pomoći (SHMP), do stabilizacije zdravstvenog stanja, a potom hospitalizaciju. Data terapija za period proveden u SHMP, u cilju reverzije opioidne toksičnosti, prevencije dehidratacije, snižavanja povišene telesne temperature, i sprečavanja neuroloških i drugih organskih sekvela je: kiseonik (O₂)- 6 L/min, facijalnom maskom, Sol. NaCl 0.9% 1500 ml, amp Naloxon 0.4 mg, iv, VI amp.,frakcionirano, amp. Novalgetol I, iv., amp. Aminofilin 250 mg, iv., amp. Furosemid I, iv. amp. Ceftriaxon 1g, iv., Sol. Glucosae 5% 500 ml, amp Fraxiparin 0.6 sc., Sol Hartmani 500 ml. Mu opioidni receptori su odgovorni za kliničke efekte izazvane opioidima. Agonizam na ovim receptorima dovodi do analgezije i opioidne zavisnosti. Kliničke manifestacije intoksikacije opioidnim analgeticima su: respiratorna depresija, mioza, stupor, hepatično oštećenje zbog acetaminofena i hipoksemije, mioglobinurično renalno oštećenje, rbdomioliza, hipomotilitet creva, kompartment sindrom i hipotermija. Nalokson je antidot za predoziranje opioidima,

kompetitivni je mu-receptor opioidni antagonist, dovodi do reverzije svih znakova opioidne intoksikacije. Početak dejstva je za manje od 2 minuta, kada se nalokson kod odraslih administrira intravenski, trajanje dejstva mu je 20-90 minuta, što je mnogo kraće od trajanja dejstva većine opioida. Doziranje naloksona je empirijski. Efekat doze zavisi od količine opioida koji je pacijent uzeo ili dobio, relativnog afiniteta naloksona za mu-opioidni receptor, telesne težine pacijenta, i stepena penetracije opioida u centralni nervni sistem. Inicijalna doza naloksona za odrasle je 0.04 mg, koja se može povećavati na svaka 2 minuta, do maksimalne doze od 15 mg.

Zaključak: Pacijente koji koriste fentanilske flastere i članove njihovih porodica treba edukovati kako da ih bezbedno koriste. Zdravstveni radnici moraju upozoriti pacijente o mogućnosti predoziranja transdermalnim sistemima isporuke lekova, ukoliko se nepropisno koriste. Nepredvidiv klinički tok intoksikacije opioidima zahteva empirijski i pažljiv medicinski tretman ovog potencijalno letalnog stanja.

Ključne reči: fentanilski flaster, intoksikacija, nalokson

E-mail: stankovic.danijela8@gmail.com

KANCER DOJKE NA BAZI CISTIČNO IZMENJENOG TUMORA

Bogdanović G., Lekovski V., Ćirić Z.

OPŠTA BOLNICA BOR

Uvod: Dojka je često središte brojnih patoloških procesa od kojih je Ca dojke najčešći uzrok smrti kod žena. Ca dojke je globalni problem ne samo zbog činjenice da bolest ima epidemioške razmere već i zato što njene posledice pogađaju sve segmente društva počev od zdravstvenih do psihosocijalnih i ekonomskih. Kasno javljanje lekaru je posledica straha od bolesti kao i neregulisanog zdravstvenog osiguranja. Po broju novootkrivenih slučajeva 4100 smo na 18 mestu u Evropi a po smrtnosti na drugom.

Cilj: Prikaz slučaja devojke sa cistom na levoj dojci, koji je kasnije verifikovan kao karcinom

Materijal i metodi rada: Svaka druga žena u generativnom periodu ima neke tegobe sa dojkama. Najčešće se radi o benignim promenama ali je u porastu i Ca dojke 2% godišnje. Često se na osnovu Ex tempore ne možemo sa sigurnošću izjasniti da li se radi o benignom ili malignom tumorskom procesu pa je definitivni PH nalaz i IHH neophodna.

Prikazujemo slučaj mlade devojke sa velikom cističnom formacijom u levoj dojci koja se nije javljala lekaru. Posle punkcije i citološkog pregleda ubrzo je došlo do novog nakupljanja sadržaja. Promena odstranjena ali na ex tempore nalazu nisu uočene maligne ćelije. Po dobijanju definitivnog PH nalaza uključeni pored hirurga, patologa i onkolog, radiolog i plastični hirurg.

EHO pregled od 09.08.2013 godine: U levoj dojci na spoju unutrašnjih kvadranta izdignuta cistična promena promera 51 x 12 mm lobulirane konture, debljeg zida 3-4 mm gušćeg sadržaja. U levoj aksili reaktivna lgl 16 mm, desno bez promena. Prikaz onkološkom konzilijumu. 04.09.2013.god. Tumorectomia, PH cistična promena u unutrašnjem kvadrantu leve dojke veličine muške pesnice. EX TEMPORE – BENIGNO. Na EX TEMPORE nalazu patolog ne može sa sigurnošću da se izjasni o vrsti tumora pa je definitivni PH nalaz i IHH neophodna za dalje lečenje. Iz estetskih razloga poželjna je konsultacija platičnog hirurga. S obizom da je na definitivnom preparatu patolog uočio maligne ćelije traži konsultaciju Instituta za patologiju Med fakulteta. PH 1317/13 od 17.09.2013.god. Ca medulare mammae srednje diferentovan. Okolno tkivo i stroma tumora bogato su infiltrisani difuznim limfocitnim infiltratom. Linija tumora prema okolnom tkivu je jasna bez infiltracije okoline. IHH instituta za patologiju MF: ER negativan skor 0, PR negativan skor 0, HER 2 onkoprotein skor 0, Disectio axillae I sin 01.10.2013.god. IORS BGD. PH 1476/13 U izdvojenim lgl u jednom je prisutna metastaza l/l8

U nastavku lečenja primeniti adjuvantnu hemio terapiju AC režim IV ciklusa a zatim aplikacija HT po protokolu Taxol wekly. Po završetku HT sprovesti post op. zračnu terapiju leve dojke preko ZC Kladovo

Zaključak: Iako citološkim pregledom nismo otkrili maligne ćelije moramo biti oprezni jer u zidu ciste mogu postojati malićne ćelije. Naročito trebamo biti oprezni kod cisti koje se brzo pune posle punkcije.

Multidisciplinarni rad je neophodan kod lečenja bolesti dojke. Kod cisti koje se brzo pune posle punkcije moramo biti oprezni.

Ključne reči: Kancer dojke, cista dojke, multidisciplinarni rad.

E-mail: bg.goran03@gmail.com

KOLOREKTALNI KARCINOM - PRIKAZ SLUČAJA

Zvezdan M.

OPŠTA BOLNICA BOR

Uvod: Kolorektalni karcinom je treća po učestalosti maligna neoplazma u svetu, nepoznate etiologije. Faktori rizika: ishrana, način života, nasledni faktor (15% slučajeva). Najčešći karcinom – adenokarcinom. Simptomatologija: krvarenje iz rektuma, promena karaktera pražnjenja, anemija, gubitak telesne težine, pojava abdominalnog bola

Specifičnosti u odnosu na lokalizaciju: Desna polovina debelog creva: anemija (posledica okultnog krvarenja), palpabilna tumorska masa u desnoj abdominalnoj polovini, promena habitusa pražnjenja (proliv – opstipacija). Leva polovina debelog creva: subokluzija i okluzija, rektoragija, promena kvaliteta i frekvence pražnjenja, pojava abdominalnog bola zbog crevne okluzije

Cilj: Prikaz slučaja adenokarcinoma u odmaklom stadijumu.

Materijal i metodi rada: Pacijent primljen na hirurško odeljenje kao hitan slučaj zbog jakog bola u stomaku praćenog febrilnošću i lošim opštim stanjem. Kliničkim pregledom uočena prominencija ileocekalno koja je palpatorno jako bolno osetljiva i blago fluktuirajuća. Učinjen najpre EHO g. abdomena a nakon toga CT gornjeg abdomena i male karlice: sa desne strane u projekciji cekuma i početnog dela ascendensa zapaža se mekotkivna masa dimenzija 86x78 dužine 105 mm koja skoro potpuno ispunjava lumen creva. Lateralno od opisane promene u prednjem i lateralnom trbušnom zidu se zapaža u dužini od 111 mm nekoliko ovalnih hipodenznih lako nehomogenih promena dijametra do 80 mm i jedna veća dijametra 91x64 mm koje ne pokazuju kapatažu kontrasta.

Rezultati: Postavljena indikacija za operativno lečenje i naklon adekvatne pripreme u uslovima OETA načinjena i navedena operacija. Evakuisano oko 1 litar gnoja iz apscesne šupljine. Potom je učinjena desna hemikolektomija i anastomoza pojedinačnim Gumb-evim šavom. Obilna lavaža i dvostruka drenaža trbuha uz jedan rebrasti dren izveden iz apscesne šupljine kroz lateralni trbušni zid. Post operativni tok usporen ali uredan. Operativna rana zarasla per primam intentionem.

PH: Adenocarcinoma intestini crassi HGI, pT3N1, Dukes C, MAC (modifikovani Astler-Coller) C2. Micrometastasis carcinomatis in lymphonodo (1/14). Adenoma tubulare cum displasio gradus levioris.

Konsultovan onkolog radi prikaza onkološkom konzilijumu. U stabilnom opštem stanju otpušta se kući sa savetom da nastvi sa terapijom i previjanjem mesta rebrastog drena.

Zaključak: Pacijent je bez prethodnog ikakvog fizikalnog i palpatornog pregleda poslat hirurgu. Ova promena se mogla uočiti u ranijem stadijumu da je pacijent adekvatno pregledan.

Ključne reči: Adenokarcinom, kolorektum.

E-mail: zvezdan.mejlanovic@gmail.com

ANESTEZIJA ZA MORBIDNO GOJAZNE PACIJENTE- ANESTEZIOLOŠKI IZAZOV

Rangelov N., Jovanović Z.

ZC NEGOTIN, SLUŽBA ANESTEZIOLOGIJE SA REANIMATOLOGIJOM

Uvod: Gojaznost je hronično oboljenje koje se ispoljava prekomernim nakupljanjem masti u organizmu, povećanjem telesne težine za 10% idealne ili kada indeks telesne mase prekorači 30kg/m². Specifičnosti anestezije uslovljene su patofiziološkim karakteristikama gojaznih: otežan venski i disajni put, OHS "obesity hypoventilation syndrome" alveolarna hipoventilacija, OSA "obstructive sleep apnoea syndrome", HOBP, plućna i sistemska hipertenzija, oštećena sistolna i dijastolna funkcija komora, hipertrofija, kardiomiopatija, povećan volumen i kiselost želudačnog sadržaja i intraabdominalni pritisak, masna infiltracija jetre i cholelitijaza, veća masa organa, DM tip2, insulinska rezistenca, dislipoproteinemija, poremećaji na nivou citokina, hormona rasta, hipotalamo-hipofizno-adrenalne osovine, renin-angiotenzin sistema, adipositas dolorosa, izmenjena farmakokinetika većine lekova i odgovor na lekove, specifičan položaj pacijenta na operacionom stolu, otežano monitoringovanje i prebacivanje pacijenta.

Cilj: Prikazati kliničke manifestacije i anestziološki pristup zbrinjavanju morbidno gojaznog pacijenta.

Materijal i metode: Deskriptivni prikaz slučaja.

Rezultati: Pacijent starosti 51 god., BMI:50,33 kg/m², muškog pola, primljen u ZC Negotin na odeljenje hirurgije. Dg:Cholecystitis ac., Colica billiaria. Anamnestički alergija na Penicillin. Komorbiditet: Steatosis et laesio haepatis, DM tip II, Microangiopathia generalisata, Cor hypertensivum, St.post embolio pulmonis aa XI, Phlebotrombosis cruris dex., HOBP. Preoperativno pripremljen.U terapiju uključeni bronhodilatatori, kortikosteroidi , H2 blokatori, inhibitori protonske pumpe, spazmolitici, antiemetici, niskomolekularni heparin, analgetici, antibiotici, sedativi, kristalni insulin, antihipertenzivna terapija. Premediciran: antiholinergik (Atropin 0,8mgIM), benzodiazepin (Midazolam 8,0mgIM), antiemetik (Metoklopramid 10mgIV) uz NSAIL (Novalgetol 2,5mg) i bandažu obe noge. Preoksigeniran. Monitoringom se registruje sPO2:92% (prediktor za OHS), TA:160/90mmHg, spazmodičan auskultatorni nalaz na plućima. Za anesteziju spreman tim:dva anesteziologa, dva anesteziološka tehničara, oprema za otežan disajni put (laringoskop za otežanu intubaciju, LMA, Igel LMA, combituba) uz standardnu opremu i medikamente. Ventilacija na masku otežana, obezbeđena tehnikom sa dve ruke i oralni airway. Brzi uvod u anesteziju uz Selikov manevar: Propofol 200mg, uz Sevofluran titrirajući ga do obezbeđivanja adekvatnih uslova za laringoskopiju i Leptosukcin 100mg, Fentanyl 0,1mg i Midazolam 2,0mg. Laringoskopija otežana, (vidi se samo deo glasnica i uvula) te se delimično pod kontrolom oka plasira endotrahealni tubus N7,0 sa kafom, obezbedi disajni put i kapnografijom potvrdi pravilna pozicija. Ventilacija: protok O2 6l/min, pritiskak do 35 mmH2O, IPPV (TV:700ml, Hr:14/min, PEEP-om:5cm) potvrđena normokapnijom. Anestezija održavana: inhalacionim anestetikom (Sevofluran 2,0vol%), 100 % O2. Opioidni analgetik dodavan u bolusima prihirurškoj stimulaciji. Hemodinamska stabilnost održavana rastvorima kristaloida, uz kontinuiranu infuziju Gliceriltrinitrata i onkotski diuretik , alfa i beta blokatore. Neromišična blokada: bolus doze srednjedugodelujućeg relaksanta. Nakon 120 min od uvoda pacijent je probuđen uz reverziju neuromišičnog bloka. Odveden je u sobu za intenzivan postanestetijski nadzor hemodinamski stabilan i respiratorno suficijentan. Nije bilo potrebe za produženom mehaničkom ventilacijom. 1h oksigeniran sa protokom 6l/min i permanentno monitoringovan.

Zaključak: Gojazni pacijenti sa svojim patofiziološkim karakteristikama i pratećim komorbiditetom su izazov za svakog anesteziologa. Oboljenje ima epidemijske razmere, gde su smrtnost i pojava komplikacija znatno povišeni, a mogu se smanjiti adekvatnom pripremom i anesteziološkim postupcima u peri i postoperativnom periodu .

Ključne reči: gojaznost, otežan disajni put, anesteziološki pristup

E-mail: drnale_2003@yahoo.com, zokij515@gmail.com

Poster prezentacije

AKUTNI APENDICITIS U NAŠOJ KLINIČKOJ PRAKSI

Ivan Matić (1), Marija Andjelković Matić, M Miljkovic (2)

(1)BOLNICA ALEKSINAC, (2) KLINICKI CENTAR NIŠ PATOLOGIJA

Uvod: Apendicitis je jedan od čestih uzroka akutnog abdomena sa životnom prevalencom od 7 do 8% i pored unapredjene dijagnostike sa morbiditetom 10% i Mortalitetom 1 do 5%.

Cilj: Novo vreme zahteva novu standardizovanu klasifikaciju akutnog apendicitisa. Uzećemo osvrt na Gomesovu klasifikaciju apendicitisa iz 2012 god.

Materijal i metodi rada: Apendicitis može da bude sagleda n po evoluciji bolesti u pet stadijuma. prvi stadijum inflamiran,2 segment.nekroza,3 stadij flegmona,absces,4stad.perforacija i peritonitis cirkumscibtni,5 stad. Difuzni peritonitis

Rezultati: Za 15 godina imali smo 315 apendicita. 25 je bilo u 4 stadijumu sa gangrenom i perforacijom.288 je bilo u 1,2 i 3 stadijumu i 2 slučaja je bilo u 5 stadijumu.Nije bilo smrtnih slučajeva.

Zaključak: Novo stadiranje apendicitisa bi se razmatralo kroz 3 aspekta, Klinički,laborat.CRP i intraoperativni nalaz

Ključne reči: Apendicitis,Gomes klasifikacija,CRP,apendektomija

E-mail: matic1967@gmail.com

VAĐENJE STRANOG TELE IZ OBRAZA PACIJENTA U AMBULANTNIM USLOVIMA

Momir Kitanović

DOM ZDRAVLJA VLASOTINCE

Uvod: Strano telo (lat. Corpus alienum) u medicini, predmet različitog oblika, porekla i građe, koji je dospelo u čovekovo telo nehotice (ređe hotimice), nasilno ili drugim neprirodnim načinom (npr. pri povredama). Kod dece, delovi igračaka ili poslastice mogu dospeti u nos, dušnik i dušnice i tako začepiti disajne puteve. U jednaku starijih ljudi može zapeti nesažvakana hrana, kost ili zubna proteza i zatvoriti prolaz kroz njega. Pri povredama u tkivu mogu zaostati stakleni ili metalni odlomci, kao i drugi materijali. Neka strana telesa ne izazivaju lokalnu reakciju tkiva, pa godinama "miruju" u organizmu (npr. geler u mišiću), neka izazovu lokalnu upalu, pa se oko njih oblikuje veći vezivni ožiljak (npr. oko zaostalih sitnih komadića stakla), neka mogu izazvati smetnje svojim položajem ako zaostanu u blizini živca, krvnog suda i slično, a neka mogu u organizam uneti infekciju sa težim pa i opštim komplikacijama. Strano telo u oku može zaostati na spojnici, odakle se može ukloniti vlažnim smotuljkom vate ili pak na rožnjači, gde može prouzrokovati komplikacije opasne po vid, pa ga mora ukloniti lekar oftalmolog. U pravilu svako strano telo treba nastojati ukloniti iz organizma.

Cilj: Cilj rada je da prikazom slučaja pokaže da se male hiruške intervencije mogu uspešno obavljati i u ambulantnim uslovima domova zdravlja.

Materijal i metodi rada: Metod rada je prikaz slučaja jednog pacijenta sa stranim telom u obrazu, inače pacijenta službe hitne medicinske pomoći (SHMP), doma zdravlja Vlasotince. Materijal za izradu rada je korišćen iz protokola ambulantnih pregleda SHMP DZ Vlasotince, broj protokola 1341 od 30.01.2016 godine.

Rezultati: Dana 30. januara 2016 godine u 18h (broj protokola 1341). U ambulantu SHMP DZ Vlasotince javio se Đ. Ž. Star 71 godinu iz Vlasotinca. Pažljivo uzetom anamnezom saznali smo da je pre 17 dana pao u svojoj dnevnoj sobi, te da je tada polomio naočare i da je na okviru naočara nedostajao deo veličine čovečijeg nokta. Neposredno pre dolaska, pri pokušaju brijanja primetio je da iz obraza viri deo plastike sa pomenutih naočara. Urađena je toaleta rane na obrazu i pri prvom pokušaju da peanom izvučemo strano telo, primetili smo da se formirao vezivni ožiljak. U okolini stranog tela je postojala lagana lokalna upala. Skalpelom smo oslobodili strano telo od vezivnog tkiva i peanom izvadili nepravilno, plastično strano telo veličine 1.5 cm iz obraza pacijenta. Urađena je ponovna toaleta rane. Pacijentu su prepisani antibiotici, analgetici i AT zaštita. Objašnjenje ovog slučaja vađenja stranog tela iz obraza pacijenta stiglo je posle uspešno obavljene intervencije u razgovoru sa pacijentom. Naime pre 15 godina je pacijent Đ.Ž. imao na toj strani lica opekotinu III stepena usled eksplozije gasa za domaćinstvo i na toj polovini lica je rađena plastična operacija nadoknada kože, te je logično objašnjenje da je usled slabije osetljivosti te polovine lica sedamnest dana nosio strano telo u levom obrazu.

Zaključak: Po pravilu svako strano telo treba nastojati ukloniti iz organizma. Male hiruške intervencije ne trebaju privilegija u velikim medicinskim centarima već se mogu izvoditi i u ambulantnim uslovima uz pomoć stručnih lekara i tehničara sa dovoljno iskustva.

Ključne reči: Strano telo, obraz, vađenje.

E-mail: momirkitanovic@gmail.com

PEUTZ – JEGHERSOV SINDROM KAO UZROK ILEUSA

Bogdanović G., Marjanović V., Momčilović V

OPŠTA BOLNICA BOR

Uvod: PJ sindrom predstavlja kombinaciju crevne polipoze i tipične pigmentacije na licu u nasolabijalnom području. Polipi u crevu su hamartomi s tipični razgranatom muskularis mukozom. Polipi su najčešće prisutni u tankom crevu i duodenumu ali su u 50% prisutni i u debelom crevu.

Cilj: Prikaz slučaja mlade devojkice sa 18 godina koja se nekoliko godina lečila zbog subokluzija.

Materijal i metodi rada: Prikazujemo slučaj mlade devojkice koja se u više navrata žalila lekaru zbog bolova u trbuhu. Na kolonoskopiju koja je urađena u Boru krajem 2006 godine nađen polip na kolonu na 65 cm

koji okludira polovinu lumena creva. S obzirom na uzrast upućena na VMA BG gastroenterologija Februara 2007 godine bolesnica se žali na bolove u trbuhu, povraćanje i sumnju na infiltraciju kolona. Pola godine unazad u večernjim satima nakon obroka skoro svega što pojede imala je mučninu i nagon na povraćanje i povraćanje posle čega je osećala olakšanje. Stolica je ranije bila redovna a po prijemu na VMA samo uz klizmu bez primesa sluzi i krvi. Apetit neselektivno oslabljen, TM u padu, Nema povišenu temperaturu. U porodičnoj anamnezi navodi da je otac operisao polip kolona. Laboratoriske analize u granici normale, u urinu 8-lo Er, dosta Le pločast epitel, sluz i bakterije.

Tumorski markeri CEA, AFP, Ca 125, Ca 19-9 u granici normale. EHO gornjeg abdomena bo. Gastroskopom otkivena na prednjem zidu dva polipa promera 2 do 3 mm i još jedan na zadnjem zidu korpusa koji su odstranjeni. Kolonoskopski u descendentnom kolonu nađena vegetantna promena dužine 2 do 3 cm koja skroro u potpunosti okludira lumen ali je prolazna za endoskop. Uradjena parcijalna resekcija većim delom posle čega se javilo krvarenje koje je zaustavljeno sa 4 hemoklipsa, U proksimalnom delu kolona do cekuma i terminalnom ileumu nalaz uredan. PH Polypus hamartomatis coli: Peutz Jegherz polypus coli sine displasia et sine neoplasmate. Juna 2007 žali se na blage bolove, zamaranje pri fizičkom naporu, mučninu i povraćanje koje se ne sanira na Nexium. Odstranjen deo polipa sa sigmi koji je ostao od ranije kao i još jedan na cekumu 7-8 mm. U definitivnoj dijagnozi stoji da se radi o Polipima kolona i Anemiji. Na predhodno uradjenoj pasaži tankih creva jejunum i ileum urednog kalibra i sluzničkih nabora. U naredne tri godine zbog subokluzivnih smetnji i bolova u želudcu bolesnica se u više navrata javljala na HO Bor gde su se tegobe smirivale ne terapiju Naxijumom i Buscopanom. Dana 29.10.2011. godine dolazi sa znacima akutnog abdomena i jakog bola u donjem delu stomaka sa leve strane. Nađen cistično hemoragično izmenjen jajnik levo veličine ženske pesnice i uradjena parcijalna resekcija. Nađen i ileus TC zbog invaginacije na 100 cm od ileocekalne valvule, uradjena resekcija creva i nađen polip veličine do 3 cm i na 5 cm oralno još jedan manji veličine zrna graška. Uočeno još par ovih polipa veličine 2-3 mm koji nisu dirani. Posle ove intervencije bolesnica se oseća dobro, popravila se 15 kg, završila fakultu i vodi normalan život.

Zaključak: Kod nejasnih slučajeva subokluzija sa pozitivnom porodičnom anamnezom polipa moramo misliti i na PJ sindrom. Polimorfne tegobe i prateća oboljenja često maskiraju kliničku sliku.

Ključne reči: Peutz-Jeghersov sin, polipoza, anemija sec, ileus

E-mail: bg_goran03@gmail.com

SOLITARANI FIBROZNI TUMOR PLEURE

Vešović N, Stojković D.

VOJNOMEDICINSKA AKADEMIJA BEOGRAD

Uvod: Solitarni fibrozni tumori pleure su sporo rastuće promene koje čine oko 5% svih pleuralnih neoplazmi. Njih oko 80% su benigne etiologije a oko 50% su asptomatski koji se slučajno otkriju standardnom radiografijom pluća. Oskudne su simptomatologije i praćeni su suvim kašljem, otežanim disanjem, malaksalošću, preznojavanjem. Ređe postoje i pleuralni izlivi. Sindromi koji ga prate su: Pierre-Marie-Bamberg (hipertrofična osteoartropatija) i Doege-Potter (refraktorna hipolikemija).

Cilj: Prikazali smo 51 -godišnjeg pacijenta kod koga je radiografski i na MSCT-u grudnog koša uočena promena u levom hemitoraksu. Primenjene preoperativne dijagnostičke metode nisu otkrile prirodu promene.

Materijal i metodi rada: Pacijent se javio svom lekaru zbog suvog kašlja, preznojavanja i malksalosti koje su se javile unazad mesec dana. Na radiografiji pluća i srca je uočena infiltracija levog pluća bazalno. Zatim je uradjena multislajсна kompjuterizovana tomografija (MSCT) grudnog koša koji je pokazivao u projekciji donjeg levog režnja lobuliranu ekspanzivnu promenu veličine 10x11x13cm koja delom naleže na dijafragmu ali bez znakova infiltracije okolnih anatomskih struktura. Bronhoskopski nalaz je uredan. Nalaz transbronhijalne biopsije (TBB) bio je nereprezentativan. Biohumoralni sindrom je referentan.

Rezultati: Hospitalizovan je radi planirane hiruške dijagnostičke i terapijske intervencije. Bolesnik je nakon preoperativne pripreme operisan prednje lateralnom torakotomijskom incizijom. Intraoperativno uočen je solidni, ograničen tumor koji je priraslicama bio vezan za dijafragmu a bočnim delom je nalegao

na donju plućnu venu. Relativno lakim preparisanjem i oslobadjanjem tumor je izvadjen intaktan i u celosti. Postoperativni oporavak je bio uredan, bez prisustva komplikacija. Citomorfološka slika i imunohistohemijski profil tumorskih ćelija ukazuju na prisutvo benignog solitarnog fibroznog tumora.

Zaključak: Ova vrsta tumora se najuspešnije leči hirurškim radikalnim uklanjanjem. Benigne forme recidiviraju lokalno do 20%. Tada je, takođe, indikovana hirurška resekcija. Recidivi mogu imati maligni potencijal. Upravo zbog toga potrebno je višegodišnje redovno kontrolisanje ovih pacijenta. Hirurško lečenje je terapijski izbor lečenja ovih tumora ali i njihovih recidiva.

Ključne reči: solitarni fibrozni tumor, pleura, hirurško lečenje

E-mail: natasadd1964beograd@gmail.com

STRATEGIJA POSTUPKA KOD OTEŽANOG ODRŽAVANJA PROHODNOSTI DISAJNIH PUTEVA – “DIFFICULT AIRWAY”

Milošević Lj.(1), Jovanović K.(2)

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

UVOD: “Difficult Airway” tj. otežano održavanje disajnih puteva je neizbežan deo kako vođenja anestezije u operacionoj sali i jedinici intenzivnog lečenja, tako i na odeljenjima urgentne medicine. Endotrahealna intubacija tj. obezbeđivanje disajnog puta može nekad biti skoro nemoguće. Definiše se kao otežana ventilacija sa maskom, otežana endotrahealna intubacija ili oba. “CICV” – Cant Intubate / Cant Ventilate”. Posledice mogu biti ostećenje mozga, zastoj srca i letalni ishod usled hipoksije.

CILJ: Da bi se ovakav scenario izbegao potrebno je imati unapred pripremljenu strategiju i biti upoznat sa Vodičima tj. najnovijim algoritmima koji podrazumevaju “Difficult airway cart – DAS cart” karta sa algoritmima i “Difficult Airway Trolley” tj. pokretna kolica sa neophodnom opremom za održavanje disajnog puta.

MATERIJAL I METODE: “The Difficult Airway Society” 2015 razvila je Vodiče za postupak kod otežanog održavanja disajnog puta. Karta sa vodičima kod neočekivane otežane intubacije sadrži: Plan A – početni endotrahealni intubacioni plan uz obaveznu preoksigenaciju. Uspešna intubacija je ona sa ne više od tri pokušaja uz podrazumevani monitoring (SpO₂ > 95% - p saturacija Hb O₂ periferne krvi i oksigenacija FiO₂ - 3 lit./min – protok kiseonika. Plan B – neodgovarajući scenario ili neuspešna intubacija. Plan C – odlaganje operacije i buđenje pacijenta, uz dalje korišćenje maske na licu i ventilacije kiseonikom (neodgovarajuća ventilacija SpO₂ < 90% sa FiO₂ - 3 lit./min). Pokušati još sa stavljnjem LMA (Laringealna Maska) ili Pro-Seal LMA. Ako je i to bezuspešno odložiti operaciju i probuditi pacijenta. Plan D – spašavajuće tehnike za nemogućnost intubacije, nemogućnost ventilacije ili oba ukoliko za to postoji odgovarajuća oprema. Karta treba biti prikačena na pokretna kolica sa neophodnom opremom i to: Miller Blades spatula; Mc-Coy špatula; LMA (laringealna maska); Pro-Seal LMA (još jedan tubus-sonda za evakuaciju stomahnog sadržaja); Fiberoptički bronhoskop, koji omogućava vizualizaciju disajnog puta na koji se navlači endotrahealni tubus i vrši intubacija a može biti urađena i kod budnog pacijenta sa prethodno datim 2% Xylocain spray; Berman Airway (najviše korišćen od američkih anesteziologa za intubaciju na slepo); “Aintree intubation Catheter” (može se postaviti kroz LMA); Hirurška tehnika – “Cricothyrotomy”, brža nego “Tracheostomy”¹. “Needle Cricothyrotomy” – koristeći “JET” ventilaciju (brza ventilacija sa minimalnim disajnim volumenom, kod koje su nepovoljne okolnosti da može doći do barotraume ili pneumomediastinuma i 2. “Cricothyrotomy Catheter” kateter za hiruršku krikotireotomiju, koja je brža od hirurške traheostomije.

Zaključak: “Difficult Airway Cart (DAS Cart) bi trebalo biti standard zajedno sa opremom pokretnih kolica u hitnim situacijama u svim bolnicama.

Ključne reči: Otežano održavanje disajnih puteva, CICV, “DAS cart” sa vodičima, pokretna kolica sa opremom za otežanu intubaciju.

E-mail: kmjov@yahoo.com, milosevicliliana@yahoo.com

Naziv sesije
STOMATOLOGIJA
Usmena prezentacija

*** IMPLANT ILI FIKSNA PROTETSKA NADOKNADA *
NADOKNADA IZVAĐENOG ZUBA U ANTERIORNOM SEGMENTU GORNJE VILICE**

Smiljanić Z.

PRIVATNA ZUBNA ORDINACIJA STAD DENTAL

Uvod: Gubitak zuba u estetskoj zoni gornje vilice pri intaktnom zubnom nizu iziskuje multidisciplinarni pristup radi adekvatne rehabilitacije pacijenta u estetskom fonetskom i mastikatornom aspektu.

Cilj: Izbor između protetske rehabilitacije implantatom u odnosu na fiksni protetski rad u savremenoj stomatologiji je na strani implantata.

Materijal i metodi rada: Nakon vađenja zuba 21 imedijatno je ugrađen implantat u regiji izvađenog zuba i izrađena privremena kruna. Nakon perioda oseointegracije indizirana je izrada Zirkon krune.

Pacijent je anesteziran lokalnim anestetikom Ubistesin forte – Artikain hlorid, nakon atraumatskog vađenja zuba ugrađen je implantat Nobel Replac 4,3x16. Primarna stabilnost je bila zadovoljavajuća i omogućila postavljanje abatmenta i izradu privremene krune od akrilata.

Nakon perioda oseointegracije individualnom kašikom uzet je otisak adicisionim silikonom Express XT. Laboratorijsko izlivanje otiska izvršeno je gipsom grupe 4 Fuji Rock. Skeniranje je urađeno skenerom Sirona ineos x5 korišćenjem softera sw 15.o. Izrada privremene krune od Telicad Wieland bloka. Zirkon kruna je frezovana u Sirona in Lab MC x5 od bloka Dental Zenostar T1 debljine 14mm.

Rezultati: Cementiranje je izvršeno kompozit cementom RelyX U 200.

Zaključak: Sačuvati intaktne zube je imperativ ako postoji druga terapijska opcija u ovom slučaju implantat.

Ključne reči: Implantat, Cad Cam, Softver, Skener, Zirkon keramika

E-mail: drzavisa@gmail.com

Poster prezentacija

JEDNOSTRANA BEZUBOST PRIKAZ SLUČAJA

Vesna P. (1), Milovanović L. (2), Mandić N. (2)

(1) STOMATOLOŠKA ORDINACIJA PROTETIKDENT ZAJEČAR, (2) ZUBNA LABORATORIJA NENAD MNDIĆ BEOGRAD

Uvod: Delimični gubitak zuba zahteva individualni pristup pacijentu kako bi plan i terapija bili uspešni. Kod takvih pacijenata dolazi do disharmonije u orofacijalnom sistemu. Pogotovo jednostrana parcijalna bezubost zahteva kompleksniju terapiju. U današnje vreme ovakvi slučajevi mogu da se reše na više načina (parcijalna akrilatna proteza, skelet proteza, implantacija...).

Cilj: Cilj je bio da se prikaže zbrinjavanje pacijenta sa jednostranom bezubošću izradom metalne proteze sa pripremom zuba, kao jedno od terapijskih mogućnosti.

Metod i rezultati: Zbog specifičnog zagrižaja (TET A TETA) i gubitka zuba molara u donjoj vilici samo sa desne strane, kao i zbog potrebe za endodonskom terapijom nekih zuba odlučili smo se za izradu parcijalne Vizil proteze sa pripremom zuba i atečmenom za vezu fiksnog i mobiolnog dela. Na tabeli 1. je prikazano koliko je urađeno parcijalnih proteza za period od pet godina kao i od tog broja koliko je bilo akrilatnih proteza, koliko Vizil proteza a koliko Vizila sa pripremom preostalih zuba.

Zaključak: Na ovaj način može uspešno da se reši problem jednostrane bezubosti. Kronicama su zaštićeni zubi koji su bili oštećeni karijesom, uspostavljanje prabilan odnos sa zubima suprotne vilice i nadoknađeni su izgubljeni zubi. Estecki momenat, jer nema kukice, kao i stabilnost i retenciju ostvarili smo uz pomoć

atečmena. Finansijski smo u sredini, odnosno skuplji od akrilatne parcijalne proteze i Vizila bez pripreme ali daleko jeftiniji od implantanata.

Ključne reči: Jednostrana bezubost, vizil proteza, atečmen, metalo-keramika.

E-mail: dr.vesna60@yahoo.com

Naziv sesije
KONZERVATIVNA MEDICINA I DIJAGNOSTIKA
Usmene prezentacije

**PETOGODIŠNJE PRAĆENJE STEPENA REGRESIJE HIPERTROFIJE LEVE KOMORE
PUTEM EHOKARDIOGRAFIJE ZA VREME ANTIHIPERTENZIVNE TERAPIJE**

Dusan Bastać

INTERNISTIČKA ORDINACIJA DR BASTAĆ, ZAJEČAR

Uvod: Hipertrofija leve komore(LVH), marker srčanog subkliničkog oštećenja, česta je komplikacija arterijske hipertenzije i ona favorizuje kasniji nastanak kardiovaskularnog kontinuuma- srčane insuficijencije, koronarne bolesti i aritmija i kardiovaskularne smrti. Regresija hipertrofije leve komore može se postići permanentnim sniženjem arterijskog krvnog pritiska. Ipak nije dovoljno jasno zašto se kod svih hipertoničara ne javlja regresija hipertrofije u istom stepenu i da li nekim subpopulacijama hipertoničara treba snižavati pritisak ispod preporučenih vrednosti (važeće Evropske preporuke iz 2013 godine su $\leq 140/90$ mmHg).

Cilj ove studije je procena stepena regresije hipertrofije miokarda(LVH) za vreme nefarmakološkog i farmakološkog lečenja hipertenzije u odnosu na postignuto sniženje krvnog pritiska tokom petogodišnjeg praćenja.

Materijal i metodi rada: Ispitivano je 116 predhodno nelečenih ili neadekvatno lečenih bolesnika(63 ženskog i 53 muškog pola) sa arterijskom hipertenzijom prvog i drugog stepena. Svima je radjena kompletna ehokardiografska studija pri prvom pregledu. Normalna masa miokarda je za muški pol do 224 g a za ženski do 162g, prosečno za oba pola manje od 193g. Normalan indeks mase miokarda je za ženski pol manje od 95 g/m^2 , za muški manje od 115 g/m^2 , prosečno manje od 105 g/m^2 . Kada je izmerena masa miokarda i indeksirana na telesnu površinu, onda je redovnim pregledima(jednom godišnje do jednom u dve godine) praćena redukcija mase miokarda pod antihipertenzivnim tretmanom sledećih 5 godina. Bolesnici su lečeni nefarmakološki- promenama životnog stila i antihipertenzivnim lekovima.

Rezultati: Masa miokarda je bazalno bila prosečno $220 \pm 53 \text{ g}$ i posle tri godine lečenja dolazi do statistički visoko signifikantne regresije na srednju vrednost $200 \pm 46 \text{ g}$ ($p < 0.001$) koja se održava do kraja petogodišnjeg praćenja- $196 \pm 42 \text{ g}$ ($p < 0.001$). Medjutim od 3 do pete godine nema dodatne redukcije mase miokarda($p = 0,09$ -NS). Indeks mase miokardaleve komore(LVMI) je bazalno bio $118 \pm 22 \text{ g/m}^2$ a visoko je statistički značajno redukovano posle 3 godine na $106 \pm 18 \text{ g/m}^2$ ($p < 0.001$) a posle 5 godina na $103 \pm 16 \text{ g/m}^2$ ($p < 0.001$). Za razliku od mase miokarda, postoji dalja laka statistički značajna regresija LVMI između treće i pete godine($p = 0.016$). Srednja vrednost sistolnog krvnog pritiska(STA) je pre lečenja bila $143 \pm 16 \text{ mmHg}$ a posle 3 odnosno 5 godina je visoko statistički signifikantno snižena na $137 \pm 14 \text{ mmHg}$ ($p < 0,002$) odnosno 136 ± 16 ($p = 0,0002$). Kao i kod mase miokarda nema statistički značajne razlike između STA treće i pete godine. Dijastolni pritisak(DTA) se snižava manje uspešno nego sistolno- bazalno $84 \pm 11 \text{ mmHg}$ versus 3 godine $81 \pm 8,7 \text{ mmHg}$ ($p = 0,014$), dok nema razlike između treće i pete godine praćenja ($82 \pm 8,6 \text{ mmHg}$, $p = 0.969$, NS). Što se tiče frekvence pulsa ona je bazalno $69 \pm 12/\text{min}$, posle tri godine($69 \pm 13/\text{min}$) i pet godina($69 \pm 12/\text{min}$) je neizmenjena antihipertenzivnim tretmanom.

Zaključak: Antihipertenzivnim tretmanom se kod bolesnika koji se redovno leče u ranim fazama hipertenzije prvog i drugog stepena sa dobrom prijemčivošću za tretman postiže statistički visoko značajan stepen regresije mase miokarda leve komore prosečno za 20g kao i indeksa mase miokarda za 12 g/m^2 posle oko tri godine. Ovaj stepen regresije se odražava i posle pet godina lečenja, ali bez statistički

značajne dalje redukcije mase miokarda. U individualnoj distribuciji postoje pacijenti kod kojih perzistira hipertrofija miokarda i oni imaju lošu prognozu.

Ključne reči: hipertrofija leve komore, indeks mase miokarda leve komore, arterijska hipertenzija, regresija hipertrofije miokarda, antihipertenzivi

E-mail: dusanbastac@gmail.com

UTICAJ STAROSTI NA EHOSONOGRFSKE KARAKTERISTIKE KARDIOVASKULARNOG STATUSA KOD BOLESNIKA U PREDIJALIZNOM PERIODU HRONIČNE BUBREŽNE BOLESTI

Tirmenštajn Janković B. (1), Bastać D. (2), Žikić S. (1), Živanović M. (1)

(1) ODSEK NEFROLOGIJE I HEMODIJALIZE, INTERNISTIČKA SLUŽBA, ZC "ZAJEČAR", ZAJEČAR.

(2) PRIVATNA INTERNISTIČKA ORDINACIJA "DR BASTAĆ", ZAJEČAR

Uvod: Starost je važan faktor rizika za kardiovaskularne bolesti u opštoj populaciji, kao i u populaciji bolesnika u terminalnom stadijumu hronične bubrežne bolesti (HBB).

Cilj: Ciljevi istraživanja: a) upoređivanje ehosonografskih parametara kardiovaskularnog statusa između 2 grupe bolesnika u predijaliznom stadijumu HBB koji se razlikuju u odnosu na godine starosti i b) ispitivanje modela i jačine povezanosti ovih parametara sa starenjem bolesnika.

Materijal i metode: Istraživanjem su obuhvaćeni bolesnici sa IV i V stadijumom HBB koji još nisu započeli lečenje dijalizama (N=61, 34 M, prosečne starosti 62.6±13,6 god, Ccr 15.8±5.7 ml/min). Svaki ispitanik je podvrgnut kliničkoj proceni, laboratorijskom ispitivanju, ehokardiografskom pregledu metodom konvencionalne ehokardiografije i tkivnog Doppler-a, kao i ultrazvučnom pregledu karotidnih arterija. Za procenu dijastolne funkcije leve komore korišćeni su parametri transmitralnog protoka (E, A i odnos E/A) i parametri tkivnog Doppler-a mereni na lateralnom uglu mitralnog anulusa (E', A' i odnos E'/A'). Kao indeks pritiska punjenja LK, izračunat je odnos E/E'.

Rezultati: Prema godinama starosti, bolesnici su podeljeni u 2 grupe: grupa A, >65 godina (n=30) i grupa B, ≤65 godina (n=31). Ehokardiografskim pregledom u grupi A su utvrđeni značajno veći strukturni parametri [dimenzije leve pretkomore (LA, p=0.001) i indeks mase leve komore (LVMI, p <0.001)] i lošija dijastolna funkcija leve komore [niži odnos E/A (p<0.05), brzina E' (p<0.001) i odnos E'/A' (p<0.001), a veći odnos E/E' (p<0.05)] u odnosu na grupu B. Kalcifikacije u predelu aortne i mitralne valvule su registrovane značajno češće kod starijih nego kod mlađih bolesnika (56.7% : 25.8%, p=0.014 vs 78.9% : 12.9%, p=0.002). Pregledom karotidnih arterija, u grupi A je izmerena veća debljina intime-medije (IMT, p<0.001) i zabeleženo je češće prisustvo plakova (p<0.05) i kalcifikacija (p<0.001) u poredjenju sa grupom B. Multivarijantna regresiona analiza je pokazala da su od svih ehosonografskih parametara kardiovaskularnog statusa jedino IMT, LVMI i odnos E/A na nezavisna način povezani sa starošću (model R²=0.605).

Zaključak: Rezultati naše studije pokazuju da se stariji bolesnici u predijaliznom stadijumu HBB karakterišu značajnijim strukturnim abnormalnostima miokarda, češćim valvularnim kalcifikacijama, težim poremećajem dijastolne funkcije leve komore, kao i izraženijim vaskularnim promenama u odnosu na mlađe bolesnike. Promene IMT, LVMI i odnosa E/A su značajno i nezavisno povezane sa starenjem bubrežnih bolesnika.

Ključne reči: Hronična bubrežna bolest, starenje, kardiovaskularni status, ehokardiografija, karotidna ultrasonografija.

E-mail: biserkatirmenstajn@gmail.com

BROJ ISPITANIH OSOBA UPUĆENIH NA TESTIRANJE U NAŠU POLIKLINIKU I VRSTA URADJENIH TESTOVA

Nebojša Paunković, Džejn Paunković i Milijana Jakovljević
POLIKLINIKA PAUNKOVIĆ, ZAJEČAR

Uvod: Danas je (kod nas) uobičajeno da se u toku dijagnostičnog postupka za dokazivanje tireoidnih disfunkcija nalaže određivanje TSH, T4 i T3, a često i FT4 i FT3, a ponekad i tireoidnih autoantitela, obično TPOAb. Ovaj postupak se primenjuje i ako se ne sumnja na poremećenu funkciju tireoideje, već su samo viđeni mikronodusi na ultrazvučnom pregledu štitaste žlezde. Cilj: U ovom saopštenju prikazaće se redosled u testiranju, odnosno koje hormonske analize i kada ih treba primeniti. Materijal i metodi rada: Izvršena je analiza pacijenata upućenih na testiranje i pokazana je učestalost pozitivnih nalaza hormona, u našoj poliklinici, za 10 godina koliko ona postoji. Rezultati: Za testirani period imali smo pacijente upućene na testiranje od sledećih stanja: hipertireoza 219, hipotireoza 433 (spontana tireoidna atrofija 205, subklinička 79, Hashimoto tireoiditis 84, "post proceduralna" (tireoidektomija 30, radiojod 35) i eutireoidne strume 637 (nodozne 462, polinodozne 131, difuzne 44). Za taj period uradili smo sledeće hormonske analize: TSH ultra 11.252, slobodni tiroksin 8.968, slobodni trijodotironin 287, ukupni tiroksin 1215 i ukupni trijodotironin 1129. U istom periodu uradili smo tireoidna autoantitela: TRAb 755, TPOAb 652. Zaključak: Mada su tireoidne disfunkcije nisko incidentna stanja (u poredjenju sa kardiovaskularnim bolestima, opstruktivnom bolesti pluća) broj bolesnika upućenih na testiranje tireoidne funkcije je vrlo visok. I pored toga što smo mi privatna institucija uvek smo poštovali redosled prilikom tireoidnog testiranja: najviše je određivan ultrasenzitivni TSH i FT4. Praktično nikada nismo uradili kod istog bolesnika slobodne i ukupne hormone. Ukupni T3 smo određivali relativno retko, a FT3 izuzetno. Tireoidna autoantitela smo radili po indikacijama, TRAb u nelečenoj hipertireozu, TPOAb u hipotireozu.

Ključne reči: Hyperthyreosis, Hypothyreosis, TSH, FT4, T3.

E-mail: poliklinika.paunkovic@gmail.com

RETINOL-VEZUJUĆI PROTEIN 4 I CISTATIN C KAO POKAZATELJI METABOLIČKOG SINDROMA-KOJI BIOMARKER JE BOLJI?

Aleksandra Klisić (1), Nebojša Kavarić (1), Ivan Soldatović (2), Jelena Kotur-Stevuljević (3)

(1) DOM ZDRAVLJA, PODGORICA, CRNA GORA, (2) MEDICINSKI FAKULTET, BEOGRAD, SRBIJA, (3) FARMACEUTSKI FAKULTET, BEOGRAD, SRBIJA

Uvod i cilj: Retinol-vezujući protein (RBP4) i cistatin C su novi kardiometabolički faktori rizika čija uloga u postmenopauzi nije dovoljno ispitana. Zato je cilj studije bio da se ispita koji je od ovih biomarkera bolji pokazatelj metaboličkog sindroma (MetS) kod žena u postmenopauzi.

Materijal i metode: Ukupno 129 žena u postmenopauzi (starosti 57,1±4,6 godina) od kojih je njih 62 ispunilo kriterijume za MetS (dijagnostikovano prema smernicama Međunarodne dijabetesne federacije) je uključeno u studiju. Ispitanice sa šećernom bolešću, kardiovaskularnim, bubrežnim i oboljenjima jetre su isključene iz studije. Svim ispitanicama je izmeren krvni pritisak, antropometrijski i biohemijski parametri: cistatin C, RBP4, glikemija, lipidni status, kreatinin i visokosenzitivni C-reaktivni protein (hsCRP).

Rezultati: Žene sa MetS-om su imale veće serumske vrednosti cistatina C i RBP4 u poredjenju sa ženama koje nisu imale MetS (P=0,011, odnosno P<0,001, redom). Postoji statistički značajna razlika u proporciji pacijenata sa i bez MetS po kvartilima cistatina C i RBP4 ($\chi^2=5,1$; P=0,025, i $\chi^2=11,1$; P=0,001, redom). Primenom ROC krive u cilju ispitivanja diskriminacione moći MetS u odnosu na cistatin C i RBP4 (AUC=0,628, 95% CI (0,531-0,725), P=0,012 i AUC=0,686, 95% CI (0,593-0,778), P=0,001, redom) uočavamo da je veća diskriminaciona moć RBP4. Primenom logističke regresione analize sa zavisnom varijablom MetS, a nezavisnim varijablama (cistatin C i RBP4) podeljenim u kvartile, uočavamo da bez prilagođavanja postoji povezanost između cistatina C i MetS, ali je p vrednost blizu konvencionalnog nivoa značajnosti (P=0,066), koja nestaje nakon prilagođavanja za starost (P=0,097) ili starost, hsCRP i trajanje

menopauze ($P=0,221$). S druge strane, postoji povezanost između RBP4 i MetS bez prilagođavanja ($P=0,009$), sa prilagođavanjem za starost ($P=0,010$) ili starost, hsCRP i trajanje menopauze ($P=0,006$).

Zaključak: RBP4 je bolji pokazatelj MetS u odnosu na cistatin C kod žena u postmenopauzi.

Ključne reči: cistatin C, metabolički sindrom, retinol-vezujući protein 4, postmenopauza

E-mail: aleksandrklisic@gmail.com

MOGUĆNOST DIJAGNOSTIKOVANJA IZMENJENE VAGINALNE FLORE PUTEM DETEKCIJE "CLUE" ČELIJA U DIREKTNIM PREPARATIMA VAGINALNOG SEKRETA

Konstantinović N, Đukić S

INSTITUT ZA MIKROBIOLOGIJU I IMUNOLOGIJU MEDICINSKI FAKULTET BEOGRAD

Uvod: Izmenjena vaginalna flora u vidu bakterijske vaginoze (BV) i intermedijerne vaginalne flore (IF) je poremećaj u sastavu vaginalne flore, u kojem mikroorganizmi koji su kod žena u reproduktivnom periodu zastupljeni u malom broju u vagini, postaju predominantni u odnosu na laktobacile. Mikroskopskim pregledom vaginalnog sekreta kod žena sa BV moguće je uočiti veliki broj bakterija, od kojih je većina vezana za vaginalne epitelne ćelije. Takve vaginalne epitelne ćelije nazivaju se "clue" ćelije.

Cilj: Utvrditi da li postoji statistički značajna razlika u detekciji "clue" ćelija u vaginalnom sekretu žena sa izmenjenom vaginalnom florom (BV i IF) u poređenju sa ženama sa normalnom vaginalnom florom.

Materijal i metodi rada: Ispitivanje je obuhvatilo 84 žene u reproduktivnom periodu kojima su od uzoraka vaginalnog sekreta pravljene direktni preparati i bojeni po Gramu. Mikroskopskim pregledom, na osnovu scoring-sistema po Njudžentu, vaginalna flora je kategorisana kao normalna, intermedijerna i kao bakterijska vaginoza. Intermedijerna flora i BV označene su kao izmenjena vaginalna flora. Svakoj ispitanici je dodatno utvrđivano prisustvo "clue" ćelija na direktnim preparatima.

Rezultati: Od 84 mikroskopski pregledana vaginalna sekreta, 53 (63,1%) su kategorisana kao normalna flora (od toga 1 sa prisutnim "clue" ćelijama, a 52 bez), 8 (9,52%) kao intermedijerna flora (6 sa "clue" ćelijama, a 2 bez), a 23 (27,38%) kao bakterijska vaginoza (22 sa "clue" ćelijama i 1 bez). Kod žena sa izmenjenom vaginalnom florom (BV + IF) su statistički visoko značajno češće ($p<0,01$) detektovane "clue" ćelije u preparatima vaginalnog sekreta u poređenju sa ženama sa normalnom vaginalnom florom, dok nije uočena statistički značajna razlika u detekciji "clue" ćelija kod žena sa intermedijernom florom u odnosu na žene sa bakterijskom vaginozom ($p>0,05$).

Zaključak: "Clue" ćelije se visoko značajno češće dijagnostikuju kod žena sa izmenjenom vaginalnom florom u poređenju sa ženama sa normalnom vaginalnom florom zbog čega je detekciju prisustva "clue" ćelija u vaginalnom sekretu moguće koristiti u otkrivanju žena sa izmenjenom vaginalnom florom.

Ključne reči: izmenjena vaginalna flora, bakterijska vaginoza, "clue" ćelije

E-mail: neda.konstantinovic@gmail.com

Poster prezentacije

ANALIZA PRIMENE PRP I AKTIVIRANE PRP TERAPIJE TOKOM 2014. I 2015.GODINE

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

(1)SPEC.ORD."SPORTREHAMEDICA" ZRENJANIN, (3) DOM ZDRAVLJA ŽITIŠTE, (3) DOM ZDRAVLJA NOVI SAD

Uvod: Razvojem regenerativne medicine, PRP (platelet rich plasma) i autolognim trombinom aktivirana PRP daje sve bolje rezultate u sportskoj traumatologiji. Primenom ove terapije, značajno skraćujemo period oporavka sportiste. U radu su obrađene obe metode u periodu poslednje dve godine primene.

Cilj: Analizom rezultata lečenja obe metode definisati indikaciona područja za PRP i aktiviranu PRP terapiju.

Materijal i metodi rada: Dijagnostika pretežno bazirana na ultrazvučnoj dijagnostici aparatom GE Logiq F sa linearnom i sektorskom sondom, uz Rtg i MR po indikacijama, dok je za pripremu PRP korišten aparat Angel Artrex. Aplikacija PRP vršena ultrazvučnim navođenjem.

Rezultati: Tokom 2014.godine lečeno 82 pacijenta (79 PRP i 3 pacijenta trombinom aktiviranom PRP), dok je u toku 2015. godine lečeno 116 pacijenata (76 PRP i 40 trombinom aktiviranom PRP). Analiza je vršena i prema polu, uzrastu i indikacionim područjima.

Zaključak: Izborom adekvatne metode prema indikaciji, postiže se optimalni učinak u sanaciji povreda i oboljenja lokomotornog aparata kod sportista.

Ključne reči: PRP, trombinom aktivirana PRP

E-mail: ilukica@yahoo.com

PREHIPERTENZIJA I KARDIOVASKULARNI FAKTORI RIZIKA KOD OSOBA MLAĐEG ŽIVOTNOG DOBA

Nikolić M.

ZAVOD ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU RADNIKA "ŽELEZNICE SRBIJE" BEOGRAD, OGRANAK NIŠ

Uvod: JNC 7 vodič iz 2003.g. je predstavio drugojačiju klasifikaciju nivoa krvnog pritiska kojim je uveo jednu novu kategoriju pod nazivom prehipertenzija. Bitna novina je da osobe sa prehipertenzijom imaju povećani rizik za razvoj arterijske hipertenzije i kardiovaskularnog morbiditeta.

Cilj: Cilj sprovedenog istraživanja je bio da utvrdi zastupljenost prehipertenzije i kardiovaskularnih faktora rizika udruženih sa ovim stanjem kod osoba mlađeg životnog doba.

Materijal i metodi rada: Istraživanje je sprovedeno na 350 osoba (140 muškaraca i 210 žena) uzrasta od 21-50 god. svrstanih prema JNC 7 vodiču u tri kategorije krvnog pritiska: normalni krvni pritisak, prehipertenzija i hipertenzija. Prehipertenzija je stanje sa vrednostima sistolnog krvnog pritiska od 120-139 mm Hg i/ili dijastolnog krvnog pritiska od 80-89 mm Hg. Urađeni su kompletan fizikalni pregled i standardne biohemijske analize u krvi kod svih ispitanika.

Rezultati: Ukupno, 42% ispitanika je imalo normalan krvni pritisak, 21,71% prehipertenziju i 36,29% hipertenziju. Ispitanici sa prehipertenzijom su imali veći indeks telesne mase, obim struka, krvni pritisak, više prosečne vrednosti ukupnog holesterola, LDL holesterola, triglicerida i mokraćne kiseline, kao i niže HDL holesterola od normotenzivnih ispitanika ($p < 0,01$ za sve). U odnosu na godine života, najviše prehipertenzivnih ispitanika je bilo u uzrasnoj dobi od 41-50 god., a u odnosu na indeks telesne mase, u kategoriji sa prekomernom telesnom masom. Među ispitanicima sa prehipertenzijom 51,32% je imalo barem 1 pridruženi kardiovaskularni faktor rizika, 39,47% je imalo 2 ili 3, dok je 9,21% imalo 4 i više faktora rizika. Zastupljenost svih kardiovaskularnih faktora rizika je bila značajno viša kod ispitanika sa prehipertenzijom nego li kod normotenzivnih ispitanika ($p < 0,01$ za sve), izuzev nasleđa za hipertenziju i pušenja (nije utvrđena statistički značajna razlika). Metabolički sindrom je registrovan kod 2,72% normotenzivnih i 18,42% prehipertenzivnih ispitanika ($p < 0,001$).

Zaključak: Rezultati istraživanja pokazuju da postoje značajne razlike u odnosu na prosečne vrednosti i zastupljenost faktora rizika između ispitanika iz kategorija sa prehipertenzijom i normalnim krvnim pritiskom. Osobe sa prehipertenzijom zahtevaju povećanu pažnju i tretman u cilju prevencije razvoja budućih kardiovaskularnih bolesti i njihovih komplikacija.

Ključne reči: prehipertenzija, krvni pritisak, kardiovaskularni faktori rizika, mlađe osobe

E-mail: milangale@sbb.r

HEMIOTERAPIJA U LEČENJU MALIGNIH TUMORA U ZC ZAJEČAR-NAŠE ISKUSTVO TOKOM PRVIH TRIDESET GODINA (LEČENJE BOLESNIKA TOKOM DVA PERIODA: 1997. I 2015. GODINE)

Vesna Đorđević-Lalošević i Miodrag Đorđević
ZC ZAJEČAR, INTERNO ODELJENJE

Uvod: Ljudi oduvek sanjaju o pronalasku čarobnog, svemoćnog leka koji će izlečiti rak. Maligni tumori, karcinomi se gotovo dva veka leče operativnim putem a jedan vek radioterapijom dok je hemioterapija u široj upotrebi tek 60 godina Još uvek postoji otpor prema ovom obliku lečenja. kako među doktorima tako i među bolesnicima i članovima njihovih porodica. Često se poriče veliki napredak koji je u ovoj oblasti postignut tokom poslednjih tridesetak godina

S jedne strane takav stav odvrća bolesnike od proverenog oblika lečenja koje je zasnovano na naučnim dokazima i na velika vrata uvode razne preparate koji nemaju dokazanu efikasnost i vračeve u onkologiju. Hirurgija i zračna terapija su prihvaćene pošto su logične i razumljive: ono što se vidi to se ukloni ili ozrači Hemiotrapija je pak obavijena velom misterije a i prati je loš glas: da više šteti nego koristi. Svi smo skloni da oprezno i s velikim otporom prihvatamo nove stvari dok je neka standardna procedura uvek zaštićena od kritike makar bila i manje efikasna.

Materijali i metode: Retrospektivnom analizom protokola Onkološkog dispanzera ZC Zaječar i protokola Internom odeljenja sa onkologijom dobijeni su podaci o aplikaciji citostatske terapije u dva perioda.

Prvi period obuhvata bolesnike lečene od 1.1.1997-1.12.1997 a drugi period se odnosi na lečenje od 1.1.2015-31.12.2015.godine

Rezultati: Prikazana je struktura (pol, starost, dijagnoze), način lečenja i hemioterapijski protokoli koji su primenjavani. U prvom periodu je lečeno 110 a u drugom 260 bolesnika. Tokom prvog perioda je primenjeno desetak različitih protokola a u drugom 25. Analizirano je davanje terapija zavisno od vrste tumora, složenost, protokola, vrsta lekova kao i broj primenjenih terapija. Tokom 2015. godine je među bolesnicima koji su primali hemioterapiju bilo najviše onih sa karcinoma debelog creva(52) zatim dojke (44), pluća (36). Hormonsku terapiju smo aplikovali kod 57 bolesnika. Obično se misli da se leče stariji bolesnici . naši bolesnici su bili prosečne starosti oko 55 godina, najmladji 25 a najstariji 82 godine- sa tendencijom da se starost bolesnika smanjuje iz godine u godinu. Prikazani su i uslovi u kojima se terapija aplikovala i tu je uočena najmanja razlika u pogledu stručnog kadra i prostora.

Zaključak: Svuda u svetu se više para troši na osobe koje su kvalifikovane da aplikuju ovu terapiju pošto se lekovi lakše prave nego što se obuči osoblje koje će ih kvalitetno primeniti. Kod nas se osobe , doktori i medicinske sestre koje se bave ovim poslom posmatraju kao krvici, kao neko ko troši pare i budno se motri na svaku potrošenu ampulu tako da radni vek provodima između čekića i nakovnja, prolazimo između Scile i Haribde, s jedne strane su pravila struke koje treba poštovati, s druge strane pravila koja Fond nameće, s treće su naši bolesnici koji zaslužuju najbolje što se u tom momentu može pružiti.

LEČENJE OD KARCINOM DOJKE U ZAJEČARSKOM OKRUGU U TROGODIŠNJEM PERIODU (2013-2015. GODINA)

Vesna Đorđević-Lalošević i Miodrag Đorđević
ZC ZAJEČAR INTERNO ODELJENJE

Uvod: Karcinom dojke je najčešći maligni tumor, obuhvata četvrtinu svih novodijagnostikovanih tumora u žena.

Materijali i metode. Prikazano je lečenje obolelih od karcinoma dojke kojima je dijagnoza postavljena od 1.1.2013 do 31.12.2015. godine. Izvori podataka su otpusne liste , zdravstveni kartoni, ph nalazi bolesnika iz zdravstvenih ustanova sekundarnog i tercijernog nivoa gde su bolesnici lečeni. Retrospektivnom analizom je obuhvaćeno 160 bolesnika koji su se javili u onkološku ambulantu ZC Zaječar ili su registrovani na osnovu patohistološkog nalaza ili podataka o hospitalnom lečenju u ZC Zaječar. Prikazani

su epidemiološki podaci (mesto stanovanja, pol, starost), način lečenja, stadijum bolesti prilikom postavljanja dijagnoze, ph nalaz, receptorski status, način lečenja, pridružene bolesti kao i ishod lečenja. Rezultati: Preliminarni podaci pokazuju da su najčešće lečene bolesnice iz Zaječara 95 /100 000 žena, potom iz Knjaževca 80 /100000 žena i Boljevca .75/100 000 žena. Većina je bila starija od 60 godina (70%), tumor je češće bio lokalizovan u levoj dojci, nije bilo bolesnica u in situ fazi kao i ni u la stadijumu, najčešće je dijagnoza postavljena u IB stadijumu. Operativno lečenje –mastectomy je sprovedeno kod 2/3 bolesnica dok su poštredne operacije bile znatno ređe. Receptorski status (obavezan pre početka lečenja) određen kod 75% bolesnica i dobijeni nalazi su ukazivali da je 65 % bolesnica bilo u povoljnoj prognostičkoj grupi (ER+PR+HER2 0).Prikazana je hemioterapija, hormonska i biološka terapija koju su bolesnice primale. Većina bolesnica je imala pridružene bolesti, najčešće hipertenziju i diabetes mellitus . Zaključak: Većina bolesnica je bila u lokalno uznapredovalom stadijumu bolesti, tri bolesnice su otkrivene tokom skrining programa koji se u ZC Zaječar sprovodi od januara 2015. godine. Receptorski status je određen kod 75% ispitivanih bolesnica i to zbog brojnih tehničkih problema (imunohistochemijsko ispitivanje se ne radi u ZC Zaječar a u KC Niš povremeno nedostaju reagensi).U većine bolesnica je rađena mastectomy, i bila ima dostupna adjuvantna hemioterapija, zračna terapija kao i hormonska terapija. Planirana biološka terapija je sprovedena kod polovine obolelih sa HER 2 pozitivnim statusom. Lečenje karcinoma dojke spada u najbolje definisano područje u onkologiji (postoje nacionalni vodiči dobre kliničke prakse, nacionalni skrining program za rano otkrivanje, registrovani su i biološki lekovi za pojedine indikacije). Lečenje naših bolesnica, iz Zaječarskog okruga nije uvek u skladu sa savremenim smernicama.

REHABILITACIJA NAKON OPERATIVNOG LEČENJA NESTABILNOSTI RAMENOG ZGLOBA USLED PONAVALJANIH LUKSACIJA KOD SPORTISTA – PRIKAZ SLUČAJA

Vučić D., Mustur D., Delić M., Paunović T.
INSTITUT DR SIMO MILOŠEVIĆ, IGALO

Uvod: Iščašenje glenohumeralnog zgloba nastaje kada dođe do ekstremne rotacije i abdukcije ramena. Bankartova lezija podrazumeva leziju kod koje se glenohumeralni ligamenti i labrum glenoida usled traumatskog prednjeg iščašenja odvajaju sa artikularne površine prednjeg dela vrata glenoida. Hill Sachs-ova lezija je defekt glave humerusa sa zadnje-spoljašnje strane, ona se javlja kod prednjih iščašenja ramena gde se posterolateralni aspekt glave humerusa abradira na prednju ivicu glenoidnog prstena. SLAP lezija predstavlja abnormalnost na pripoju tetive duge glave bicepsa i udruženim pripojima gornjeg labruma na glenoid. Cilj: Cilj rada je prikazivanje efekata kompleksnog fizikalnog tretmana nakon operativnog lečenja nestabilnosti desnog ramena kod sportiste. Materijal i metodi rada: Svi podaci prikupljeni su anamnestički, kao i kliničkim pregledom i iz dostupne medicinske dokumentacije. Rezultati: Pacijent L.K., star 17 godina, profesionalno se bavi rukometom, tokom 2015.god. zadobio ponavljana iščašenja desnog ramena. U januaru 2016.god. na MR desnog ramena verifikovana posttraumatska deformaciona ruptura gornjeg labruma(SLAP lezija), kao i hronični posttraumatski entesitis tetive MSSp., subkorakoidni burzitis, Hill-Sachs lezija glave humerusa, impigement gr. I/II. Dana 28.01.2016. urađena artroskopska rekonstrukcija i fiksacija po Bankartu. Na prijemu prisutna bolna kontraktura u desnom ramenu. Sprovedno fizikalno lečenje: kineziterapija, hidrokineziterapija, plivanje, peloidne aplikacije, biserna kupka, podvodna tuš masaža. Nakon sprovedenog tronedeljnog kompleksnog banjskog fizikalnog lečenja pacijent je bez subjektivnih tegoba, uz pun obim pokreta u desnom ramenu, poboljšanu trofiku muskulature desne ruke u celini kao i ramenog pojasa desno, a mišićna snaga navedene muskulature poboljšana za jednu ocenu po manuelnom mišićnom testu (MMT), sa ocene 4 na ocenu 5. Zaključak: Kompleksan fizikalni tretman u trajanju od 3 nedelje kod stanja nakon operativnog lečenja nestabilnosti ramena kod sportiste doveo je do potpunog eliminisanja subjektivnih tegoba, kao i poboljšanja mišićne snage i trofike muskulature. Time je omogućeno postizanje punog obima pokreta u operisanom zglobu i vraćanje sportiste u trenažni proces.

Ključne reči: rehabilitacija, nestabilnost ramena, luksacija, sportista.

E-mail: gaga_vucic@yahoo.com

POVEZANOST AKTIVNOSTI GAMA-GLUTAMIL TRANSFERAZE SA INSULINSKOM REZISTENCIJOM KOD GOJAZNIH ŽENA U POSTMENOPAUI

Verica Škerović (1), Aleksandra Klisić (2), Milovan Jovanović (3), Nebojša Kavarić (4), Biljana Ivelja (3), Nenad Vušurović (3)

(1) KLINIČKI CENTAR CRNE GORE, (2) DOM ZDRAVLJA, PODGORICA, CRNA GORA, (3) DOM ZDRAVLJA, CETINJE, CRNA GORA

Uvod i cilj: Priroda odnosa između aktivnosti gama-glutamil transferaze (GGT) i gojaznošću indukovanih poremećaja, koji često prate menopauzu, ostaje i dalje otvoreno pitanje. Stoga je cilj ovog istraživanja bio da se ispita povezanost aktivnosti GGT sa kardiometaboličkim faktorima rizika kod gojaznih žena u postmenopauzi.

Materijal i metode: U studiji preseka učestvovalo je 100 gojaznih žena u postmenopauzi (prosečne starosti $56,7 \pm 4,8$ godina) i 50 normalno uhranjenih žena, uparenih po godinama starosti. Iz studije su isključene ispitanice sa šećernom bolešću, kardiovaskularnim, bubrežnim i oboljenjima jetre, kao i one koje su na bilo kakvoj medikamentoznoj terapiji. Svim ispitanicama su izvršena antropometrijska merenja koja su obuhvatila merenje telesne visine, telesne mase i obima struka. Indeks telesne mase (ITM) je izračunat. Određivanisusledećibiohemijski parametri: glukoza, insulin, insulinska rezistencija (HOMA-IR), aktivnost GGT, lipidni status (ukupni holesterol, trigliceridi, koncentracija holesterola u lipoproteinima male gustine (LDL-holesterol), koncentracija holesterola u lipoproteinima velike gustine (HDL-holesterol), aterogeni indeks-izračunat kao odnos trigliceridi/HDL-holesterol, non-HDL-holesterol-izračunat kao razlika ukupnog holesterola i HDL-holesterola), kao i visokosenzitivni C-reaktivni protein (hsCRP).

Rezultati: Nijeuočena statistički značajna razlika u aktivnosti GGT u grupi gojaznih ispitanica u poređenju sa kontrolnom grupom normalno uhranjenih žena u postmenopauzi [medijana (interkvartilni raspon)] (12,00 (9,00-16,00) prema 10,50 (1,00-14,00); $P=0,103$). Kod gojaznih ispitanica utvrđena je značajna pozitivna povezanost GGT sa ITM-om ($\rho=0,254$, $P=0,011$), obimom struka ($\rho=0,290$, $P=0,004$), insulinom ($\rho=0,316$, $P=0,002$), HOMA-IR ($\rho=0,323$, $P=0,001$), aterogenim indeksom ($\rho=0,213$, $P=0,034$), kao i hsCRP ($\rho=0,263$, $P=0,009$), odnosno negativna povezanost sa HDL-holesterolom ($\rho=-0,236$, $P=0,019$). Primenom višestruke linearne regresije kao značajan nezavisni prediktor aktivnosti GGT izdvojio se HOMA-IR indeks (Beta=0,225, $p=0,026$), ($R^2=0,155$; $p<0,001$).

Zaključak: Insulinska rezistencija je povezana sa većom aktivnošću GGT, što ukazuje da bi ovaj enzim mogao biti koristan marker u proceni rizika za šećernu bolest tip 2.

Ključne reči: gama-glutamil transferaza, gojaznost, insulinska rezistencija

Email-adresa: aleksandraklasic@gmail.com

24-ČASOVNI MONITORING KRVNOG PRITISKA KAO METODA IZBORA ZA DIJAGNOSTIKU I REGULISANJE HIPERTENZIJE KOD STARIH

J. Ožegović (1), M. Pešić Prokić (1), Z. Pašić (1), D.Paspalj (1), R. Pešić Beštić (2)

(1) GRADSKI ZAVOD ZA GERONTOLOGIJU I PALIJATIVNO ZBRINJAVANJE, BEOGRAD, (2) KLINIČKI CENTAR SRBIJE, BEOGRAD

Uvod: Hipertenzija je danas medicinski problem svetskih razmera. Procena je da će do 2025. godine ovom bolešću biti zahvaćeno oko 1,56 milijardu ljudi ili 29% svetskog stanovništva. U Evropi je prevalenca 30-45%. Procena je da 50% ljudi starijih od 60 godina ima hipertenziju.

Cilj:U okviru rada namera nam je bila da kod pacijenata sa dijagnozom hipertenzije što preciznije odredimo vrednosti krvnog pritiska, korišćenjem aparata za 24-časovno ambulatorno merenje krvnog pritiska. Vrednosti krvnog pritiska $>135/85$ registrovane su kao hipertenzija.

Materijal i metodi rada:Ispitivanje je obavljeno u Gradskom zavodu za gerontologiju i palijativno zbrinjavanje Beograd, u periodu od 1.1.2012. godine do 31.12.2013. godine i obuhvatilo je 179 pacijenata starosne dobi 65 i više godina kojima smo postavljali aparat za 24 casovno merenje TA. Od 179 monitoringovanih pacijenata njih 72 % su bile žene a 28 % muškarci.Pri tome u 2/3 slučajeva su cif / bili

stariji od 75 godina. Njih 70 % je uzimalo dva ili više lekova za hipertenziju, 24% nije uzimalo nikakav lek za hipertenziju a 6 % je uzimalo samo jedan lek za hipertenziju

Rezultati: Uvidom u rezultate merenja kod 82% utvrđena je i dalje hipertenzija. Kod 15% vrednosti su bile u zadovoljavajućim vrednostima, a kod 3% je došlo do pojave niskih vrednosti kr.p (<100/60 mmHg).

Zaključak: Iz dobijenih rezultata možemo zaključiti da hipertenzija još uvek predstavlja nedovoljno rešen problem u nas. Da bi se na vreme otkrila i što adekvatnije lečila neophodno je pravilno odrediti individualnu terapiju za svakog pacijenta ponaosob na osnovu ambulatornog 24 casovnog monitoringa krvnog pritiska.

Ključne reči: hipertenzija, 24 časovni monitoring krvnog pritiska, stare osobe, antihipertenzivna terapija.

E-mail: jagoda.vitasana@gmail.com

UTICAJ BANJSKOG LIJEČENJA NA BOLESNIKE SA ALGODISTROFIČNIM SINDROMOM

Mustur D, Vučić D, Delić M, Marić M, Paunović T
INSTITUT «DR SIMO MILOŠEVIĆ»

Uvod: Algodistrofični sindrom je sindrom koji obuhvata bol u zahvaćenom ekstremitetu, uz difuzni otok i lokalni neurološki-autonomni poremećaj, a što sve dovodi do lokalnih promjena na kostima, zglobovima, periartikularnim mekotkivnim strukturama, mišićima, koži i potkožnom tkivu. Etiološki se radi o refleksnoj stimulaciji autonomnog sistema (npr. zbog povrede, ishemije ili bolnih nadražaja) koja posredstvom simpatikusa dovodi do vazomotornih i trofičkih poremećaja.

Cilj rada: Ispitali smo uticaj primjene kompleksnog banjskog fizikalnog liječenja na smanjenje bola i poboljšanje funkcionalnog stanja kod bolesnika sa algodistrofičnim sindromom.

Materijal i metode: Ispitivana je grupa od 18 bolesnika sa algodistrofičnim sindromom koji su bili tokom 3 sedmice na banjskom fizikalnom liječenju u Institutu Igalo, što je ukupno predstavljalo 15 terapijskih dana. Sprovedeno je tzv. „Test-retest“ ispitivanje. Osnovni terapijski test su činile primjene kinezi i hidrokineziterapijskih procedura, kao i pojedinih oblika elektroterapije. Ispitivani su bol na Vizuelnoj analognoj skali, kao i obim pokreta u zglobu zahvaćenog ekstremiteta mjenog goniometrom na početku i na kraju banjskog liječenja.

Rezultati rada: Na početku istraživanja zabilježeni su značajna redukcija pokretljivosti u zglobu zahvaćenog ekstremiteta, kao i visok subjektivni osjećaj bola kod ispitanika sa algodistrofičnim sindromom. Nakon tri sedmice banjskog liječenja došlo je do statistički značajnog poboljšanja pokretljivosti u zglobu zahvaćenog ekstremiteta, kao i do značajnog smanjenja bolnosti na VAS skali ($p<0.01$).

Zaključak: Banjsko fizikalno liječenje u Institutu Igalo u trajanju od tri sedmice dovodi do značajnog smanjenja bola i do poboljšanja pokretljivosti zahvaćenog segmenta bolesnika sa algodistrofičnim sindromom.

Ključne riječi: banjsko liječenje, bol, obim pokreta, algodistrofični sindrom

E-mail: mustur@doctor.com

OPTIČKI NEURITIS KAO PRVA MANIFESTACIJA MULTIPLE SKLEROZE – I DALJE KAMEN SPOTICANJA U DIJAGNOSTICI

Kristina Marković (1), Marija Krstić (2)

(1) DOM ZDRAVLJA “DR SIMO MILOŠEVIĆ”, BEOGRAD, (2) DOM ZDRAVLJA “DR MILUTIN IVKOVIĆ”, BEOGRAD

Uvod: Multipla skleroza (MS) je hronično inflamatorno oboljenje CNS-a koje se karakteriše brojnim, izolovanim područjima u kojima se ispoljavaju zapaljenske promene udružene sa demijelinizacijom i gliozom (žarišta demijelinizacije, plakovi). U oko 70% slučajeva MS počinje između 20. i 40. godine života,

početak bolesti pre 15. i posle 50. je redak i neuobičajen. Činjenica da se žarišta demijelinizacije mogu ispoljiti u bilo kom delu CNS-a uz posledičnu pojavu najrazličitijih neuroloških simptoma i znakova, čini MS jednim od najvećih "falsifikatora" u neurologiji, sposobnog da imitira čitav niz drugih kliničkih stanja. Optički neuritis, koji se manifestuje naglim slabljenjem oštine vida i bolom u oku pri pokretima očne jabučice, jedan je od češćih prvih manifestacija MS.

Cilj: Cilj našeg rada je podsećanje na činjenicu da svaki novonastali neurološki deficit kod mladih odraslih osoba, a naročito naglo nastali problem sa vidom, treba da pobudi sumnju na MS kao tešku, progresivnu neurološku bolest. Materijal i metode: Podaci su generisani iz pacijentovog zdravstvenog kartona, uz informisani pristanak. Rezultat: Pacijentkinja, stara 29 godina, javila se izabranom lekaru zbog naglo nastalih smetnji sa vidom u vidu smanjene oštine vida, bola pri pokretu očnih jabučica, duplih slika i vrtoglavice. Fizikalni nalaz je bio uredan. Pri grubom neurološkom pregledu pacijentkinja je prijavila pojavu duplih slika pri pogledu upolje, u svim pravcima. Upućena je oftalmologu, ORL specijalisti i neurologu. Oftalmološki nalaz i nalaz ORL specijaliste su bili uredni. Neurolog je postavio sumnju na MS, odmah je urađena magnetna rezonanca (MR) endokranijuma i dat likvor na analizu. Na MR-u su nađene multiple, ovalne lezije u optičkim žvcima i periventrikularnoj beloju masi, što je dogovaralo demijelinizacionim plakovima. Analizom likvora nađene su oligoklonalni IgG u visokom titru, dok je citohemijski nalaz likvora bio uredan. S obzirom da kod pacijentkinje postoji diseminacija objektivnih znakova za MS samo u prostoru, ali ne i u vremenu, nije postavljena definitivna dijagnoza MS-a. Pacijentkinja je tertirana pulsnom terapijom kortikosteroidima nakon čega je došlo do regresije simptoma.

Zaključak: MS je vrlo često na samom početku bolesti pogrešno dijagnostikovana. Kako je za dobru prognozu od velikog značaja pravovremeno otkrivanje i blagovremeno otpočinjanje terapije, svaku mlađu odraslu osobu sa naglo nastalim neurološkim deficitom treba uputiti na detaljnu neurološku obradu

Ključne reči: multipla skleroza, optički neuritis, dijagnostika

E-mail: markovic.kristinaa@gmail.com

AUDIOLOŠKA DIJAGNOSTIKA AKUTNE UPALE SREDNJEG UHA

Senadin Pupović (1), Enisa Pupović (2)

(1) VOJNO-MEDICINSKI CENTAR PODGORICA, (2) DZ PODGORICA

Uvod: Otitis media acuta je kratkotrajno zapaljenje sluzokože srednjeg uha (tube auditive, cavuma tympani i pneumatskih ćelija mastoidnog nastavka). Bolest je česta i javlja se prevashodno u dječjem uzrastu. Akutno zapaljenje srednjeg uha je jedna od najčešćih dijagnoza koju postavljaju lekari koji rade sa djecom. To je akutni zapaljenjski proces sa zahvatanjem mukoperiosta srednjeg uha. Značaj zapaljenja srednjeg uha je u njegovoj visokoj incidenciji u opštoj populaciji i potencijalno opasnim komplikacijama, naročito endokranijumskim. Razlikujemo 4 vrste akutne upale srednjeg uha:

1. *Otitis media acuta catarrhalis*
2. *Otitis media acuta suppurativa*
3. *Otitis media acuta haemorrhagica*
4. *Otitis media mucosa*

Cilj rada: Kako na osnovu impedancmetrije i audiometrije ustanoviti sigurnu dijagnozu akutne upale srednjeg uha, što je od značaja za pravovremeno i adekvatno liječenje. Materijal i metode: Vršeno je ispitivanje kod 40 bolesnika sa akutnom upalom srednjeg uha u Vojno-medicinskom centru Podgorica. Kod svih je audiometrijski primijećen konduktivni pad sluha u intervalu od 20 do 40 dB. Na osnovu timpanometrijskog ispitivanja ustanovljeno da je pozitivan pritisak zabilježen kod 14 bolesnika, a timpanogram C, odnosno negativan pritisak kod 26 bolesnika. Akustički refleks je izostao kod 38 bolesnika, a kod 2 je bio prisutan, ali sa podignutim pragom akustičkog refleksa na 110 dB, prema 90 dB na zdravom uhu.

Zaključak: Nalaz tonske audiometrije i ispitivanje akustičke impedancmetrije je od velikog značaja kod dijagnostike akutne upale srednjeg uha, kao i kod praćenja toka ove bolesti kada na osnovu ovih ispitivanja možemo smatrati da je izvršeno potpuno izlječenje.

E-mail: senp@t-com.me

„MITRALNA VALVULA I EHLERS-DANLOS SYNDROME“

Goran Vukadinović, Bosiljka Ugrinić-Sklopić
DZ „ZVEZDARA“, BEOGRAD

UVOD: Ehlers–Danlos syndome je nasledni poremećaj sinteze kolagen. Dakle, multisistemska oboljenja, sa mogućim učešćem poremećaja i u kardio-vaskularnom sistemu dece i odraslih. U osnovi, poremećaj je u fibroblastima, koji sintetisuje abnormalna kolagena vlakna i ekstracelularni matriks u koži i drugim organima.

CILJ: Prikaz slučaja, novootkriveni Ehlers-Danlos syn, udružen sa hemodinamski značajnim prolapsom mitralne valvule (PVM), prouzrokovanim promenama u strukturi same valvule, kao potvrdom multisistemske oboljenja.

MATERIJAL I METODE RADA: Ambulanti pregled devojčice uzrasta 8 3/12 godina, zbog respiratorne infekcije, dakle slučajni nalaz. Hospitalizacija i kardiološka obrada.

REZULTATI: Slučajni pregled u toku respiratorne infekcije i uzgredni nalaz astenične konstitucija, sa disfunkcijom posture u kifotičnom smislu, ravnim stopalima i auskultatornim nalazom (uz pozitivnu dinamsku auskultaciju) sistolnog šuma intenziteta 3/6 sa p. max. u predelu apeksa je ukazivao na mogućnost sindromske udruženosti, potrebu za kardiološkom obradom i diferencijalnom dijagnostikom, uz konsultaciju ortopeda i genetičara. Kardiološka obrada (EKG) je ukazala na produžen QTc interval, EHO- uvećanu levu polovinu srca uz identifikaciju PVM i semikvantifikaciju mitralne regurgitacije, MR +3. Homocistein je ostao u radu.

ZAKLJUČAK: Dijagnostika, naročito rana i pravovremena dijagnostika Ehlers-Danlos syn uz pridružene promene na mitralnom valvularnom aparatu, i uopšte, promene na kardiovaskularnom sistemu, kao i u osteomuskularnoj građi sprečava rizik i komplikacije od trauma bilo koje etiologije, uz doziranje aktivnosti, zavisno od tipa i stanja. Utvrđivanje produženog QTc intervala prevenira kolapsna stanja i sprečava pojavu iznenadne srčane smrti tj. neželjenog događaja (ISS), a semikvantifikacija MR+3 ukazuje na obaveznu prevenciju bakterijskog endokardita i time prevenira moguće hemodinamske komplikacije pri planiranim ili neplaniranim intervencijama različite etiologije.

Ostaje pitanje da li je zahvaćenost kardio-vaskularnog sistema odlučujući prognostički činičnik ili prateća pojava.

KLJUČNE REČI: Ehlers–Danlos syndome, Prolaps mitralne valvule, prognoza

E-mail: drgoran92@yahoo.com

Naziv sesije
PREVENTIVNA MEDICINA. JAVNO ZDRAVLJE
Usmene prezentacije

ZNAČAJ FOLNE KISELINE U PREVENICIJI DEFEKTA NEURALNE CEVI

Bojana Cokić i saradnici

DEČIJE ODELJENJE, ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

Uvod: Folna kiselina je pteroilglutaminska kiselina koja se sastoji od tri komponente: 2-amino-4-hidroksipteridinskog jezgra, p-aminobenzojeve kiseline i glutaminske kiseline. Nakon unosa u organizam, apsorbuje se preko enzima u sluznici duodenuma. Folna kiselina je neophodna za sintezu DNA, za funkcionisanje svake ćelije, izgradnju svih novih ćelija i za konverziju nekih aminokiselina. Ima važnu ulogu u eritropoezi. Ima značajnu ulogu u razvoju ploda, jer je bitna za normalan razvoj nervne cevikod novorođenčeta. Folna kiselina iz prirodnih izvora jemanje iskoristljiva nego iz gotovih preparata.

Cilj rada: Cilj rada je prikazati incidencu defekta neuralne cevi u Opštini Zaječar, lečenje i preventivne mere.

Materijala i metodi rada: Prikazana je incidenca dece sa defektom neuralne cevi u periodu od 1987-2015. godine. Podaci su dobijeni iz registara zakongenitalne anomalije. Dijagnoza u sve dece je postavljena je postnatalno.

Rezultati: U porodilištu Zaječar u periodu od 1987. do 2015. godine rođeno je 22 145. Dece. Od tog broja 13-ro dece sa defektom neuralne cevi ili 0,587/1000 živorođene dece. 12-ro dece je imalo otvorenu spinu bifidu, jedno zatvorenu spinu bifidu. U daljem toku dvoje dece je imalo letalan ishod u prvom mesecu života (infekcija CNS-a), i dva deteta (4. i 7. g.) u bubrežnoj insuficijenciji. Dva deteta sa izolovanom spinom bifidom je živo bez neuroloških komplikacija. Najstariji pacijent ima 29 godina. Nažalost invalid, ali očuvanog intelekta.

Zaključak: Na osnovu naučnih istraživanja (U.S. Public Health 1992. and Institute of Medicine 1998.g.) preporučuje se primena folne kiseline u dozi od 400-800 mcg koja smanjuje rizik za nastajanje defekta neuralne cevi do 80%. Folna kiselina je dostupna a cena pristupačna.

Ključne reči: Folna kiselina, defekt neuralne cevi.

E-mail: laboca@mts.rs

20 GODINA SKRININGA I LEČENJA OBOLELIH OD KARCINOMA GRLIĆA MATERICE U ZAJEČARU

Vera Najdanović Mandić

GINEKOLOŠKO-AKUŠERSKA SLUŽBA, DISPANZER ZA ŽENE, ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

U svetu je široko prihvaćena cervikalna citologija i Papanikolau test u skriningu rakgrlića materice. Cilj rada je da se prikaže učestalost raka grlića materice, starosna struktura kao i metode lečenja na ginekološkom odeljenju u Zaječaru u periodu od 1996-2015.g. kao i doprinos sistematskih pregleda u ranoj dijagnostici ovog malignog oboljenja. Metod rada je retrospektivno ispitivanje i analiza medicinske dokumentacije u periodu 1996-2015.g. na ginekološkom odeljenju u Zaječaru. Podaci su statistički obrađeni i prikazani tabelarno i grafički. U period od 1996-2015.g. urađeno je 56509 sistematskih pregleda sa PAP testom. Istovremeno od raka grlića materice lečeno je 577 žena operativno, operativno-zračno i zračno. Od preinvazivnog i mikroinvazivnog raka grlića materice lečeno je 352 (61.01%) žena, od kojih je 308 (87.50%) otkriveno sistematskim pregledom. Operisane su konizacijom 221 (38.30%) koje su rađene kod mlađih žena i histerektomijom 131 (22.70%) koje su rađene kod starijih žena. Od invazivnog raka grlića materice operisano je i zračeno 122 (21.14%) žena. Samo zračnu terapiju imalo je 103 (17.85%) žena u inoperabilnom stadijumu i 49 (47.57 %) tih žena je starije od 61 g. i one nisu dolazile na sistematske preglede u poslednjih pet godina. Zaključujem da su sistematski pregledi značajni u otkrivanju ranih stadijuma raka grlića materice u Zaječaru, gde je zapažen broj obolelih od ovog malignog oboljenja.

Ključnereči: Rakgrlićamaterice, skrining, Papanikolau test

E-mail: vernajdanovicmandic@gmail.com

TIMOČKA KRAJINA - OBLAST NAJDUBLJEG DEMOGRAFSKOG STARENJA U SRBIJI

Olica Radovanović, Snežana Tošić, Jasmina Radosavljević, Ivana Ćirić

ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVLJE "TIMOK" ZAJEČAR

Uvod: Proces starenja stanovništva podrazumeva porast udela stanovništva starijeg od 60 (ili 65) godina u ukupnom stanovništvu. Iako je proces starenja fenomen visoko razvijenih industrijskih zemalja, uslovljen nepovoljnom starosnom strukturom i stopama fertiliteta koje se održavaju na niskom nivou, intenzivni proces starenja je prisutan i u zemljama koje su siromašne ili u razvoju, a posledica su produženja životnog veka i konstantnog opadanja stope smrtnosti. Stanovništvo Srbije ima odlike demografskog starenja visoko razvijenih zemalja, i nalazi se među 5 najstarijih zemalja Evrope i među 10 najstarijih

područja u svetu, a stanovništvo Timočke krajine odlikuju indikatori starenja stanovništva koji su nepovoljniji u odnosu na Srbiju u celini.

Cilj: Prikaz promena u starosnoj strukturi stanovništva Timočke krajine na početku 21.veka, kako bi se ukazalo na intenzitet ubrzanog procesa starenja stanovništva i na posledice takvog starenja.

Materijal i metodi rada: Izvor podataka su popisi stanovništva 2002. i 2011.godine. U radu su korišćeni pokazatelji demografskog starenja: indeks starenja, koeficijent zavisnosti mladih, koeficijent zavisnosti starih, koeficijent ukupne zavisnosti, stadijumi demografske starosti i indikatori demografske starosti stanovništva. Rezultati su prikazani deskriptivnim statističkim metodom.

Rezultati: Proces demografskog starenja stanovništva Timočke krajine je brži i intenzivniji od ostalih delova Srbije već više od pola veka, a na početku 21.veka prelazi iz faze duboke, u fazu najdublje starosti stanovništva, uslovljen pre svega ekstremnim starenjem stanovnika seoskih područja. Na regionalnom i lokalnom nivou postoje blaga odstupanja u intenzitetu i vremenskom određenju procesa starenja. Po popisu 2002.godine, jedino stanovništvo opština Majdanpek i Bor imaju veći udeo mladih do 19 godina od udela starijih od 60 godina, a po poslednjem popisu sve opštine imaju manji udeo mladih. Na prostoru Timočke krajine, po popisu 2002.godine, na 100 mladih do 20 godina je 173 starih 60 i više godina, a 2011.godine čak 213 starih. Najnepovoljniji odnos je kod stanovnika opštine Knjaževac, sa više od jedne trećine stanovnika starijih od 60 godina, a oko 15% mlađih od 20 godina. Demografsko starenje stanovništva uslovljava smanjenje kontingenta radno aktivnog stanovništva, tako da je već 2002.godine stanovništvo opština Knjaževac i Boljevac bez demografskog bonusa, a 2011.godine i stanovništvo opština Sokobanja i Negotin. Prosečna starost u Timočkoj krajini je po poslednjem popisu veća od 43 godine, a samo opština Bor ima 42,3 godine.

Zaključak: Ovakav odnos pokazatelja starenja potvrđuje činjenicu da je na ovom prostoru druga demografska tranzicija u odmakloj fazi i da je započela treća demografska tranzicija "iz crvenog u belo", bez ikakve biološke budućnosti. Gubitak glavnog potencijala za biološko obnavljanje i radnu aktivnost, sa jedne strane, i manji udeo od 20% mladog stanovništva, sa druge strane, ukazuje na veliki problem u zaustavljanju izraženog negativnog trenda demografskog starenja, koji će postati naglašeniji potencijalnim budućim emigracijama i ekonomskom tranzicijom.

Glavne reči: starenje stanovništva, pokazatelji demografskog starenja, Timočka krajina

E-mail: olicaradovanovic@yahoo.com

ŽIVOTNE NAVIKE I ZDRAVLJE SREDNJOŠKOLACA

Filipović M., Stevanović V.

ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVLJE UŽICE

Uvod: Adolescencija je period kada se formiraju razni obrasci ponašanja, kao što je zdravstveno ponašanje, razvijanje stila života mlade osobe, a time i navike u ishrani. Poslednjih godina se u svakodnevnom životu, ali i među profesionalcima sa zabrinutošću govori o porastu visoko rizičnog ponašanja mladih kod nas. Smatra se da je jedan od najvažnijih uzroka prekomerne gojaznosti hipokinezija. Sve više prevladava mišljenje da arterijska hipertenzija kod odraslih vodi poreklo iz perioda detinjstva.

Cilj: Ispitati kakve su navike u ishrani srednjoškolske dece, kako provode slobodno vreme, da li se bave nekim sportom i proceniti njihovo zdravlje.

Materijal i metodi rada: Populaciju istraživanja čini 592 učenika srednje medicinske škole u Gradu Užicu. Putem anketnog upitnika koji su popunjavali učenici od 1-4. razreda ispitivane su navike u ishrani, bavljene fizičkom aktivnošću i način provođenja slobodnog vremena. Za procenu zdravstvenog stanja korišćeni su indeks telesne mase i krvni pritisak. Za obradu podataka korišćen je SPSS paket.

Rezultati: Više od polovine dece (66.2%) u ishrani je koristilo pretežno beli hleb. Životinjsku mast za pripremu obroka koristi 12.6% ispitanika. Sveže povrće svakodnevno je konzumiralo 31.4% dece, a sveže voće 43.4% dece. 37.5% koristi ribu manje od jednom nedeljno. Slatkiši su zastupljeni svaki dan kod više od jedne trećine ispitivane dece (39.2%), a slatka bezalkoholna pića kod 29.4% dece. Meso je zastupljeno jako malo u ishrani srednjoškolaca (uglavnom u 57.2% ispitanika). Više od polovine ispitanika (55.4%) ne obraća pažnju na sadržaj masti u mlečnim proizvodima koje konzumiraju. Svih 5 obroka dnevno imaju

samo 8.4% ispitanika, dok polovina ima tri obroka u toku dana. Nešto manje od jedne četvrtine srednjoškolaca provede više od 2 sata dnevno gledajući televiziju (20.6%). Više od 2 sata dnevno u raznim aktivnostima na računaru provede 27.9% učenika. Više od polovine učenika spava u proseku 6-8 časova (69.6%), ali je visok procenat i onih koji spavaju manje od 6 časova u toku dana (10.6%). Sedentarni način života zastupljen je kod 34% učenika. Normalnu telesnu težinu ima 77.2% učenika, predgojazno je 0.5%, gojazno je 6.4% dece, dok je pothranjeno 15.9% ispitanika. Normalan krvni pritisak zabeležen je kod 86.3% učenika, 9.6% ima granični krvni pritisak, dok 4.2% ima arterijsku hipertenziju. Utvrđena je pozitivna korelacija između vrednosti krvnog pritiska i indeksa telesne mase ($R=0.346$, $p<0.01$).

Zaključak: Rezultati istraživanja pokazuju da je potrebno unapređenje znanja, stavova i ponašanja mladih u oblasti zdravih stilova života uz stalno informisanje mladih u oblasti pravilne ishrane, kulture koja promoviše fizičke i sportske aktivnosti i gradi zdrave stilove života mladih.

Ključne reči: životne navike, ishrana, fizička aktivnost, gojaznost, arterijska hipertenzija

E-mail: mira.filipovic67@gmail.com

UMIRANJE OD VODEĆIH MALIGNIH TUMORA KOD MUŠKARACA U SRBIJI 2007 - 2012. GODINA

Živković Perišić S., Miljuš D.

INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE SRBIJE „DR MILAN JOVANOVIĆ BATUT“

Uvod: Već godinama najčešći uzroci umiranja kod muškaraca u Srbiji su maligni tumori bronha i pluća, debelog creva i rektuma, prostate, želuca, pankreasa i mokraćne bešike. U proseku ovi maligni tumori su činili skoro 40% svih uzroka smrti od malignih tumora u Republici Srbiji, kod muškaraca u periodu od 2007. do 2012. godine.

Cilj: Sagledavanje umiranja od vodećih malignih tumora kod muškaraca u Srbiji, u periodu od 2007. do 2012. godine.

Materijal i metodi rada: Kao izvor podataka o umiranju od raka, poslužio je nepublikovani materijal Republičkog zavoda za statistiku. U radu je primenjen deskriptivno epidemiološki metod. Kao pokazatelji umiranja korišćene su specifične i standardizovane stope.

Rezultati: Vodeći uzrok umiranja od raka kod muškaraca u Republici Srbiji su bili maligni tumori bronha i pluća, od kojih je u proseku svake godine umrlo 3.730 osoba muškog pola sa prosečnom standardizovanom stopom mortaliteta od 58,0 na 100.000. Maligni tumori debelog creva i rektuma od kojih je u proseku, umrlo, 1.486 muškaraca su drugi najčešći uzrok umiranja sa prosečnom standardizovanom stopom mortaliteta od 20,9 na 100.000. Umiranje od raka prostate po učestalosti je na trećem mestu i svake godine od ovog oblika raka umre u proseku 1.009 osoba muškog pola sa prosečnom standardizovanom stopom mortaliteta od 12,0 na 100,000. Vodeće uzroke smrtnosti od raka kod muškaraca činili su i rak želuca, od kojih je u proseku svake godine umrlo 697 osoba muškog pola sa prosečnom standardizovanom stopom mortaliteta od 10,2 /100,000, rak pankreasa od koga je u proseku svake godine umro 551 muškarac i prosečna standardizovana stopa mortaliteta je iznosila 8,2 /100,000 i maligni tumori mokraćne bešike od kojih je u proseku svake godine umrlo 464 osobe muškog pola sa prosečnom standardizovanom stopom mortaliteta od 6,1 /100,000. U posmatranom periodu u Srbiji je došlo do porasta stopa mortaliteta od malignih tumora debelog creva i rektuma za 8,2 % (od 19,6/100,000 do 21,2/100,000), od raka pankreasa za 8,1 % (od 7,4/100,000 do 8,0/100,000) i od raka mokraćne bešike za 9,4 % (od 6,4/100,000 do 7,0/100,000). U istom periodu standardizovane stope mortaliteta za maligne tumore bronha i pluća su opale za 4,1 % (od 58,0/100,000 do 55,6/100,000) i želuca za 14,0 % (od 10,7/100,000 do 9,2/100,000). Stope mortaliteta od raka prostate varirale su po godinama. Više stope od prosečne u Srbiji (12,0 /100,000) su registrovane 2010. (12,8 /100,000) i 2011. godine (13,1 /100,000). Najviše uzrasno specifične stope umiranja u uzrastima 75 i više godina registrovane su od raka prostate, pankreasa i mokraćne bešike. Kod malignih tumora pluća uzrasno specifične stope mortaliteta najviše su u uzrastu 70-74. godine života, a od raka debelog creva i rektuma su registrovane u uzrastima od 60 do 75 i više godina. Već godina stope mortaliteta od raka želuca su u opadanju ali i dalje su najviše stope registrovane u starijim uzrastima od 65. do 75. i više godina.

Zaključak: U narednoj deceniji programi prevencije, ranog otkrivanja i terapije na nacionalnom nivou, omogućiće da se nastavi postojeći trend opadanja stopa mortaliteta od vodećih lokalizacija raka kod muškaraca u Srbiji.

Ključne reči: umiranje, vodeći maligni tumori, muškarci

E-mail: snezana_zivkovic@batut.org.rs

OPTEREĆENJE NEZARAZNIM BOLESTIMA U REPUBLICI SRBIJI

Miljuš D (1), Živković S (1), Plavšić S (1), Mickovski Katalina N (1), Rakočević I (1), Sjeničić M. (2)

(1) INSTITUTE ZA JAVNO ZDRAVLJE "DR MILAN JOVANOVIĆ BATUT", BEOGRAD, (2) CENTAR ZA PRAVNA ISTRAŽIVANJA, INSTITUTE DRUŠTVENIH NAUKA, BEOGRAD

Uvod: Prema procenama Svetske zdravstvene organizacije, danas su nezarazne bolesti vodeći uzroci umiranja u svetu. Od 57 miliona ljudi koliko je 2008. godine umrlo širom sveta od svih uzroka smrti, 36 milion, odnosno 63% umrlo je od posledica ovih oboljenja. Prema istom izvoru u narednom periodu očekuje se porast smrtnosti od ovih oboljenja, a najveći broj umrlih biće iz nerazvijenih i zemalja u razvoju.

Cilj: Namera autora bila je analizirati opterećenje nezaraznim bolestima u Srbiji.

Materijal i metodi rada: Analizirane su stope obolevanja i umiranja od vodećih nezaraznih oboljenja u 2014. godini u Srbiji.

Rezultati: Duži niz godina teret bolestima u Srbiji procenjivan je samo na osnovu podataka o smrtnosti. U Srbiji godišnje od svih uzroka smrti umre približno 100.000 ljudi. Gotovo svaki drugi stanovnik Srbije umre od bolesti srca i krvnih sudova, svaki peti od malignih tumora i svaki deseti od posledica povreda, dijabetesa i opstruktivnih bolesti pluća. Od bolesti srca i krvnih sudova umrlo 53.993, a stopa smrtnosti bila je 757,1 na 100.000 stanovnika. Sa dijagnozom akutnog koronarnog sindroma (AKS) registrovano 20.774 novoobolelih, a incidencija od ovog sindroma iznosila je 232,2 na 100.000 stanovnika. Iste godine od AKS su umrle 5383 osobe, a mortalitet je bio 75,5 na 100.000 stanovnika. Poslednjih nekoliko decenija uočen je kontinuirani porast u obolevanju i umiranju od malignih tumora. Tokom 2014. godine od raka su umrle 21.332 osobe, a stopa smrtnosti bila je 299,0 na 100.000 stanovnika. U 2013. godini, od malignih tumora je obolelo 35.302 osoba a stopa novoobolelih bila je 443,4 na 100.000 stanovnika. Povrede čine treći vodeći uzrok smrtnosti u našoj zemlji od kojih je u 2014. godini, umrlo 3075 osoba, a stopa smrtnosti bila je 43,1 na 100.000 stanovnika. Na godišnjem nivou od posledica dijabetesa u našoj zemlji umre približno 3000 osoba, a stopa mortaliteta iznosila je na 35,2 na 100.000 stanovnika. U našoj zemlji oko 710.000 (12,4%) stanovnika ima dijabetes, 465.000 (8,1%) njih zna za svoju bolest i još 245.000 osoba nema postavljenu dijagnozu bolesti i ne leči se. U 2014. godini evidentirano 281 novoobolelih osoba uzrasta do 29 godina sa dijagnozom tip 1 dijabetesa, a incidencija ovog tipa dijabetesa iznosila je 12,3 na 100.000 osoba. Procenjeno je da sa nekom hroničnom nezaraznom respiratornom bolešću u našoj zemlji živi preko pola miliona ljudi. U Srbiji u proseku godišnje umre približno 2500 osoba od hronične opstruktivne bolesti pluća, a stopa mortaliteta od ove grupe oboljenja u 2014. godina bila je 35,0 na 100.000 stanovnika.

Zaključak: Teret nezaraznim bolestima u Srbiji je u porastu. Tokom poslednjih pet godina u Srbiji je uočen pad opšte stope smrtnosti za 1,1%. pad stopa mortaliteta od povreda i trovanja za 15,8%, opstruktivnih bolesti pluća za 8,4% i bolesti srca i krvnih sudova za 7,2%. U istom periodu porasle su stope mortaliteta od raka za 12,7% i dijabetesa za 1,7%. Istovremeno uočen je porast u obolevanju od svih vodećih nezaraznih bolesti.

Ključne reči: teret, nezarazne bolesti, Srbija

E-mail: dragan_miljus@batut.org.rs

BURDEN OF NONCOMMUNICABLE DISEASES IN SERBIA

Miljuš D (1), Živković S (1), Plavšić S (1), Mickovski Katalina N (1), Rakočević I (1), Sjeničić M. (2)

(1) Institut of Public Health of Serbia "Dr Milan Jovanovic Batut", Belgrade, (2) Centre for Legal Research, Institute of Social Sciences, Belgrade

Introduction: According to estimates by the World Health Organization, noncommunicable diseases are now the leading causes of death in the world. Of the 57 million people as of 2008, died worldwide from all causes of death, 36 million, or 63% died as a result of these diseases. According to the same source in the coming period is expected to increase in deaths from these diseases, and the largest number of deaths will be from underdeveloped and developing countries.

Aim: The authors' intention was to analyze the load of non-communicable diseases in Serbia.

Materials and methods: We analyzed the rates of morbidity and mortality from major non-communicable diseases in 2014 in Serbia.

Results: For many years, the burden of disease in Serbia estimation is based only on data on mortality. In Serbia every year from all causes of death of about 100,000 people die. Almost every second citizen in Serbia die of heart disease and blood vessels, every fifth of malignant tumors and every tenth of injuries, diabetes and obstructive lung disease. From heart disease and blood vessels died 53,993, and the mortality rate was 757.1 per 100,000 inhabitants. With the diagnosis of acute coronary syndrome (ACS) registered 20,774 new cases, and the incidence of this syndrome was 232.2 per 100,000 inhabitants. In the same year of the AKS 5383 people have died, a mortality rate was 75.5 per 100,000 inhabitants. The last few decades there has been a continuous increase in the incidence and mortality rates from malignant tumors. In 2014, died of cancer 21 332 persons, and the mortality rate was 299.0 per 100,000 inhabitants. In 2013, malignant tumors of the diseased 35.302 osobaa and the rate of new cases was 443.4 per 100,000 inhabitants. Injuries constitute the third leading cause of death in our country, one of which is in 2014, 3075 people died, and the mortality rate was 43.1 per 100,000 inhabitants. On an annual basis of the result of diabetes in our country, about 3,000 people die, and mortality rate is 35.2 per 100,000 inhabitants. In our country, about 710,000 (12.4%) of the population has diabetes, 465,000 (8.1%) of them knows about their disease and 245,000 people no diagnosis of disease and is not treated. In 2014 recorded 281 new cases of persons under the age of 29 years with a diagnosis of type 1 diabetes, and the incidence of this type of diabetes was 12.3 per 100,000 people. It is estimated that with a chronic non-infectious respiratory disease in our country there are over half a million people. In Serbia, the average year about 2500 people die from chronic obstructive pulmonary disease, and the mortality rate of this group of diseases in 2014 was 35.0 per 100,000 inhabitants.

Conclusion: The burden of noncommunicable diseases in Serbia is increasing. Over the last five years in Serbia was observed decline in overall mortality rates by 1.1%. decline in mortality rates from injury and poisoning by 15.8%, obstructive pulmonary disease 8.4% and diseases of the heart and blood vessels by 7.2%. In the same period increased mortality rates from cancer by 12.7% and 1.7% for diabetes. At the same time there has been an increase in the morbidity of all major non-communicable diseases.

Key words: burden, non communicable diseases, Serbia

E-mail: dragan_miljus@batut.org.rs

Poster prezentacije

STANOVNIŠTVO I VITALNA STATISTIKA ZA GRAD NIŠ I NIŠAVSKU OBLAST

Zlatković Miloš (1), Zdravković Goran (2)

(1) DOM ZDRAVLJA NIŠ, (2) DOM ZDRAVLJA ZAJEČAR

Cilj radada se prikaže uporedni pregled broja stanovnika za grad Niš po popisima od 1948. do 2011. god. Republičkog zavoda za statistiku Srbije, analiza stanovništva prema godinama života za popise iz 1991,

2002. i 2011.god. , da se prikaže kretanje prirodnog priraštaja (u ‰) za grad Niš od 1986. do 2014. god. , da detaljno prikažemo broj živorođenih , umrlih , prirodni priraštaj za grad Niš od 1999. do 2014 .god. i analiziramo pad odn. porast broja stanovnika za grad Niš i niševski oblast upoređujući rezultate popisa iz 2002. god. i 2011. god., a te rezultate sa onima iz južne i severne Srbije i Republike Srbije.

Ispitanici i metod rada : Analizirali smo podatke popisa stanovništva, domaćinstava i stanova u 2011 . god. u Republici Srbiji , knjiga broj 20 , Republičkog zavoda za statistiku Srbije iz 2014. god. i knjiga broj 2, RZS Srbije iz 2012.god. , kao i sajt RZS Srbije, baza podataka, vitalna statistika.

Rezultati rada : Postoji stalni porast broja stanovnika za grad Niš i to od 109 280 stanovnika u 1948. god. do 260 237 stanovnika u 2011. god. Analizom stanovništva po starosnim grupama za grad Niš po popisima iz 1991. , 2002. i 2011. god. vidimo da postoji pad broja mlađeg stanovništva (0-14 god) od 47 881 u 1991. god. do 36 196 u 2011. god. , a porast zrelog(15-65 god) od 174 715 u 1991.god. do 180 299 u 2011.god., kao i porast starog stanovništva (preko 65 god.) od 24 171 do 43 742 . Prirodni priraštaj za grad Niš je 1986.god. bio preko 5‰ , 1996.god. je pao na 0 ‰ , od tada je stalno negativan i 2014. god. je bio - 3,6‰ . U Nišu je 1999. god. bilo 2 313 živorođenih (9,2 na 1000 st.) , 2 851 umrlih (11,4 na 1000 st.) , a prirodni priraštaj je bio -538 (-2,1‰) , a 2014. je bilo 2 420 živorođenih (9,4 na 1000 st.) , 3 362 umrlih (13,0 na 1000) , a prirodni priraštaj je bio -942 (-3,6 ‰) . U periodu 2011- 2002. god. u gradu Nišu zabeležen je porast broja stanovnika od 4,2 prosečno godišnje na 1000 st. odn. prosečno godišnji porast od 1 080 stanovnika , što je ukupno 9 719 stanovnika odn. 260 237 stanovnika u 2011. god. u odnosu na 250 518 stanovnika u 2002. god. Porast broja stanovnika imaju samo GO Palilula (2,5 prosečno godišnje na 1000 st.) i GO Pantelej (26,4 prosečno godišnje na 1000 st.) , dok ostale GO imaju pad broja stanovnika , kao i nišavska oblast (-1,6 prosečno godišnje na 1000 st.) odn. -604 stanovnika prosečno godišnje tj. ukupno -5 438 stanovnika (376 319 st. u 2011. god. prema 381 757 st. u 2002. god.) . Najveći pad za dati period ima Gadžin Han (-24,5 prosečno godišnje na 1000 st.) , Ražanj (-24,1 prosečno godišnje na 1000 st.) i Svrljig (-21,4 prosečno godišnje na 1000 st.) .U tom periodu zabeležen je i pad broja stanovnika na jugu Srbije od -8,7 prosečno godišnje na 1000 st. , na severu Srbije od -0,5 prosečno godišnje na 1000 st. , a u Republici Srbiji od -4,7 prosečno godišnje na 1000 stanovnika .

Zaključak : Ukupni broj stanovnika u gradu Nišu se udvostručio u periodu od 1948.god. do 2011.god. . U periodu od 1991. do 2011. god. zabeležen je pad mlađeg stanovništva , a porast zrelog i starog stanovništva . Prirodni priraštaj u gradu Nišu je stalno negativan od 1996. god. , a u 2014. iznosio je - 3,6‰ . Sam grad Niš u periodu od 2011-2002. god. ima porast broja stanovnika od 4,2 prosečno godišnje na 1000 st., dok nišavska oblast ima pad od -1,6 prosečno godišnje na 1000 st. , a najizraženiji pad je u Gadžinom Hanu , Ražnju i Svrljigu .

Ključne reči : grad Niš, nišavska oblast, stanovništvo, prirodni priraštaj, vitalna statistika, živorođeni, umrli , depopulacija, bela kuga

DEPOPULACIJA U REPUBLICI SRBIJI U MEDJUPOPISNOM PERIODU OD 2002. DO 2011. GODINE I VITALNI DOGAĐAJI OD 1961. DO 2011. GODINE

Zdravković Goran

DOM ZDRAVLJA ZAJEČAR

Cilj rada da se pokaže kretanje broja stanovnika u Republicu Srbiji u periodu između popisa 2002. godine i 2011. godine , izvrši analizu vitalnih događaja (živorođenih, umrlih i prirodnog priraštaja ; ukupnog i prosečnog godišnjeg) u periodu od 1961. god. do 2011. god.

Ispitanici metod rada: Analizirani su statistički godišnjaci Republičkog zavoda za statistiku Srbije i zdravstveno – statistički godišnjaci Republike Srbije u izdanju Instituta za javno zdravlje Srbije „ Dr Milan Jovanović Batut “.sajt Republičkog zavoda za statistiku Srbije , baza podataka , vitalnost statistika . Metodološka objašnjenja za statistiku prirodnog kretanja nalazi se u Upustu za matičare o popunjavanju statističkih listića Dem-1 (o rođenju) , Dem-2 (o slučaju smrti) ... (Beograd, 2004) .

Rezultati rada : Po popisu iz 2002. god. u Republici Srbiji bilo je 7 498 001 , a u 2011. god. je bilo 7 186 862 stanovnika što predstavlja pad ukupnog broja stanovnika od -311 139 (4,15%) . Osnovni razlozi za to su negativni prirodni priraštaj tj. depopulacija, a u manjoj meri emigracija (iseljavanje) stanovništva .U beogradskom regionu zabeležen je apsolutni porast od 83 316 stanovnika (1 659 440 u 2011. god. prema

1 576 124 u 2002. god.), a najveći pad je u regionu južne i istočne Srbije od -189 088 stanovnika (1 563 916 u 2011. god. prema 1 753 004 u 2002. god.). U 2011. god. u Srbiji je bio prirodni priraštaj na 1000 stanovnika -5,2‰ odn. broj umrlih na 1000 stanovnika je bio 14,2, a broj živorođenih na 1000 stanovnika je bio 9,0 . U Srbiji je 2001. god. bio prirodni priraštaj na 1000 stanovnika - 2,7 ‰ , broj umrlih na 1000 stanovnika 13,2 , a broj živorođenih na 1000 stanovnika je bio 10,6 . Najmanji procenat prirodnog priraštaja je bio u Zaječarskom , Borskom , Topličkom i Pirotskom okrugu, gde je pad broja stanovnika iznosio oko -15‰ . Povećane stanovništva je bilo u svega 16 opština , od čega su tri sa preko 10‰ (GO Novi Sad i Zvezdara i po proceni oština Preševo sa oko 16‰) , sa porastom do 10‰ je bilo 8 beogradskih opština i 2 na teritoriji grada Niša , opština Petrovaradin , Novi Pazar i Tutin sa područja Sandžaka i Bujanovac (po proceni) sa juga Srbije . Povećane broja stanovnika u većini ovih opština je rezultat pozitivnog migracionog (zbog nalaženja posla) , osim opštine Bujanovac , Preševo , Novi Pazar i Tutin , gde je povećane na račun visokog prirodnog priraštaja .

Analizom vitalnih događaja u Republici Srbiji od 1961. do 1970. god. zabeležen je pozitivan prirodan priraštaj 448 683 (1 062 918 živorođenih prema 614 235 umrlih) , od 1971. do 1980. god. bio pozitivan prirodni priraštaj od 400 556 stanovnika (1 098 410 živorođenih prema 697 854 umrlih) , u periodu od 1981. do 1990. god. bio je pozitivan prirodni priraštaj od 177 432 stanovnika (prema 1 003 865 živorođenih prema 826 433 umrlih) . Od 1992. god. je zabeležen negativni prirodni priraštaj u Republici Srbiji odn. od 1991. do 2000. god. bio je negativan prirodni priraštaj od -144 618 stanovnika (821 294 živorođenih prema 965 912 umrlih) odn. prosečni godišnji negativni prirodni priraštaj od -14 462 stanovnika . U periodu od 2001- 2011. god. je takođe, bio negativni prirodni priraštaj od -337 066 stanovnika (798 310 živorođenih prema 1 135 376 umrlih) odn. prosečni godišnji negativni prirodni priraštaj od -30 642 stanovnika .

Zaključak: Depopulacija , intenzivno starenje stanovništva , negativan migracioni saldo , nizak fertilitet i visok mortalitet su najvažnije demografske karakteristike Srbije u periodu između popisa od 2002. do 2011. god.

Ključne reči: depopulacija , bela kuga , prirodni priraštaj , mortalitet , natalitet , emigracija , Republika Srbija, popis stanovništva .

BELA KUGA U ZAJEČARSKOM OKRUGUI DEPOPULACIJA U SRBIJI

Zdravković Goran

DOM ZDRAVLJA ZAJEČAR

Cilj rada da se prikaže pojava depopulacije u Republicu Srbiji u periodu između popisa 2002. i 2011. godine i istakne pojava negativnog prirodnog priraštaja tj. depopulacije ili tzv. bele kuge u Zaječarskom okrugu (oblasti) i uporedi sa podacima o prirodnom priraštaju u Timočkoj krajini od 1961. do 1999. god., 1912. do 1918. god., 1876. do 1878. god. i u periodu od 1863. do 1953. god.

Ispitanici metoda rada: Analizirani smo publikacije Republičkog zavoda za statistiku Srbije, sajt Republičkog zavoda za statistiku Srbije , baza podataka , stanovništvo, vitalna statistika , časopise Demografski pregled i knjigu Todorović M. " Determinante fertiliteta stanovništva Timočke krajine "

Republički zavod za statistiku Srbije od 2002. god. primenjuje novu metodologiju popisa i procene stanovništva, te zbog nje podaci nisu neposredno uporedivi sa podacima predhodnih popisa (primer je popisna 1991. god. za koju je retroaktivno izračunata procena broja stanovnika). Detaljna metodološka objašnjenja za Popis 2011. god. nalaze se u metodološkom upustvu za organizatore, instruktore i druge učesnike u popisu (Beograd, 2011) ili na sajtu Republičkog zavoda za statistiku . Metodološka objašnjenja za statistiku prirodnog kretanja stanovništva nalazi se u Upustvu za matičare o popunjavanju statističkih listića Dem-1 (o rođenju) , Dem-2 (o slučaju smrti) ... (Beograd , 2004) .

Rezultati rada: Analiza podataka u periodu između popisa 2002. god i 2011. god. pokazuje smanjenje stanovništva u većini okruga i opština u Srbiji. Stopa rasta stanovništva je negativna u 23 od 25 okruga , dok je povećanje stanovništva zapaženo samo na teritoriji grada Beograda i u Južnobačkom okrugu. Od 23 okruga kojima je zapaženo smanjenje stanovništva , ono je bilo najviše izraženo u Borskom , Zaječarskom , Topličkom i Pirotskom okrugu i taj pad je iznosio oko 15 % . Detaljnom analizom između popisa 2002. do 2011. god. uočen je godišnji pad stanovništva u Zaječarskoj opštini za manje od 10% , a u opštini Boljevac ,

Sokobanja i Knjaževac smanjenje je bilo od 10 do 20% . Prosečna godišnja stopa nataliteta u Zaječarskoj opštini je bila manja od 10‰ , a u opštini Boljevac , Knjaževac i Sokobanja je bila preko 20 ‰ . Prosečna godišnja stopa mortaliteta je u Zaječarskoj opštini bila manja od 15,1 do 20 ‰ , a u opštini Boljevac , Knjaževac i Sokobanja je bio manja za više od 20‰ . Prosečna godišnja stopa prirodnog priraštaja je u Zaječarskoj opštini bila negativna i to od -10,0 do 0,0 ‰ , a u opštini Boljevac , Knjaževac i Sokobanja je bila negativna i iznosila preko -10 ‰ . Prosečna stopa migracionog salda za Zaječarsku oblast tj. u svim njenim opštinama je bila negativna i iznosila je od -10,0 do 0,0 . U knjizi Todorović M. navode se podaci o prirodnom priraštaju u periodu od 1961. do 1999. god. u Timočkoj krajini pri čemu je on negativan počev od 1981.god. (-1,9‰) , a u 1999.god. je bio -6,7‰ . Stanovništvo je u seoskom naseljima još od 1961. god. u depopulaciji (-0,1 ‰) do -12,0‰ u 1999. god. Stopa prirodnog priraštaj u Timočkoj krajini je od 1875. god. je bila 10,82 ‰ , 1876. god. je bila -8,18 ‰ , 1877. je bila -8,83 , 1878. god. je bila 0,67 ‰ , a 1879. god. je bila 4,05‰ .Prirodni priraštaj je od 1912.god (- 1,54‰) do 1918.god (- 29, 15‰) bio negativan , zbog Balkanskih ratova i prvog svetskog rata , pri čemu je 1915. god bio čak - 44,38‰ .

Zaključak: Zaječarska oblast(okrug) je poznat po izrazitoj depopulaciji tj.negativnom prirodnom priraštaju tzv. bela kuga .Za prevazilaženje postojećeg stanja potrebni je angažovanje najviših državnih institucija u smislu oživljavanja privrede, povećanja standarda građana, zapošljavanja žena fertilnog perioda i muškog radnoaktivnog stanovništva, dodela stanova za mlade bračne parove, podsticaj fondacije za treće dete, stimulacija rađanja , produženje porodiljskog odsustva, redovna isplata materinskih i dečijih dodataka, niz povlastica u čuvanju i školovanju trećeg deteta, popularizaciji rađanja putem medija i sredstava javnog informisanja, rigorozniji stav države, crke i zdravstvenih institucija prema prekidu trudnoće, obuka zdravstvenih radnika i nabavka najsavremenije medicinske opreme za lečenje steriliteta.

Ključne reči : depopulacija , bela kuga , prirodni priraštaj , mortalitet , natalitet , Zaječar , Timočka krajina

EVIDENCIJE U ZDRAVSTVU - REGISTAR RETKIH BOLESTI U REPUBLICI SRBIJI

Miljuš D (1), Sjeničić M.(2)

(1)INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE“DR MILAN JOVANOVIĆ BATUT“, BEOGRAD, (2) CENTAR ZA PRAVNA ISTRAŽIVANJA, INSTITUT DRUŠTVENIH NAUKA, KRALJICE NATALIJE 45, BEOGRAD

Uvod: Retke bolesti su heterogena grupa oboljenja kojima je zajednička karakteristika niska prevalencija. To su one bolesti koje pogađaju jednu osobu na 2000 stanovnika u opštoj populaciji. Iako pojedinačno retke, ukupno one obuhvataju veliki broj osoba u populaciji. Registar za retke bolesti osnovni je deo svakog racionalnog programa za kontrolu retkih oboljenja. Pouzdani podaci o učestalosti retkih bolesti u Republici Srbiji ne postoje.

Cilj: Namera autora bila je prikazu osnovne etape formiranja registra retkih bolesti u Srbiji.

Materijal i metodi rada: Analizirane su sve faze formiranja registra retkih bolesti i relevantne zakonske regulative u oblasti evidencija u zdravstvu u našoj zemlji.

Rezultati: Procenjuje se da približno 350 miliona osoba u svetu ima dijagnozu neke retke bolesti, dok je u Evropi obolelo između 27 i 36 miliona ljudi. Ove procene su rezultat prikupljenih podataka u registrima retkih bolesti širom sveta. Osnovna uloga ovog registara je da omogući izračunavanje incidencije retkih oboljenja, kontinuirano praćenje incidencije tokom vremena, analizu stopa preživljavanja pacijenata sa retkim bolestima, izračunavanje izgubljenih godina života i godina života sa nesposobnošću i utvrđivanje direktnih i indirektnih troškova lečenja obolelih od retkih bolesti. Ovakav način posmatranja i praćenja retkih oboljenja ima ogroman javno-zdravstveni značaj, jer obezbeđuje procenu opterećenja društva retkim bolestima, stručni pristup u planiranju zdravstvene zaštite obolelih od retkih bolesti, izradu preventivnih programa i strategija, evaluaciju sprovedenih preventivnih mera, formulisanje zdravstvene politike i unapređenje organizacije zdravstvene zaštite obolelih od retkih bolesti, kao i polaznu osnovu za epidemiološka i klinička istraživanja. Vlada Republike Srbije je krajem 2014. godine donela Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva, koji propisuje obavezu vođenja registara za 17 grupa bolesti i stanja od većeg javno-zdravstvenog značaja, u kojoj je i registar retkih bolesti. Zakon definiše Institut za javno zdravlje Srbije, kao instituciju koja vodi navedene registre na nacionalnom nivou. Zakon će se primenjivati od 1. januara 2017. godine, do kada se očekuje i izrada svih pratećih podzakonskih dokumenata, kojima će se bliže definisati funkcionisanje ovog registra. Organizacija Registra je obuhvatala definisanje približno

300 retkih bolesti koji se registruju, decentralizaciju na pet referentnih registara odabranih retkih bolesti, definisanje nacionalne prijave retkih bolesti, uvođenje novih izvora informacija, obezbeđenje kadra i opreme, edukaciju zdravstvenih radnika, informatičku podršku i povratni sistem informisanja. Nacionalna baza podataka retkih bolesti nalazi se u Institutu za javno zdravlje Srbije koji koordinira rad referentnih registara, kontinuirano edukuje kadar, evaluira kvalitet, analizira podatke i publikuje izveštaj. Osnovni izvor informacija za nacionalni registar je individualna prijava lica obolelog od retkih bolesti, koja sadrži 34 obeležja grupisanih u šest celina, odnosno u podatke o zdravstvenoj ustanovi, novooboleloj osobi, dijagnozi bolesti, lečenju, ishodu bolesti i administraciji prijave.

Zaključak: U zdravstvenoj zaštiti obolelih od retkih bolesti i dalje ima puno izazova. Tokom 2016. godine očekuje se usvajanje akcionog plana Nacionalne strategije za retke bolesti u Srbiji do 2020. godine, nameće se neophodnost unapređenja odgovarajuće dijagnostike i dostupnosti savremene orphan terapije, predstoji nam usvajanje podzakonskih akata koji će bliže urediti oblast zdravstvene zaštite obolelih od retkih bolesti, izrada softvera za podršku Registru, kao i publikovanje prvog izveštaja o retkim bolestima u Srbiji.

Ključne reči: registar, retke bolesti, Srbija

E-mail: dragan_miljus@batut.org.rs

HEALTH RECORDS - REGISTRY OF RARE DISEASES IN SERBIA

Miljuš D (1), Sjeničić M.(2)

(1) INSTITUT OF PUBLIC HEALTH OF SERBIA“DR MILAN JOVANOVIĆ BATUT“, BELGRADE, (2) CENTRE FOR LEGAL RESEARCH, INSTITUTE OF SOCIAL SCIENCES, KRALJICE NATALIJE 45, BELGRADE

Introduction: Rare diseases are a heterogeneous group of diseases which share characteristics of low prevalence. These are the diseases that affect one person in 2,000 people in the general population. Although individually rare, they include a large total number of persons in the population. Register for rare diseases is an essential part of any rational program for the control of rare diseases. Reliable data on the prevalence of rare diseases in the Republic of Serbia does not exist.

Aim: The authors' intention was to show the basic stages of formation of the registry of rare diseases in Serbia

Materials and methods:We analyzed all the stages of formation of the registry of rare diseases and relevant legislation in the field of records in health care in our country.

Results: It is estimated that approximately 350 million people in the world has a diagnosis of a rare disease, while in Europe affected between 27 and 36 million people. These estimates are the result of data collected in the registers of rare diseases worldwide. The main role of this registry is to allow the calculation of the incidence of rare diseases, the incidence of continuous monitoring over time, the analysis of the survival rate of patients with rare diseases, calculation of years of life lost and years of life and disability to determine the direct and indirect costs of treating patients suffering from rare diseases. This method of observation and monitoring of rare diseases has enormous public health importance, because it provides an assessment of burden among rare diseases, professional approach in the planning of health care of patients with rare diseases, development of preventive programs and strategies, evaluation of implemented preventive measures, health policy formulation and improvement of the organization health care of patients with rare diseases, as well as a baseline for epidemiological and clinical research. The Government of the Republic of Serbia at the end of 2014 passed the Law on Records in the Field of Health, which stipulates the obligation of keeping registers of 17 groups of diseases and conditions of major public health importance, where a register of rare diseases. The law defines the Institute of Public Health of Serbia, as an institution that leads those registers at the national level. The law will apply as of 1 January 2017, by which time it is expected and production of all supporting secondary documents, which will define more closely the operation of the registry. The organization of the Registry is included defining some 300 rare diseases who register, the decentralization of the five reference registers of selected rare diseases, defining national application of rare diseases, introducing new sources of information, security personnel and equipment, training of health workers, IT support and return system information. National database of rare diseases is the Institute of Public Health of Serbia, which

coordinates the work of reference registers continuously educate staff, evaluate the quality, analyze the data and publish a report. The main source of information for the register of the individual notification persons suffering from rare diseases, which contains 34 characteristics grouped into six units, ie data on health institution, new case person, diagnosis, medical treatment, disease outcome and administration data.

Conclusion: In the health care of patients with rare diseases still has a lot of challenges. During 2016, the expected adoption of the Action Plan of the National Strategy for rare diseases in Serbia by 2020, there is a need to improve the availability of adequate diagnosis and modern therapy orphan, pending the adoption of our by-laws that will regulate the health care of patients with rare diseases, development of software to support the Register, as well as the publication of the first report on rare diseases in Serbia.

Key words: register, rare diseases, Serbia

E-mail: dragan_miljus@batut.org.rs

RAVNOPRAVNOST U PRISTUPU OSOBA SA RETKIM BOLESTIMA U ZDRAVSTVENOM SISTEMU SRBIJE

Sjeničić M (1), Miljuš D.(2)

(1) CENTAR ZA PRAVNA ISTRAŽIVANJA, INSTITUT DRUŠTVENIH NAUKA, BEOGRAD, (2) INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE“DR MILAN JOVANOVIĆ BATUT“, BEOGRAD

Uvod: Uprkos međusobnoj različitosti oboljenja, osobe sa retkim bolestima i njihove porodice suočavaju se sa istim brojnim teškoćama koje proističu iz retkosti: nedostupnost dijagnoze, informacija, naučnog znanja o samoj bolesti, kvalifikovanih stručnjaka, lekova, odgovarajućih medicinskih pomagala i kvalitetne zdravstvene zaštite.

Cilj: Autori su imali nameru da ukažu na izazove u ostvarivanju principa ravnopravnosti u dijagnostici i lečenju retkih bolesti, kao uslova za ravnopravnost u ostvarivanju prava u drugim oblastima života u Srbiji.

Materijal i metodi rada: Analizirane su prepreke u ostvarivanju prava osoba sa retkim bolestima i unapređenja u zakonskoj i podzakonskoj regulativi, koji daju osnova za napredak u ovoj oblasti. Rezultati: Procenjuje se da u Srbiji približno 500.000 građana živi sa nekom retkom bolešću. Gotovo polovinu obolelih čine deca, uglavnom su genetskog porekla i najčešće prouzrokuju trajni invaliditet. Terapije postoje za samo 5% retkih bolesti. Pacijenti sa retkim bolestima se suočavaju sa velikim brojem teškoća u fazi ustanovljavanja dijagnoze, sa nejednakostima u pristupu lečenju, zbog postojanja legislativnih ili administrativnih prepreka. Brojne su i socijalne posledice: stigmatizacija, izolacija, diskriminacija u ostvarivanju širih prava u oblasti socijalnog zbrinjavanja i obrazovanja. Ova lica su posebno ugrožena, naročito imajući u vidu da su većina njih deca, odnosno može se reći da je oko 1,5 miliona ljudi u Srbiji pogođeno nevoljama koje proizilaze iz činjenice da imaju oboleog od retkih bolesti u svojoj porodici. Nedostatak finansijskih preduslova, dovoljne edukacije zdravstvenog personala i dovoljne informacije u javnosti, kao i informacije o mogućnosti korišćenja prava u zdravstvenoj i socijalnoj zaštiti osoba sa retkim bolestima i njihovih porodica, dovodi do njihovog neadekvatnog zbrinjavanja. Nacionalni propisi novijeg datuma daju osnova dijagnostici i lečenju obolelih od retkih bolesti. Osnovni legislativni pomoci učinjeni su i u materijalnom i u procesnom smislu. Sa jedne strane, donet je Zakon o prevenciji i dijagnostici genetičkih bolesti, genetički uslovljenih anomalija i retkih bolesti (2015), kojim se ustanovljava pravo pacijenata sa rekim bolestima na dijagnozu. Sa druge strane, uvedena je mogućnost dijagnostike i tretmana u inostranstvu o trošku sredstava zdravstvenog osiguranja ili budžeta Republike Srbije, ukoliko isti nisu mogući u zemlji. To je učinjeno izmenama Pravilnika o uslovima i načinu upućivanja osiguranih lica na lečenje u inostranstvo (2014) i Odluke o otvaranju budžetskog fonda za lečenje oboljenja, stanja ili povreda koje se ne mogu uspešno lečiti u Republici Srbiji (2014). Međutim, uočavaju se i izvesni nedostaci koji dovode u pitanje realizaciju principa ravnopravnosti u pristupu zdravstvenoj zaštiti. Kao najveći problem uočava se favorizovanje tretmana izlečivih oboljenja u novijim zakonskim i podzakonskim dokumentima iako je većina retkih stanja hronična. Takođe, uočava se da su izvesni pomoci napravljeni u domenu obezbeđivanja pristupa dijagnozi i terapiji, ali po pravilu prvenstveno za decu i mlade, čime su u neravnopravan položaj dovedeni pacijenti drugih uzrasnih doba. U

tom smislu postoje izvesne nedoslednosti predviđenih rešenja i sugerišu se izmene u cilju ostvarivanja principa pravednosti.

Zaključak: U aktuelnoj regulativi uočavaju se i izvesni nedostaci koji dovode u pitanje realizaciju principa ravnopravnosti u pristupu zdravstvenoj zaštiti, te se sugerišu izmene kojima bi ovi nedostaci bili otklonjeni.

Ključne reči: retke bolesti, diskriminacija, ravnopravnost, zdravstveni sistem, legislativa

E-mail: dragan_miljus@batut.org.rs

EQUALITY IN ACCESSING THE SERBIAN HEALTH SYSTEM FOR RARE DISEASE PATIENT

Sjeničić M (1), Miljuš D.(2)

(1) CENTRE FOR LEGAL RESEARCH, INSTITUTE OF SOCIAL SCIENCES, BELGRADE, (2) INSTITUT OF PUBLIC HEALTH OF SERBIA "DR MILAN JOVANOVIĆ BATUT", BELGRADE

Introduction: In spite of differences between diseases, persons with rare diseases and their families are faced with the same number of difficulties arising from the rarity: the unavailability of diagnosis, information, scientific knowledge about the disease, qualified professionals, medicines, medical supplies and adequate quality health care.

Cilj: Authors' intention was to point out the challenges in realisation of the equality principles in diagnostics and treatment of rare diseases, as the preconditions for equality in realisation of rights in other areas, in Serbia.

Material and working methods: Obstacles in realisation of rights of persons with rare diseases were analysed, as well as steps forward in legal and sub-legal regulation, which give the basis for improvement in this area, to some extent.

Results: Nearly half of the patients are children, mostly of genetic origin and usually cause permanent disability. Therapies exist for only 5% of rare diseases. Patients with rare diseases are faced with a number of difficulties in establishing the diagnosis stage, the inequalities in access to treatment, because of the existence of legislative or administrative obstacles. There are many social consequences: stigmatization, isolation, discrimination in the exercise of rights in the broader field of social welfare and education. These persons are particularly vulnerable, especially bearing in mind that most of them children, and it can be said that about 1.5 million people in Serbia affected by the troubles arising from the fact that they have oboleog from rare diseases in their family. Lack of financial preconditions, sufficient training of health personnel and sufficient information to the public, as well as information on the possibility of exercising the right to health and social care of people with rare diseases and their families, leading to their improper disposal. National regulations recent give grounds diagnosis and treatment of patients suffering from rare diseases. Basic legislative progress was made, and in the material and in a procedural sense. On the one hand, adopted the Law on the prevention and diagnosis of genetic diseases caused by genetic anomalies and rare diseases (2015), which establishes the right patients with the diagnosis of diseases Rekim. On the other hand, introduced the possibility of diagnosis and treatment abroad at the expense of the health insurance funds or the budget of the Republic of Serbia, if it is not possible in the country. This was done by amending the Ordinance on the conditions and manner of sending the insured for medical treatment abroad (2014) and the Decision on the opening of a budgetary fund for the treatment of diseases, conditions and injuries that can not be successfully treated in the Republic of Serbia (2014). There are however, and certain shortcomings that call into question the implementation of the principle of equality in access to health care. The biggest problem is observed favoring treatment preventable diseases in recent legislative documents although most rare chronic situation. Also, it can be seen that certain progress has been made in the field of providing access to diagnosis and treatment, but as a rule, primarily for children and young people, which are in an unequal position patients of other age span. In this sense, there are some inconsistencies provided solutions and to suggest changes in order to achieve the principle of justice.

Conclusion: Newly enacted regulation bring also some inconsistencies which bring into question realisation of equity principle in health care and which require changes.

Key words: rare diseases, discrimination, equity, health system, legislation

E-mail: dragan_miljus@batut.org.rs

KOMPARATIVNA ANALIZA OBOLEVANJA OD MALIGNIH TUMORA U SRBIJI I EVROPI

Živković Perišić S., Miljuš D.

INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE SRBIJE „DR MILAN JOVANOVIĆ BATUT “

Uvod: Posle kardiovaskularnih bolesti, maligni tumori predstavljaju najčešći uzrok obolevanja u našoj zemlji. U proseku u Srbiji se, bez pokrajina, prema podacima Registra za rak, svake godine, registruje, skoro 24.500 novo obolelih osoba (12.755 muškaraca i 11.749 žena) od nekog od oblika malignog tumora. Prosečne standardizovane stope incidencije iznosile su 279,8 na 100.000 za muškarce i 240,8 na 100.000 za žene, što Srbiju svrstava među zemlje sa srednjim rizikom obolevanja od raka u Evropi.

Cilj: Sagledavanje obolevanja od malignih tumora u Srbiji, u periodu od 1999. do 2012. godine. u poređenju sa obolevanjem od raka u regionu Evrope za 2012. godinu.

Materijal i metodi rada: : Kao izvor podataka o obolevanju od raka, poslužili su publikovani podaci Registra za rak u centralnoj Srbiji i procene obolevanja od malignih tumora u regionu Evrope za 2012. godinu od strane European Cancer Observatory (ECO). U radu je primenjen deskriptivno epidemiološki metod. Kao pokazatelji obolevanja korišćene su standardizovane stope.

Rezultati: Prema podacima Registra za rak centralne Srbije, zapaženo je da se broj novoobolelih osoba od malignih tumora u periodu 1999-2012. godine povećao za 25,2% (od 19.625 do 26.218). Tokom posmatranog perioda došlo je do porasta stopa incidencije od svih malignih tumora, kod muškaraca za 21,1% (od 228,4/100,000 do 289,5/100,000) i kod žena za 17,2% (od 204,4/100,000 do 246,7/100,000). Kod muškaraca, došlo je do porasta svih standardizovanih stopa incidencije od vodećih lokalizacija malignih tumora, izuzev malignih tumora želuca gde se registruje pad stopa incidencije od 22,7% . Kod žena je u istom periodu, takođe došlo do porasta stopa incidencije od svih vodećih lokalizacija malignih tumora osim od raka želuca, gde se registruje pad stopa obolevanja od 20,8 %. Analiza obolevanja od malignih tumora u regionu Evrope za 2012. godinu od strane European Cancer Observatory (ECO) je pokazala zabrinjavajuće podatke. Tokom 2012. godine, od svih oblika malignih tumora u Evropi je obolelo preko 3,4 miliona osoba oba pola, 1,8 miliona (53%) muškaraca i 1,6 miliona (47%) žena. Standardizovana stopa incidencije je iznosila 452,9 na 100.000 muškaraca i 330,1 na 100.000 žena. Najviše stope incidencije kod osoba oba pola su registrovane u zemljama Severne i Zapadne Evrope, kod muškaraca u Francuskoj (550,0/100.000) i u Danskoj kod žena (167,6/100.000). Prema istom izvoru najniže stope incidencije i kod muškaraca i kod žena su registrovane u Bosni i Hercegovini, Albaniji i Grčkoj. Najučestalije primarne lokalizacije malignih tumora kod osoba oba pola u Evropi, bili su rak dojke (464.000 novoobolelih i 13,5% svih malignih tumora), rak debelog creva i rektuma (447.000, 13%), rak prostate (417.000, 12,1%) i rak bronha i pluća (410.000, 11,9%). Ove četiri lokalizacije činile su više od polovine (50,5%) svih registrovanih slučajeva malignih tumora u Evropi, 2012. godine. U strukturi obolevanja, kod skoro svakog petog muškaraca je registrovan rak prostate (22,8%) i kod skoro svake treće žene u Evropi (28,8%) je otkriven rak dojke.

Zaključak: : Prema procenama European Cancer Observatory (ECO) do 2020. godine nastaviće se rastući trend u stopama obolevanja zbog visoke prevalencije faktora rizika odgovornih za nastanak raka i starenja stanovništva.

Ključne reči: obolevanje, maligni tumori, trend

E-mail: snezana_zivkovic@batut.org.rs

PREVENCIJA I KOLIKO USPJEVAMO U TOME

V. Ivancevic, N. Tadic, D. Hadžić

SAVJETOVALISTE ZA MLADE U DOMU ZDRAVLJA BUDVA

Savjetovaliste za mlade je osnovano 2009. godine, prvobitno kao dio strategije u borbi protiv pusenja i programa odvikavanja od pusenja, a danas je radionica i prostor gdje mladi kroz aktivno ucesce pokusavaju da nauce nove stvari i lakse prebrode period odrastanja.

Cilj ovog rada je da prikazemo kakva su nasa iskustva u radu savjetovalista sa mladima i sta ih najvise interesuje.

Metod rada: podatke smo dobili na osnovu evidencije o radu savjetovalista u period od 2010.-2015. godine. Savjetovaliste je radilo 6 mjeseci godisnje, kontinuirano 5dana u mjesecu. Grupe su formirane u zavisnosti od tema i uzrasta u prosjeku od 15-20 ucenika osnovnih i srednjih skola.

Rezultati: Na osnovu petogodisnjeg pracenja kroz savjetovaliste je prošlo ukupno 810 djece. Njih 210 uzrasta od 10-13 godina, 420 uzrasta od 13-15 godina i 180 uzrasta od 15-18 godina. Obradjene teme su: bolesti zavisnosti (alkoholizam, narkomanija, pusenje), pubertet, seksualno prenosive bolesti, HIV, menstruacioni ciklus, higijena koze, akne, seksualno obrazovanje. Teme su formirane na osnovu ankete koja se sprovodi nakon svake sesije. U uzrastu od 10-13 godina najvece interesovanje djece je bilo za teme: pubertet, fiziologiju ljudskog tijela, bolesti zavisnosti, u uzrastu od 13-15 godina djevojciice su bile zainteresovane za reproduktivno zdravlje, a djecaci za seksualno obrazovanje. U grupi najstarijih od 15-18 godina je bila mala zainteresovanost za sve birane teme.

Zakljucak: na osnovu naseg iskustva u radu sa mladima prevencija ima najbolje efekte u mladjem uzrastu, a kombinovanjem predavanja, radionica i aktivnog ucesca djece daje najbolje rezultate u prihvatanju novih znanja. Za bolje rezultate potrebna je intenzivnija i sveobuhvatnija edukacija.

Kljucne rijeci: prevencija, savjetovaliste, mladi.

PROCJENA INFORMISANOSTI OSNOVACA O RIZIČNOM PONAŠANJU

Ivelja B. (1), Klisić A.(2), Vušurović N.(1), Krstajić LJ. (3)

(1) DOM ZDRAVLJA, CETINJE, (2) DOM ZDRAVLJA, PODGORICA, (3) PZU MILMEDICA, BUDVA

Uvod: U adolescenciji, kao najosjetljivijem periodu odrastanja i sazrijevanja, češća je sklonost rizičnom ponašanju. Rizična su sva ona ponašanja mladih kojima oni dovode u opasnost vlastito zdravlje i ugrožavaju društvene vrijednosti. Rizičnima se smatra izuzetno širok spektar pojava: agresivnost, nasilje, krađe, upotreba alkohola, droge, duvana, često mijenjanje seksualnih partnera, kockanje, zavisnost od interneta, brza vožnja, poremećaji ishrane.

Zajednička odlika rizičnog ponašanja je visoko ugrožavajući karakter za pojedinca i društvo zbog čega ih je teško držati pod kontrolom. Razvijanje zaštitnih faktora na nacionalnom i lokalnom nivou, porodice, škole i pojedinaca, najbolji je način za prevenciju poremećaja ponašanja.

Cilj: Procjena informisanost o vrstama rizičnog ponašanja učenika na kraju osnovnog školovanja.

Material i metode: Korišćen je individualni anonimni upitnik na čijoj izradi su učestvovali školski psiholozi, pedagog i pedijatar. Ciljna grupa su učenici IX razreda dvije osnovne škole na Cetinju. Anketiranje je sprovedeno u novembru 2015. godine. Upitnik je sadržavao pitanja opšteg tipa-pol i uzrast, opšte znanje o oblicima rizičnog ponašanja, pitanje o štetnosti po zdravlje alkohola, duvana, droge, izvorima informacija o istim i prijedlozima za poboljšanje informisanosti o rizičnom ponašanju i stvaranju boljih uslova za sigurnije odrastanje.

Rezultati: Anketirano je 193 učenika: 98 (50,8%) djevojčica i 95(49,2%)dječaka. Prosječna starosna dob učenika je 14 godina. Na pitanje rizična ponašanja su: upotreba alkohola, duvana, droge, kocka, zavisnost od interneta, sklonost svađi, krađi, često mijenjanje seksualnih partnera-odgovorilo je 125 učenika (64,8%), od čega 73 (58%) djevojčica i 52 (42%) dječaka.

Upotrebu alkohola, duvana, odnosno droge kao jedino rizično ponašanje navelo je njih 57 (30%). Kao jedino rizično ponašanje, 10 anketiranih (5%) je navelo kocku, nasilništvo, odnosno zavisnost od interneta. Štetnost po zdravlje alkohola, duvana i droge prepoznalo je ukupno 178 (92,8%) anketiranih:

97 (55%) djevojčica i 81 (45%) dječaka. Kao najznačajniji izvor informacija o rizičnom ponašanju je porodica-160 (83%), škola-19 (10%), internet i mediji-10 (5%), drugovi-4 (2%). Ukupno 173 (90%) anketiranih smatra da treba više raditi na edukaciji u školi, na internetu putem lokalnih sajtova za mlade, a samo 5% anketiranih je navelo da treba zabraniti prodaju pića i duvana, kažnjavati narkodilere, odnosno zabraniti kokku.

Zaključak: Informisanost mladih o vrstama rizičnog ponašanja je zadovoljavajuća, ali boljim mjerama prevencije, edukacije i promovisanjem zdravih stilova života može se unaprijediti. Djevojčice su pokazale bolju informisanost od dječaka. Dosadašnji rad na prevenciji narkomanije, alkoholizma i pušenja na lokalnom nivou, u školama, u savjetovalištu za mlade u domu zdravlja, dao je dobre rezultate i stvorio povoljan ambijent za detekciju drugih oblika rizičnog ponašanja kao što su kokca, rizično seksualno ponašanje, vršnjačko nasilje, zavisnost od interneta, poremećaji ishrane. Prepoznavanjem novonastalih rizika po zdravlje mladih neophodno je stvoriti programe i planove za prevenciju istih. Porodica je najznačajniji izvor informacija, što sugerise da treba jačati veze unutar porodice i u programe edukacije uključiti roditelje. Koordinisani preventivni rad na svim nivoima, od nacionalnog do lokalnog, uključujući sve strukture društva u čijem središtu su mladi, može stvoriti povoljan ambijent za zdravo i sigurno odrastanje.

Ključne riječi: anketa, djeca, rizično ponašanje

TERAPIJA I PRAĆENJE TERAPIJSKIH EFEKATA KOD ODOJČADI SA SIDEROPENIJSKOM ANEMIJOM

N.Tadić, V.Ivančević, D.Stevović, G.Marojević

DOM ZDRAVLJA BUDVA, DOM ZDRAVLJA TIVAT, DOM ZDRAVLJA PODGORICA, CRNA

Uvod: Anemija ili slabokrvnost u zemljama u razvoju pogađa čak više od 42% djece mlade od pet godina, a učestalost anemije najveća je tokom faze ubrzanoga rasta djeteta, u razdoblju od 6. do 24. mjeseca života. Prema istraživanjima UNICEF –a od 2000 godine sideropenijska anemija u Crnoj Gori najzastupljenija je bila kod djece uzrasta od 6 do 11 mjeseci i to 46%. Iako postoje mnogobrojni uzroci anemije, najvažniji je manjak gvožđa u ishrani. Cilj: utvrđivanje efikasnosti terapije kod odojčadi sa sideropenijskom anemijom. Materijal i metode: koristili smo zdravstvene kartone i laboratorijske analize krvne slike djece rođene 2010-2014 godine, liječene u Dom zdravlja Budva.

Rezultati: od ukupno 215 pregledane djece, kod njih 70% hemoglobin je bio ispod 110gl. Podijelili smo ih u tri grupe, prva grupa kod koje je u terapiju uključena samo pravilna ishrana, druga grupa u kojoj su odojčad pila legofer i treća grupa koja je pila ferum lek. Kod sve tri grupe vrijednost hemoglobina je bila od 95 do 109 gl i u sve tri grupe su bila odojčad od 4-12 mjeseci. Nakon mjesec dana od terapije vrijednost hemoglobina je porasla za 3% u prvoj grupi a 5% u druge dvije grupe, nakon tri mjeseca terapije hemoglobin je u sve tri grupe porastao za 10%. **Zaključak:** kod odojčadi sa graničnim vrijednostima hemoglobina pravilna ishrana ima isti terapijski efekat kao preparati gvožđa. Bitno je naglasiti da pravilna ishrana u koju spada dojenje, pravilno i adekvatno uvođenje hrane bogate gvožđem i ne uvođenje kravljeg mlijeka u ishrani prije 12 mjeseci su jako bitni u prevenciji sideropenijske anemije i liječenju blažih oblika sideropenijske anemije kod odojčadi.

Ključne riječi: anemija, terapija, djeca.

E-mail: drtadic@t-com.me

PROCENA RIZIKA NASTANKA DIJABETESA TIPA 2

Nataša Ignjatov

DOM ZDRAVLJA „DR SIMO MILOŠEVIĆ“, BEOGRAD

Uvod: U savremenom svetu dijabetes tip 2 dobija razmere epidemije. Nezdravi stilovi života, nepravilna ishrana i brz životni tempo doprinose razvoju ove bolesti. Dijabetes tip 2 ujedno predstavlja i značajan prediktor kardiovaskularnih događaja. Mere primarne prevencije su jedna od najznačajnih mera u borbi protiv šećerne bolesti tip 2. Neophodna mera primarne prevencije je i procena rizika za razvoj dijabetesa u zdravoj populaciji za koju se koristi Upitnik za procenu rizika nastanka dijabetesa tip 2.

Cilj: Utvrditi učestalost stepena rizika nastanka dijabetesa tipa 2 u populaciji.

Materijal i metode rada: Ispitano je 250 osoba koje nemaju šećernu bolest, starosne dobi od 20 do 50 godina, oba pola u Domu zdravlja „Dr Simo Milošević“ u Beogradu u periodu od 1. juna do 31. avgusta 2015. godine. Ispitanici su anketirani Upitnikom za procenu rizika nastanka dijabetesa tipa 2. Rezultati su obrađeni tabelarno i statistički χ^2 – testom.

Rezultati: Ispitano je 250 osoba koje nemaju dijabetes tip 2. Odnos prema polnoj distribuciji je bio M 35.7% : Ž 64.3%. Prema starosnoj distribuciji najviše ispitanika je bilo u starosnoj grupi 20-35 godina (58%), dok je u grupi 36-50 godina bilo 42% ispitanika. ITT (indeks telesne težine) preko 30 je imalo 34% ispitanika, abdominalnu gojaznost (OS > 102 cm za muškarce i OS > 88cm za žene) je imalo 38.9%, fizički je bilo neaktivno 56.2% i nije uzimalo voće i povrće svakog dana 58% ispitanika. 32.5% ispitanih je uzimalo antihipertenzive, kod 16% njih je izmerena povremeno povišena glikemija, dok je nasledno opterećenje imalo 62.5% ispitanih. Učestalost stepena rizika kod ispitanika je bila: nizak stepen rizika (<7 bodova) imalo je 17.6%, lako povišen (7-11) 36.5%, umeren (12-14) 24.3% , visok (15-20) 14% i vrlo visok (>20) 7.6%.

Zaključak: Procena rizika nastanka dijabetesa tipa 2 ima veliki značaj u otkrivanju rizičnih grupa koje se mogu ubaciti u program prevencije. Merama protiv promenljivih faktora rizika dijabetesa tipa 2 može se značajno smanjiti incidencija ove bolesti i poboljšati kvalitet življenja uz zdrave stilove života.

Ključne reči: šećerna bolest, procena rizika

E-mail: nacaboz@gmail.com

KARAKTERISTIKE OSOBA SA OPSTRUKTIVNOM SLEEP APNEOM

Nataša Ignjatov

DOM ZDRAVLJA „DR SIMO MILOŠEVIĆ“, BEOGRAD

Uvod: Opstruktivna sleep apnea (OAS) je sindrom koji se karakteriše delimičnom ili potpunom opstrukcijom gornjih disajnih puteva u toku spavanja koja se ispoljava poremećajem (hipopnea) ili prestankom disanja (apnea). Javlja se češće kod muškaraca (24%) nego kod žena (9%). Faktori rizika za OAS su: gojaznost, anatomske anomalije gornjih respiratornih puteva, opseg vrata > 44 cm, nasleđe, hrkanje, pušenje i konzumiranje alkohola. Simptomi su raznovrsni i obično se javlja pospanost, suva usta pri buđenju, zaboravnost, oštećenje pažnje i koncentracije i seksualna disfunkcija. Postoji udruženost OSA sa hroničnom opstruktivnom bolešću pluća, hipertenzijom i koronarnom bolešću. Dijagnostikuje se polisomnografijom. Smanjenjem faktora rizika se može prevenirati nastanak OSA. CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) – aparat obezbeđuje da disajni put u nivou ždrela bude uvek otvoren. Dodatne mere su redukcija telesne težine, izbegavanje sedativa, alkohola i nikotina, izbegavanje spavanja na leđima i održavanje prohodnosti nosa. Cilj rada: Ustanoviti učestalost faktora rizika opstruktivne sleep apneje.

Materijal i metode: Retrospektivnom studijom ispitano je 25 bolesnika oba pola starosti 30-60 godina kojima je dijagnostikovana OAS u toku 2015. godine u Domu zdravlja „Dr Simo Milošević“ u Beogradu. Ispitivani su faktori rizika: gojaznost, opseg vrata >44cm, anomalije gornjeg respiratornog trakta, pušenje i konzumacija alkohola.

Rezultati: Od ukupno ispitanih bolesnika sa OAS 88% je muškog, a 12% ženskog pola. U starosnoj dobi 30-45 godina je 44%, dok je u starosnoj dobi 46-60 godina 56% ispitanika. Učestalost faktora rizika kod ispitanih je sledeća: gojaznost 92%, opseg vrata >44 cm 60%, anomalije gornjeg respiratornog trakta 48%, pušenje 72% i konzumacija alkohola 36%. Najčešća kombinacija faktora rizika OAS kod naših ispitanika je bila gojaznost i opseg vrata >44 cm sa učestalošću 80%, zatim gojaznost i pušenje 60%, dok su udruženost anomalija gornjeg respiratornog trakta i gojaznosti zabeležene kod 40% ispitanika.

Zaključak: Opstruktivna sleep apnea je najviše povezana sa promenljivim faktorima rizika kao što su povišena telesna masa i pušenje na koje se može uticati preventivnim merama. Zato je neopodno promovisati zdrave stilove života i konstantno sprovoditi mere za smanjenje gojaznosti i navike pušenja radi očuvanja zdravlja.

Ključne reči: opstruktivna apnea u snu, faktori rizika

E-mail: nacaboz@gmail.com

Naziv sesije
KAZUISTIKA
Usmene prezentacije

ŠTA SE PROMENILO U EPIZOOTIOLOGIJI, A ŠTA U EPIDEMIOLOGIJI ANTRAKSA

Marušić Predrag (1), Mitić D. (1), Đorđević S. (1), Ristić N. (2), Nešković M. (3)

(1)ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVLJE "TIMOK" ZAJEČAR, (2) Z.C. ZAJEČAR - ODELJENJE ZA INFektivNE BOLESTI, (3) VETERINARSKI SPECIJALISTIČKI INSTITUTE ZAJEČAR

Uvod: Infekcija *Bacillus anthracis* ima tri kliničke manifestacije, a zavisi od puta kojim je ovaj spirogeni bacil ušao u ljudski organizam: kožni, crevni i plućni oblik. Svaki od njih može dovesti do sekundarne bakterijemije i antraksnog meningitisa. U svetu, a i kod nas, najčešće se javljao kožni oblik antraksa, u vidu pojedinačnih oboljenja ili manjih epidemija. Poslednjih dvadesetak godina epidemiološki parametri infekcije antraksnim bacilom u svetu su se promenili. Cilj: Prikazati šta se promenilo u epizootiologiji i epidemiologiji antraksa u SAD i Evropi, a šta u Timočkoj Krajini.

Materijal i metodi rada: Analiza epidemioloških podataka dobijenih epidemiološkom anketom u toku epidemiološkog istraživanja lica sa kožnim oblikom antraksa, ali i svih eksponiranih, otkrili smo epidemiju u selu V.I., avgusta 1996.g. i pojedinačni slučaj, septembra 2013.g. u selu Z. kod Zaječara. Naše epizootiološke i epidemiološke podatke uporedili smo sa podacima iz SAD i Evrope, uključujući i bivši SSSR, od 1979.g. do septembra 2014.g. U radu je korišten deskriptivni metod. Podaci su prikazani tabelarno i grafički.

Rezultati: Pedantnim, sveobuhvatnim epidemiološkim istraživanjem saobrazno poznavanju epizootiologije i epidemiologije antraksa, uspeo sam, isključujući druge moguće puteve i izvore, da utvrdim, a u drugom slučaju sa velikom verovatnoćom pretpostavim, šta su bili putevi, a šta izvori zaraze u dva opisana slučaja kožnih oblika antraksa u Timočkoj Krajini. U prvom slučaju kožni oblik antraksa kod 5 lica se razvio nakon kontakta ledirane kože ruku sa mesom i kožom krave uginule od antraksa. U drugom slučaju kožni oblik antraksa kod 1 lica se razvio nakon kontakta ledirane kože ruku sa sporama antraksa prilikom kopanja duboke rupe u zemlji na obodu seoskog atara. Kod nas se i dalje, iako u velikim vremenskim intervalima, javlja kožni oblik antraksa vezan za kontakt ledirane kože sa sporama antraksa bilo od životinje uginule od antraksa bilo kopanjem zemlje na tzv. "ukletim poljima".

U svetu su se javljali i javljaju pre svega inhalacioni oblici antraksa, a odskora i inokulaciona antraksna sepsa izazvana unošenjem spora antraksa zajedno sa narkoticima I.V. putem.

Zaključak: U epizootiologiji antraksa se promenilo to što u razvijenom svetu podavno životinje ne obolevaju od ove zoonoze. Kod nas još uvek ima slučajeva uginuća domaćih životinja od prostrela.

U razvijenom svetu je izuzetno retka, za razliku od naše sredine, pojava kožnih oblika antraksa nastali kontaktom ledirane kože sa mesom uginulih životinja ili zemljom.

U razvijenom svetu epidemiologija antraksa se kreće od zlonamerne upotrebe antraksa u svrhu bioterorizma, do inokulacione sepse nastale I.V. zloupotrebom narkotika.

Ključne reči: Anthrax, pustula maligna, inhalacioni oblik antraksa, inokulaciona antraksan sepsa.

E-mail: predragmarusic@gmail.com

ISTORIJA, SADAŠNJOST I BUDUĆNOST PORODICE SA FENILKETONURIJOM

Bojana Cokić i saradnici

DEČIJE ODELJENJE, ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

Uvod: Fenilketonurija je autosomno-recesivna bolest metabolizma amino-kiselina. Nastaje zbog nedostatka enzima Phenylalanin hydroxylase (PAH) koji u jetri zdravih osoba pretvara suvišan fenilalanin u tirozin. Prevelika količina fenilalanina i krvotoku dovodi do oštećenja mozga u dece. Gen za

fenilketonuriju je lokalizovan na dugom kraku hromozoma 12. Dijagnoza se postavlja neonatalnim skriningom pre ispoljavanja kliničkih znakova bolesti.

Cilj rada: Cilj rada je prikazati istoriju, sadašnjost i budućnost porodice sa Fenilketonurijom.

Prikaz porodice sa Fenilketonurijom: Jedno obolelo, nelečeno dete (rođeno pre uvođena neonatalnog screeninga), sa teškom mentalnom retardacijom i letalnim ishodom u 10.godini. Jedno obolelo, žensko dete, u kojeg je urađen neonatalni skrining, dokazana fenilketonurija i započeto lečenje pre kliničkih ispoljavanja. Obolelo dete uspešno izlečeno. Želja za planiranjem porodice postaje isti problem koji je porodica imala sa postavljanjem dijagnoze fenilketonurije u drugog deteta. Dijeta i kontrola fenilalanila u serumu tokom trudnoće izle;enog deteta je neophodna kako ne bi došlo do fenilketonurične embriopatije.

Zaključak: Kako se radi o ženskom detetu problem je dvostruk: 1. Lečenje specijalnom i skupom dijetom 2. Sprečavanje fenilketonurične embriopatije u generativno doba.

Ključne reči: Fenilketonurija, neonatalni skrining, fenilketonurična embriopatija

E-mail: laboca@mts.rs

STRANO TELO U MOKRAĆNOJ BEŠICI - PRIKAZ SLUČAJA JEDNOG BOLESNIKA

Radoš Žikić, Zoran Jelenković, Zvonimir Adamović, Vlada Radojević
POLIKLINIKA PAUNKOVIĆ, ZAJEČAR

Uvod: "Zarazne bolesti" u ovom kraju ponekad leče i nadrilekari-vračare. Prikazujem slučaj lečenja "tripera" -gonoreje, po receptu jedne vračare. Sprovodi se oblogama sveže kravlje balege oko penisa. Da se zaštititi ulaz balege u kanal (uretru) preporučeno je stavljanje male sveće (milikerc) u kanal (uretru). Obzirom da je terapija obuhvatala tri seanse, kod sledeće pacijent je primetio da nema sveće te je stavio novu, i tako ukupno tri. Nekoliko meseci kasnije javlja se urologu zbog jakih cističnih tegoba. Ispitivanjem se postavlja dijagnoza Calculus vesicae urinariae. Pokušana elektrolitotripsija, neuspešno, te se uradi operacija-cistolitotomija. Nakon operacije i analize "kamenja" uz jak otpor pacijenta da kaže istinu, ipak se predomislio i ispričao ceo tok lečenja.

E-mail: poliklinika.paunkovic@gmail.com

SIMULTANI ENDOMETOIDNI KARCINOM OVARIJUMA I UTERUSA-PRIKAZ SLUČAJA

Stojanović I. (1), Mladenović D. (2)

(1) CENTAR ZA PATOLOGIJU, NIŠ, (2) ZDRAVSTVENI CENTAR, ZAJEČAR

Uvod: Simultani karcinomi uterusa i ovarijuma se javljaju u 10-25% ovarijalnih i u oko 5% uterušnih tumora. Najčešće se radi o endometroidnom tipu karcinoma, koji se javlja kod žena prosečne starosti oko 50 godina. U 20-30% pored endometroidnog karcinoma jajnika, identičan tip karcinoma je prisutan i u materici. Pri tome je nekada nemoguće zaključiti da li se radi o simultanom karcinomu, ili se radi o metastazi karcinoma iz jajnika u matericu ili obrnuto. Endometroidni karcinomi jajnika su obično veličine 10-20 cm u prečniku, u 30% zahvataju oba jajnika. Nemoguće je reći da li se radi o simultanom multifokalnom malignom procesu koji se odvija u oba jajnika, ili je tumor započeo na jednoj strani pa metasazirao u drugu. Karcinom se obično širi po karlici, implantira na peritonealnu serozu, kasnije se širi limfogeno i hematogeno. Carcinois peritonei i ascit su vrlo česti nalazi. Endometroidni karcinom uterusa može da se javi primarno, ili se javlja putem direktog širenja tumora ili kao metastatska promena.

Cilj: Cilj rada je prikaz istovremene pojave endometroidnog tipa karcinoma uterusa i ovarijuma što se često javlja u kliničkoj praksi. Uputna klinička dijagnoza je obično samo postojanje ovarijalnog tumora.

Materijal i metodi rada: Radi se o pacijentkinji starosti 45 godina, sa dijagnozom jednostranog tumora jajnika. Operativni materijal je bio uterus sa oba jajnika i omentum. Jedan jajnik je bio nesto uvećanih dimenzija, na preseku ispunjen beličastim tkivom. Drugi jajnik tumorki izmenjen, 10 cm u prečniku, na preseku delom solodne, delom nekrotične gradje. Uterus je bio uvećan, sa nekrotičnom masom koja se

širila iz endometrijalnog kanala i koja je zahvatala više od polovine miometrijuma. Omentum je imao tumorke depozite veličine 1 i 5 cm.

Rezultati: Na histološkim preparatima je utvrđeno prisustvo endometrijalnog karcinoma uterusa sa širenjem u cerviks i sa FIGO stadijumom II, a na jajnicima pojava bilateralnog endometroidnog karcinoma, FIGO stadijuma IIC. Na omentumu su bili prisutni tumorski implantati.

Zaključak: U literaturi se smatra da ovakve kliničke nalaze treba tretirati kao dva nezavina karcinoma koja nastaju u ovarijumu i uterusu. Terapija je hemioterapija i zračenje, ali se smatra da je prognoza ovih karcinoma loša.

Ključne reči: sinhroni karcinomi gemutalnog itema, endometroidni karcinomi jajnika, endometroidni karcinom uterusa.

E-mail: ivana.stankovic1509@gmail.com

UZNAPREDOVALI KARCINOM PLUĆA KOD PACIJENTA HOSPITALIZOVANOG NA ODELJENJU NEUROLOGIJE - OBDUKCIONI NALAZ

Mladenović D. (1), Jović M. (2), Živković N. (3), Stojanović I. (3)

(1) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, SLUŽBA PATOLOGIJE, (2) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, (3) KLINIČKI CENTAR NIŠ, CENTAR ZA PATOLOGIJU

Uvod: Pacijent star 64 god dovezan na odeljenje neurologije od strane hitne pomoći sa kliničkom slikom cerebrovaskularnog insulta (stanjem svesti na nivou kome, prisutnom plegijom leve polovine tela, deviranim pogledom u desnu stranu), nemeerljivom tenzijom. Na koži čela, nosa, leve jagodične kosti, genitalija, kolena i dorzuma stopala prisutne su ekzorijacije i dekubitus. Nakon kratkog vremenskog perioda po prijemu pacijent egzirtira. Obzirom da je prošlo manje od 24h od prijema do smrtnog ishoda, ordinirajući lekar zahteva kliničku obdukciju, koja je i urađena.

Cilj: Prikazati slučaj primarne maligne bolesti pluća sa sekundarnim depozitima na mozgu koji su formirali kliničku sliku infarkta mozga i maskirali osnovnu bolest.

Materijal i metode: Obdukcija, patoanatomska i patohistološka analiza promena preminulog pacijenta

Rezultati: Obdukcijski nalaz je bio pomalo neočekivan - kod pacijenta je nađen karcinom pluća, kao i sekundarni depoziti u regionalnim limfnim nodusima, srcu i mozgu

Zaključak: Zbog kratkoće vremenskog intervala između pregleda pacijenta od strane lekara hitne pomoći i neurologa, i smrtnog ishoda kod pacijenta, te nemogućnosti dodatne dijagnostike, kod preminule osobe je otkrivena osnovna bolest prekasno - tek na obdukcionom stolu.

Ključne reči: Obdukcija, cerebrovaskularni insult, karcinom pluća

E-mail: davorshmp@gmail.com

Poster prezentacije

DUPLE SLIKE-PRIKAZ SLUČAJA

Repac Vinka (1), Srtanimirov Branislava (2), Lukić Ivan (3), Snežana Elek (4)

(1) DOM ZDRAVLJA ŽITIŠTE, (2) DOM ZDRAVLJA "NOVI SAD" NOVI SAD, (3) PRIV. ORD. "SPORTREHAMEDICA" ZRENJANIN, (4) ZDRAVSTVENI CENTAR KOSOVSKA MITROVICA

UVOD: Diplopija (udvojeno viđenje) često je prvi simptom nekog sistemskog obolenja. Da bi slika bila trodimenzionalna, neophodna je savršena saradnja oba oka. Paralitički strabizam nastaje usled nemogućnosti pokretljivosti jednog ili oba oka zbog pareze ili paralize nekog od mišića očne jabučice. Oko pokreće šest mišića: četiri prava i dva kosa. Paralitički strabizam se češće javlja kod odraslih usled

povreda, tumorskih procesa glave, vaskularnih smetnji. Nastaje naglo. Pošto je vidni sistem već razvijen često je praćen duplim slikama, glavoboljom ili kompenzatornim neprirodnim položajem glave.

CILJ RADA: Cilj rada je da se prikažu promene na izgled bezazlene, sa svim posledicama i ukaže na neophodnost poštovanja vodiča dobre kliničke prakse na nivou primarne zdravstvene zaštite.

PRIKAZ SLUČAJA: Pacijentkinja stara 43 godine, javlja se izabranom lekaru zbog kratkotrajnog, povremenog duplog viđenja u trajanju od 2 godine. Dupla slika se javljala 15-20 puta u toku dana u trajanju od 1 minuta 7 dana pre javljanja lekaru. Glavobolja je od tada konstantna. Negira ranije opšte i očne bolesti. Vrednosti arterijskog krvnog pritiska :160/90mmHg. Na oftalmološkom pregledu urađenom istog dana, nalaz je sledeći: vidna oština oba oka na optotipu po Snellenu je jedinica. Intraokularni pritisak : 18mmHg. Caver test ukazuje na konvergentni strabizam. U toku pregleda pacijent zauzima korekcionni položaj glave više ka levoj strani. Pri ispitivanju motiliteta svakog oka posebno u osnovnim pravcima, levo oko ne može da pređe medijalnu liniju. Urađen je Hess Lancaster test: dijagram levog oka pokazuje smanjenje u smislu abdukcije, a povećanje na levom oku u smislu addukcije zbog hiperfunkcije kontralateralnog sinergiste. Na fundusu, u srednjoj periferiji se uočavaju sitne tačkaste, sveže eksudacije. Retinopathia diabetic non prolipherativa. Laboratorijski nalazi krvi: glukoza: 8.41mmol/l, hemoglobin 109g/l, hematokrit: 26,7pg, urea: 9.18mmol/l, trigliceridi: 5.41, HDL holesterol: 7,1mmol/, HDL-holeste-rol: 1.95, LDL-holesterol: 4.41. Konsultovan je endokrinolog i neurolog. Upućena je na CT endokranijuma. U toku transporta, pacijentkinja se žali na mučninu i gubi svest. Hospitalizovana je u vremenskom period od 20 min. Urađen je CT endokranijuma: nalaz intrakranijalnog krvarenja, u predelu girus precentralisa frontalnog režna kore velikog mozga. Nađene su i promene u vidu multiplih lezija supra i infratentorijalno. U toku drugog dana, pacijentkinja je zbog masivnosti hemoragije /intracerebralne/, transportovan u tercijalnu zdravstvenu ustanovu. Ovo lečenje je trajalo dve nedelje, rehabilitacija 4, a povratak u stvarni svet još uvek nije ostvaren.

ZAKLJUČAK: Duple slike zahtevaju ozbiljan multidisciplinarni pristup pacijentu, brzu i sveobuhvatnu obradu. Moždani udar je hitno stanje koje zahteva visoko specijalizovano lečenje, posebno nakon udara. Promena životnih navika i eliminisanje faktora rizika, značajni su u prevenciji cerebrovaskularnih bolesti. Primarnu i sekundarnu prevenciju treba dosledno sprovoditi. Pacijenta treba gledati u oči tokom pregleda, jer tu možemo naći zapis o njegovom zdravstvenom stanju.

Ključne reči: duple slike, diabetes mellitus, hipertenzija, akutni moždani udar.

STRESNI DOGAĐAJI I IRACIONALNA UVERENJA KAO FAKTOR RIZIKA ZA NASTANAK PSIHOSOMATSKIH BOLESTI

Ana O. (1), Janković M. (1), Janković D. (2), Okiljević Z. (1)

(1) ZAVOD ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU RANIKA ŽELEZNICE SRBIJE „BEOGRAD“, U NOVOM SADU, (2) SPECIJALNA BOLNICA ZA BOLESTI ZAVISNOSTI, BEOGRAD

Uvod: Mišljenje da snažne emocije, kako pozitivne tako i negativne, mogu izazvati telesna oboljenja vladalo je još kod antičkih mislilaca. Epiktet, stoički filozof je govorio da ljude ne uznemiravaju događaji, nego njihovi pogledi na događaje. Psihosomatska medicina je deo širokog polja bihevioralne medicine, ona podvlači celinu uma i tela i interakciju između njih. Ubeđenje da su psihološki faktori važni u razvoju svih bolesti (bilo da je to uloga u inicijaciji, progresiji, pogoršanju ili reakciji na bolest), ostaje otvoreno za diskusiju. Najrasprostranjenije psihosomatske bolesti srpskog stanovništva su: kardiovaskularne bolesti (prema podacima iz Zdravstvenog godišnjaka Srbije, od ovih bolesti godišnje umire oko 50-60 % ljudi), astma, diabetes mellitus, maligne bolesti (zastupljene u ukupnom mortalitetu sa 20 %). Izlaganje stresoru samo po sebi nikada nije dovoljno objašnjenje za početak bolesti, zato moramo uzeti u obzir i druge faktore koji imaju uticaj. Oni mogu biti podeljeni u tri široke kategorije: karakteristike stresnog događaja, individualne biološke i psihološke karakteristike i karakteristike socijalnog sistema podrške koji je dostupan osobi. Iracionalna uverenja nisu logična i nisu u skladu sa empirijskim iskustvom. Blokiraju osobu da funkcioniše u skladu sa realnošću.

Cilj: Utvrditi da li postoji razlika u količini doživljenog stresa kod radnika koji su imali vanredni događaj i onih koji nisu imali. Da li postoji izraženost iracionalnih uverenja kod radnika koji su imali vanredni događaj? Da li na razvoj psihosomatskih tegoba utiče vrsta stresa?

Materijal i metodi rada: Istraživanje koje je sprovedeno spada u prospektivne studije. Obuhvatilo je 105 radnika "Železnice Srbije", prosečne životne dobi 47 godina. Primenjen je nacrt sa jednom grupom ispitanika i tri različita instrumenta. Prvi merni instrument je upitnik načinjen za potrebe ovog istraživanja. Drugi merni instrument je skala merenja prisustva životnih stresora - Holms I Rejhova skala stresa. Treći merni instrument je Skala opštih stavova i uverenja (GABS- 55).

Rezultati: Ne postoji statistički značaja razlika u nivou stresa kod onih koju su doživeli VD I onih kojim nisu. Postoji statistički značaja razlika u doživljavanju negativnog stresa kod grupe koja jedoživela VD u odnosu na grupu koja nije. Ne postoji statistički značajna razlika u nivou IU kod ispitanika koji su doživeli VD I onih koji nisu. življenog stres

Zaključak: izraženost IU ne dovodi do povećanja vanrednih događaja na radnom mestu zaposlenih u Železnici Srbije. Količina doživljenog stresa pravi razliku između ispitanika koji imaju I koji nemaju visok krvni pritisak. Grupa koja je doživela vanredni događaj na poslu, takođe doživljava stresne događaje I van posla.

Ključne reči: stres, psihosomatska bolest, iracionalna uverenja, vanredni događaj na Železnici

E-mail: okianna@gmail.com

SRČANA INSUFICIJENCIJA – PRIKAZ SLUČAJA

Biljana V., Vukašinić B.

DOM ZDRAVLJA GORNJI MILANOVAC

Uvod: Srčana insuficijencija je klinički sindrom čija je karakteristika poremećaj srčane funkcije i neadekvatno snabdevanje tkiva kiseonikom. Bolesnici pokazuju subjektivne tegobe a postoje i objektivni znaci srčane disfunkcije u mirovanju, uz pozitivan odgovor na lečenje.

Cilj: Obzirom da je SI bolest čija je prevalencija 2% odraslih, potrebno je na vreme dijagnostikovati akutni ili hronični oblik SI da bi se na pravi način bolest lečila.

Materijal i metodi rada: Pacijent star 65 godina sa dugogodišnjom hipertenzijom koju leče poslednjih 5 godina i sa dijagnozama SOAS i stabilnom anginom pectoris. U periodu januar-februar tekuće godine u više navrata se javlja izabranom lekaru zbog gušenja, kašlja, iskašljavanja, otežanog disanja I povremene febrilnosti. Takođe postoje i gastrične smetnje, bol u epigastrijumu, mučnina i otoci skočnih zglobova. Više od 30 dana je lečen antibioticima I bronhodilatatorima uz povremena poboljšanja. Posle 2 meseca se javlja sa znacima dispneje, otoka vratnih vena, vrtoglavicom, padom tenzije I lividnom bojom na završecima ekstremiteta. EKG je pokazao prisustvo Q zupca na prednjem zidu, blok leve grane srca, hipertrofiju leve komore i fibrilaciju atrija. RTG grudnog koša pokazuje uvećanje leve komore I naglašen aortni luk kao I prisustvo zastoja na bazama pluća. U krvi su povišene vrednost CRP, kreatinin, dok je klirens kreatinina snižen. Eho srca potvrđuje hipertrofiju leve komore, stenozu aortnog ušća i EF od 45%.

Rezultati: Prethodna ispitivanja su dokazala akutnu insuficijenciju srca, pa se počelo sa terapijom: diuretik Henleove petlje, ACEI, beta blokator, nitro preparat i inhibitor mineralokortikoida.

Zaključak: Pravilna dijagnostika SI pomaže blagovremenom lečenju bolesti I smanjenju mortaliteta koji je, inače, veoma visok.

Ključne reči: SI, ejekciona frakcija, fibrilacija atrijuma

E-mail: drbiljanagm@gmail.com

ADENOM PARATIREOIDNE ŽLEZDE KAO UZROK REKURENTNE NEFROLITIJAZE- PRIKAZ SLUČAJA

Mitić K., Radmilović J., Bojčić A., Veselinović A., Gojić S.
DOM ZDRAVLJA „DR SIMO MILOŠEVIĆ“, ČUKARICA, BEOGRAD

Uvod: Adenomi paratireoideje su najčešći tumori ove žlezde. Manifestuju se nekontrolisanim lučenjem PTH (paratireoidnog hormona). Tok bolesti je relativno asimptomatski i nespecifičan, te bolest dugo ostaje neprepoznata. Simptomi i znaci bolesti rezultat su hiperkalcemije, a izraženiji su u omakloj fazi (nefrolitijaza, osteitis fibrosa cystica, kalcifikacija mekih tkiva).

Cilj: Ukazati na značaj multidisciplinarnog sagledavanja problema prilikom utvrđivanja etiologije rekurentne nefrolitijaze

Materijal i metod rada: Analiziran je zdravstveni karton pacijenta

Prikaz slučaja: Pacijent starosti 66 godina javio se izabranom lekaru zbog iznenadnog i intenzivnog bola u levoj lumbalnoj loži sa širenjem u preponu. Iz lične anamneze se saznaje da pacijent zna za kamen u bubregu i da je više puta u protekle tri godine imao slične tegobe. Lečen je na urologiji odstranjivanjem kalkulusa ESWL (extracorporeal shock wave lithotripsy) metodom. Navodi i da je jednom izmokrio kamen. Od ostalih tegoba, pacijent navodi gubitak apetita, pospanost, slabost mišića i povremenu opstipaciju. Osnovne laboratorijske analize su bile uredne (urea 4,7 mmol/L; kreatinin 82 umol/L; mokraćna kiselina 348 umol/L; alkalna fosfataza 79 U/L), a u urinu je zapažena hiperkalciurija. Prošireno ispitivanje pokazalo je hiperkalcemiju (2,81 mmol/L); fosfati su bili niski 0,70 mmol/L, a PTH je bio višestruko povišen (20,6 pmol/L). Ultrazvuk vrata je pokazao izdvojenu bisagastu paratireoidnu žlezdu posteriorno u odnosu na donji pol levog režnja štitne žlezde. Odmah je upućen endokrinologu. Urađena scintigrafija paratireoidnih žlezda upućuje na hiperaktivnu paratireoidnu žlezdu u prijekciji kaudalnog pola levog režnja štitne žlezde. Učinjena je paratireoidektomija levo inferiorno. PH nalaz je pokazao da se radi o adenomu paratireoidne žlezde. Postoperativni PTH je 1,5 pmol/L; kalcijum iznosi 2,51 mmol/L, a fosfor 0,98 mmol/L. Pacijent se redovno javlja izabranom lekaru na kontrolne preglede i do sada se nefrolitijaza nije ponovila.

Zaključak: Zbog spore evolucije bolesti i nespecifične kliničke slike adenom paratireoidne žlezde se često otkriva tek u uznapredovalij fazi bolesti. Zbog toga je vrlo važno misliti na ovaj entitet prilikom pronalazjenja etiologije rekurentne nefrolitijaze u cilju pravovremenog uvođenja adekvatne terapije.

Ključne reči: adenom paratireoidne žlezde, nefrolitijaza

E-mail: katarinamiticdr@gmail.com

DILATATIVNA KARDIOMIOPATIJA SA ATIPIČNOM SIMPTOMATOLOGIJOM-PRIKAZ SLUČAJA

Mitić K., Radmilović J., Bojčić A., Veselinović A., Gojić S.
DOM ZDRAVLJA „DR SIMO MILOŠEVIĆ“, ČUKARICA, BEOGRAD

Uvod: Dilatativna kardiomiopatija karakteriše se proširenjem srčanih šupljina i oslabljenom sistolnom funkcijom leve komore u odsustvu kongenitalnih, koronarnih, valvularnih i perikardnih srčanih lezija. Tipični simptomi bolesti su: dispnoja, ortopnoja, paroksizmalna noćna dispnoja, smanjena tolerancija napora, brzo zamaranje i otoci zglobova. Neretko se bolest može manifestovati manje tipičnim simptomima kao što su: noćni kašalj, sviranje u grudima, porast ili gubitak telesne težine, palpitacije. Postavljanje dijagnoze je zbog nespecifičnih simptoma, posebno u ranim stadijumima bolesti, veoma teško. U diferencijalnoj dijagnozi najčešće se uzimaju u obzir plućna oboljenja.

Cilj: Ukazati na mogućnost pojave atipičnih kao jedinih simptoma kod dilatativne kardiomiopatije

Materijal i metod rada: Analiziran je zdravstveni karton pacijenta

Prikaz slučaja: Pacijent starosti 50 godina javio se lekaru zbog upornog kašlja sa povremenim iskašljavanjem sukrvičastog sadržaja i lupanja srca. Zbog sumnje na emboliju pluća poslat je pulmologu gde je urađeni MSCT plućne arterije pokazao uredan nalaz. Nastavljeno je pulmološko ispitivanje i zbog

sumnje na bronhopneumoniju urađena je bronhoskopija koja je takođe bila uredna. Tegobe su i dalje perzistirale i tri meseca posle nastupa i jako gušenje i zamaranje. Kardiospecifični enzimi su bili uredni, u EKG-u je zapažen slab porast R zupca od V1 do V3 i bifazan T u od V4 do V6. Ehokardoigrafski pregled je pokazao znake dilatativne kardiomiopatije sa značajno redukovanom funkcijom leve komore sa EF (ejectionom frakcijom) 23 %. Svrstan je u NYHA klasu I. Koronarni angiogram je bio uredan. NT pro BNP je iznosio 372 pg/mL. Odmah je uvedena intenzivna medikamentozna terapija i to: bisoprolol, digoksin, ramipril, furosemid, spironolakton i acetilsalicilna kiselina. Po uvođenju terapije pacijent je sve vreme bez subjektivnih tegoba, hemodinamski stabilan. Redovno se javlja kardiologu radi procene stepena srčane insuficijencije i obrade za eventualnu transplantaciju srca i/ili ugradnju mehaničke potpore levom srcu.

Zaključak: Dijagnoza dilatativne kardiopatije može biti otežana zbog nespecifičnosti simptoma i često prisutnih manje tipičnih simptoma. Zbog toga je jako važno iskoristiti sve dostupne dijagnostičke metode u cilju diferencijalne dijagnoze dilatativne kardiomiopatije i plućnih oboljenja.

Ključne reči: dilatativna kardiomiopatija, kašalj, plućna oboljenja

E-mail: katarinamiticdr@gmail.com

ISHEMISKI CEREBELARNI INFAKT U TRUDNOĆI I DUBOKA VENSKA TROMBOZA POSTPARTALNO – PRIKAZ SLUČAJA

Manić S. (1), Aleksić Ž. (2), Aleksić A. (3), Krkić M. (4), Milošević J. (5)

(1) SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (2) SLUŽBA ZA NUKLEARNU MEDICINU, ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (3) INTERNISTIČKO ODELJENJE, ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (4) INTERNISTIČKO ODELJENJE, OPŠTA BOLNICA KRUŠEVAC, (5) PSIHIJATRISKO ODELJENJE, ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

Uvod: Moždani udar je redak tokom trudnoće i u postpartalnom period, a najčešći uzroci su hemodinamske i hormonske promene, kao i poremećaji koagulacije. Ishemični moždani udar zauzima 50% od svih podtipova moždanog udara, a povezan je sa smrću kod 7% trudnica u Sjedinjenim Državama i 14% u Velikoj Britaniji. Tromboze dubokih vena u toku trudnoće zabeležene su kod 8,5% žena, a u postpartalnom periodu kod 7,5% njih.

Prikaz slučaja: Pacijentkinja stara 23 godine u V mesecu trudnoće, nepušač, prethodno zdrava. Tegobe počele dva dana pre prijema na Ginekološkoj Klinici „kočenjem,, leve noge. Nakon dva dana razvija se potiljačna glavobolja praćena mučninom i povraćanjem pri promeni položaja glave uz nestabilnost pri hodu i stajanju. U daljem toku postaje somnolentna, pri pregledu se uočava horizontalni nistagmus sa brzom komponentom ulevo, diplopije, semiptoza levog kapka, dizartija, disfagija, niže postavljen levi nepčani luk, pri fonaciji devira u desno, hipodijadahokineza sa bradikinezom pri probi prst-nos i petakoleno levo, Rombergova proba pozitivna sa sinistropulzijom, negativni meningealni znaci. Pregled nuklearnom magnetnom rezonancom endokranijuma prikazuje se akutna ishemiska lezija cerebeluma u slivu PICA-AICA (a. cerebellaris posterior inferior, a. cerebellaris anterior inferior) sa leve strane, sa konsekutivnim kompresivnih hidrocefalusom sa inkarceracijom moždanih struktura u foramen magnum. Nakon tri nedelje lečenja na Ginekološkoj, te na Neurološkoj Klinici stanje se stabilizuje, pacijentkinja se oporavlja i otpušta radi dalje fizikalne terapije. Nakon četiri meseca rađa zdravu dete u terminu, carskim rezom. Mesec dana nakon porođaja razvija se duboka venska tromboza leve noge, kada se kolor dopler sonografskim pregledom utvrđuje da su v.femoris comunis, v.femoris superficijalis, v. femoris profunda i v. safena magna proširene i ispunjene trombotični masama. Pacijentkinja biva tretirana oralnom antikoagulantnom terapijom nakon čega se sonografski nalaz vena leve noge poboljšava osim u v. safena magna, koja je dalje bez spontanog protoka. Pacijentkinja se i dalje tretira oralnom antikoagulantnom terapijom ambulantno i upućuje na dalja hematološka, imunološka i genetska ispitivanja radi utvrđivanja uzroka sklonosti ka tromboziranju. Merenje nivoa homocisteina u krvi pokazao je normalan nivo, anti-kardiolipinska antitela klase IgM bila su na gornjoj granici normalnog, anti-nuklearni antitela su bila negativna, antitrombin III normalan, lupus antikoagulans granično povišenih vrednosti, proC global test je bio normalan. Genetska ispitivanja, tj. PCR za F II 202110 je bio normalan. Nakon kompletnog oporavka, kod pacijentkinje zaostaje minimalni neurološki deficit gde dominira hipodijadahokineza leve ruke uz

življe reflekse ruke i noge iste strane. Povremeno se javlja neurologu sa slikom anksiozno depresivnog stanja sa somatizacijom, u smislu malaksalosti i glavobolje kada se slabost leve strane tela, naročito ruke, lako produbljuje uz pozitivnu Rombergovu probu.

Zaključak: Sprovedena ispitivanja kod mlade žene sa arterijskom i venskom trombozom ukazuju na granično povišene vrednosti antifosfolipidnih antitela (granični skok anti-kardiolipinskih antitela klase IgM i lupus antikoagulans). Pojava tromboze sa ovako niskim titrom anti-fosfolipidnih antitela se može objasniti istovremeno postojanjem trudnoće, odnosno puerperiuma. Ovakav sled događaja sugeriše postojanju trombofilnog stanja u krvi čija priroda za sada ostaje nejasna,

Ključne reči: cerebelarni infarkt, duboka venska tromboza, trudnoća

E-mail: dr.saskamanic@yahoo.com

Naziv sesije
ISTORIJA MEDICINE. UMETNOST I MEDICINA
Usmene prezentacije

KRATAK PRIKAZ ISTORIJATA ANTROPOMETRIJSKIH STUDIJA

Bratimirka Jelenković

DEČIJE ODELJENJE, ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

Istorijski posmatrano antropometrijske studije pokazuju veličinu ljudskog tela i njihovu povezanost sa istorijskim periodima. Do sada su socijalni istraživači, stručnjaci za javno zdravstvo i fizički antropolozi dugo koristili antropometrijske mere, kao indikator blagostanja. "Stas" odrasle osobe je kumulativni pokazatelj neto uhranjenosti tokom godina rasta, a samim tim odražava način ishrane i pristup zdravom okruženju. Antropometrijske mere su dostupne za delove mnogih nacionalnih populacija još početkom 1700-. Ovi podaci često služe kao dopuna standardnim ekonomskim pokazateljima. Telesna visina je bila primarni indikator koji se koristio do danas. Ostali pokazatelji su indeksi telesne težine, težina u trudnoći i uzrast u vreme nastanka menarhe. Od 1950-tih, antropometrija je iskorišćena za različite namene. Populacione grupe se mere kako bi se tačnije izradili standardi rasta, za praćenje nutritivnog statusa pojedinaca i stanovništva tokom gladi, i da procene efikasnost programa ekonomskog razvoja. Cilj rada je prikaz početaka antropometrijskih studija i njihov značaj.

Korišćeni su i analizirani podaci iz „Experimental study of children: including anthropometrical and psycho-physical measurements of Washington school children, and a bibliography”, odnosno “Education report, 1897-98”, kao i iz drugih studija koje su se bavile ovom problematikom (James Tanner).

U kasnom 18. veku, dokumenti o rastu dece počeli su da se pojavljuju u naučnoj literaturi, studije Jamberts u 1754. Luis Rene Villierme (1829) prvi je shvatio da rast i telesna visina odraslih pojedinca zavisi od socio-ekonomske situacije u zemlji. U 19. veku, broj studija o rastu naglo se povećao, sa povećanjem interesovanja za brzinu rasta. Kotelmann je prvi ukazao na ubrzanje rasteanja kod adolescenata. Do početka 20. veka, nacionalne tabele rasta objavljeni su za većinu evropskih zemalja sa podacima za telesnu visinu, telesnu težinu, i pokušajima da se prikaže odnos težine i visine, iako nijedna od njih nije bila referentna u pravom smislu te reči jer su podaci bili uglavnom izvedeni iz malih reprezentativnih uzorka. Posle 1930. rendgensko snimanje ruku i zglobova je postala popularna metoda za određivanje koštane zrelosti. Trenutno auksološko znanje zasniva na velikim nacionalnim studijama izvršenim u 1950-im, 1960-im i 1970-im godinama, mnoge od njih učinio je James Tanner. U radu “Education report, 1897-98”, su prikazani rezultati istraživanja 1074 dece (526 dečaka i 548 devojčica). Studija je osim antropometrijskih parametara pratila i senzitivnost ispitanika. Značaj studije je u istraživanju povezanosti: rasne pripadnosti, ekonomskog statusa, pola, redosleda rađanja. Većina podataka je prikazana kao percentilne krive odvojeno po polu sa statističkom obradom.

Zaključak: Antropometrijska istraživanja danas se mogu klasifikovati u jedan od tri tipa. Auksologija koja obavlja osnovna istraživanja, prikupljanjena merenja tela tokom životnog veka ljudske jedinice za više detalja standarda fizičkog razvoja za populacije dvadeset prvog veka. Drugi fokus dokumentuje životni standard dece što često podržavaju regulatorna zakonodavstva. Treći pravac je istorijski

antropometrijskih istraživanja. Ekonomisti, historičari, i antropolozi specijalizovani u ovoj oblasti traže da se proceni, u fizičkom smislu, blagostanje ranijih društava i činioca koji su na to uticali.

Ključne reči: Antropometrija, studije, istorija.

E-mail: bratimirkajelenkovic@gmail.com

DA LI JE VILIJAM ŠEKSPIR BOLOVAO OD SIFILISA – 400 GODINA OD KNJIŽEVNIKOVE SMRTI

Marinković Ž. (1), Konstantinović N. (2), Đukić S. (2)

(1) MEDICINSKA ŠKOLA ZVEZDARA, (2) INSTITUT ZA MIKROBIOLOGIJU I IMUNOLOGIJU MEDICINSKI FAKULTET BEOGRAD

Infektivne bolesti su bile čest uzrok oboljevanja i smrtnosti kod umetnika tokom poslednjih nekoliko vekova. Sifilis je bolest koja je promenila tok svetske umetnosti i istorije. To je seksualno prenosiva hronična infekcija koju izaziva bakterija spiralnog oblika, *Treponema pallidum*. Tokom istorije, za mnoge poznate ličnosti smatra se da su bolovale od sifilisa, poput političkih figura, muzičara i književnika. Vilijam Šekspir (1564-1616) se smatra jednim od najznačajnijih književnika engleskog govornog područja. Rođen je u Stratfordu u Engleskoj, živio dugo u Londonu i nekoliko godina pred smrt se vratio u rodni Stratford gde je i umro. Tokom života je više od svojih savremenika bio preokupiran polno prenosivim bolestima o kojima je izuzetno često i pisao u svojim delima, a bio je poznat i po svom promiskuitetnom ponašanju. Šekspirovi biografi su krivili sifilis, alkohol i depresiju za smanjene kreativne veštine koja se uočavala pri kraju njegovog života. U elizabetansko vreme se mislilo da su sifilis, gonoreja i genitalni herpes ista bolest a Šekspir je primao isti toksični tretman na bazi žive kao i pacijenti koji su bolovali od sifilisa. Kod Šekspira su se pri kraju života uočavali sa korišćenjem žive za lečenje udruženi znaci i simptomi - alopecija, eretizam, tremor, agitacija, drhtav i nečitak rukopis i sl. Živa oštećuje cerebelum i bazalne ganglije a tremor kao posledica korišćenja žive može da traje decenijama nakon njenog korišćenja. Ovakvo medicinsko stanje je verovatno dovelo do preranog okončanja sjajne karijere ovog velikog svetskog pisca. Ključne reči: sifilis, Šekspir

E-mail: bobadi@orion.rs

ALKOHOLIZAM I SLIKARSTVO

Mirjana Stojković Ivković

ZZZZ RADNIKA "ZELEZNICE SRBIJE "

Uvod: Umetničko delo predstavlja produkt unutrašnjeg konflikta koji može biti izražen u vidu slike, crteza, pesme, simbola, filma, skulpture ili romana. Ova dela ne moraju biti odraz umetnika već mogu ukazivati na njegovu organsku ili mentalnu bolest. U toku stvaranja umetničkih dela umetnik je u stanju isčekivanja i napetosti. Napetost raste i u jednom trenutku podseca na neurozu (najcesce prisilnu) ili čak psihozu. Vrlo često stvaraoci u tim trenucima posezu za alkoholom jer pokušavaju na taj način da ubrzaju svoje unutrašnje sazrevanje i da smanje napetost.

Cilj: Da se pokaze uticaj alkohola na likovno stvaralastvo, kratkotrajni zanos i oslobadjanje maste vrlo brzo se zamene posledicama alkoholizma: delirijum tremensom, halucinacijama, paranojom i demencijom.

Materijal i metodi rada: analizirana su dela i biografija slikara Davida Teniersa.

Rezultati: David Teniers je stvarao pod neposrednim dejstvom alkohola. Na njegovim delima se vide halucinacije prazne emocijama straha. Ove slike su tužna ispovest bolesnog duha i materijalizacija straha ljudske duše. Na mnogim njegovim slikama prikazani su gmizavci, psi koji ujedaju nemoćne žrtve, mnoštvo slepih miseva, zmija, crva koji se zarivaju u kozu a na licima ljudi strah. Stvaralac je na platno prenosio svoje emocije, jer ove slike može naslikati samo onaj koji je sve to i doživeo. Pod dejstvom alkohola slabi kolorni vid, menja se doživljaj prostora, i dimenzija predmeta. Alkohol polako razara i duh i telo slikara i to

se vidi na njegovim slikama. Mamurluk i depresija koce misaoni proces i osecajnost, inspiracija se gasi a asocijacija postaje siromasna.

Zaključak: Alkohol remeti finu motoriku I oduzima ruci savrsenstvo I preciznost.Kad god se alkohol nadje u stvaralastvu predstavlja zlu kob I umetniku I njegovom umetnickom delu.

Ključne reči: Alkohol, umetnicko delo, slikarstvo, halucinacije

E-mail: mirivkovic@gmail.com

Poster prezentacije

MEDICINSKA OTKRIĆA U VIKTORIJANSKOM RAZDOBLJU

Miloš Protić(1), Ljiljana Milošević (2), Ljiljana Jovanović(3), Biljana Velić(4)

(1)ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (2) KBC ZVEZDARA, BEOGRAD, (3) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (4) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

Uvod: Viktorijanskim razdobljem se naziva period 19.veka u Velikoj Britaniji od rođenja Kraljice Viktorije 20. juna1837. godine do njene smrti 22.januara 1901. godine.

Cilj: Naš cilj je da pregledom zbivanja u medicini u viktorijanskom periodu u Velikoj Britaniji ilustrujemo značajne događaje koji su uticali na promene izučavanja medicinske prakse ovog perioda na polju javnog zdravlja, hirurgije, anesteziologije, epidemiologije, higijene, infektivnih bolesti, i razvojem bolnica i sestristva.

Materijal i metodi rada: Korišćenjem istoriografske građe pretraživanjem interneta o činjenicama u člancima iz ove tematike.

Rezultati: Ovo je razdoblje Industrijske revolucije. Džejs Vat, pronalazač, hemičar i inženjer usavršava Newcomen-ovu atmosfersku mašinu. Nastaje Vatova parna mašina, i industrijalizacija počinje novim izvorom energije, kao i masovna migracija stanovništva iz ruralnih predela u gradove, sa pomeranjem proizvodnje od nalazišta sirovina, a olakšavanjem transporta. Demografska slika Velike Britanije se menja: od 6 miliona stanovnika u 18. veku za 50 sledećih godina ukupan broj Britanaca je bio oko 9 miliona. Urbancija dovodi do specifične patologije, porast zaraznih bolesti je opisan. Tuberkuloza, šarlah, kolera, venerične bolesti, velike boginje, prisutne u endemskoj formi ili kao epidemija (kolera). Godine 1834. je donet Amandman na Zakone za siromašne i ser Edvin Čedvik, socijalni reformator je doprineo povezivanju shvatanja siromaštva i bolesti, a 1848. godine je donet Akt o javom zdravlju koji uvodi red osnivanjem lokalnih zdravstvenih odbora i bavi se sanitarnom situacijom u Britaniji. Osnovan je Glavni odbor za zdravlje. Džon Snou, lekar, jedan od utemeljivača epidemiologije, kao i lider na polju anesteziologije, higijene, je tokom epidemije kolere 1848. u Sohou, London doprineo suzbijanju kolere zamenom drške na pumpi za vodu. Smatrao je da se kolera prenosi vodom iz zagađene Temze. Snou je takođe upotrebom hloroforma i etra doprineo anesteziji i olakšao sprovođenje hirurških opstetričkih intervencija. Popularnosti hloroforma je doprinela njegova primena tokom porođaja same Kraljice Viktorije sa osmim i devetim detetom (Leopold I Beatris). Zarazne bolesti su objašnjavane teorijom mijazme ili „lošim” vazduhom koji ih prenosi. Tome se suprostavlja Luj Paster -francuski mikrobiolog i hemičar (stvorio vakcinu protiv antraksa I besnila), teorijom germa, da se zarazne bolesti prenose klicama, tj. mikoorganizmima. Usavršavanjem mikroskopa to je i dokazano. Rene Lenek, francuski lekar, izumeo je stetoskop 1816., doprinos kliničkoj medicini. Klod Bernar, francuski fiziolog (blisko je saradivao sa Pasterom), tvorac pojma „Milieu intérieur” unutrašnja sredina, povezao je isti sa pojmom homeostaze, stalnost unutrašnje sredine, fiziologija. Nastojao je da se usvoji koncept naučnog metoda, napisao je Studiju o eksperimentalnoj medicini. Lister, britanski hirurg uvodi fenol za sterilizaciju hirurških instrumenata i za čišćenje rana. Pionir je antiseptičke hirugije. Edvard Džener, lekar i naučnik – vakcina protiv velikih boginja, prva vakcina na svetu. Florens Najtingejl se smatra rodonačelnicom savremenog sestristva (edukacija medicinskih sestara u Krimskom ratu 1853-1856). Krajem 19. veka osnivaju se nove bolnice u Ujedinjenom Kraljevstvu, poznata je Kraljevska Nacionalna Bolnica za grudne bolesti, za

tuberkulozne pacijente. Zigmund Frojd utemeljio savremenu psihijatriju. Rendgen, nemac, otkriva X-zrake (značaj za dijagnostiku), 1895. godine.

Zaključak: Prva polovina 19. veka je u znaku nepoznavanja prirode bolesti, a kasnija otkrića su utabala put sadašnjoj medicini.

Ključne reči: medicina, otkrića, viktorijanska epoha

E-mail: drmilosprotic@gmail.com

RADOVI MLADIH AUTORA

TROVANJE ORGANOFOSFATNIM INSEKTICIDIMA

Jelena Mišić, Magdalena Đorđević

ZC KNJAŽEVAC

UVOD: trovanje organofosfatnim insekticidima (OFI) jedno je od najčešćih trovanja u svetu, zbog čega predstavlja veliki klinički problem. Kao najtoksičnije hemijske supstance sa kojima čovek dolazi u kontakt, OFI mogu biti unešeni ingestijom, inhalacijom ili preko kože. Mehanizam njihovog dejstva zasniva se na ireverzibilnoj inhibiciji holinesteraze (ChE), čime se acetilholin (ACh) prekomerno nakuplja u nervnom sistemu. ACh pojačano stimuliše muskarinske (M) i nikotinske (N) receptore, pa će svi znaci i simptomi trovanja biti holinergetički. Smrt nastupa usled respiratorne depresije. CILJ prikaza slučaja je da se kroz primere iz prakse olakša mladim lekarima pravovremeno prepoznavanje i reagovanje kod akutnog trovanja organofosfatnim insekticidima. MATERIJAL I METODE: uvid u medicinsku dokumentaciju KC Niš. PRIKAZ SLUČAJA: pacijent, muškarac, starosti 60 godina, primljen je u KC Niš zbog namernog trovanja insekticidom Nurella D (hlorpirifos). Pacijent je svestan, dispnoičan, krklja, ne saraduje, pa je uzeta heteroanamneza od sina i medicinskog tehničara. Kod kuće i u toku transporta povraćao je penušav smrdljiv sadržaj. U kliničkom centru Niš dobijeni su sledeći parametri: SAT O₂-84%, zenice 5-6mm (primio atropin), jak halitus na pesticid, TA=155/85mm Hg, SF=133/min. Toksikološko-hemijskim analizama utvrđeno je da se radi o kombinovanom trovanju organofosfatnim insekticidom i alkoholom. U toku hospitalizacije koja je trajala 3,5 nedelje pacijent je primio ukupno 5380mg atropina!!! ZAKLJUČAK: šezdesetogodišnji pacijent, potator, primljen je u KC Niš zbog samoubilačkog trovanja hlорpirifosom i alkoholom (u uzorku krvi po prijemu dokazano 1,01 promil tj. 21,92mmol/l etanola). Odmah je započeto sa specifičnom i detoksikacionom terapijom (Amp. Atropin, ponavljane lаvаže i aplikacija medicinskog uglja uz forsiranu dijurezu). Nakon stabilizacije pacijenta potrebno je dalje lečenje u psihijatrijskoj ustanovi.

Ključne reči: insekticidi, acetilholin, holinesteraza, holinergetički sindrom

E-mail: misicjelena9@gmail.com

AKUTNI PANKREATITIS - OPŠTE KARAKTERISTIKE BOLESTI I PRIKAZ SLUČAJA

Jelena Mišić, Magdalena Đorđević

ZC Knjaževac

Akutni pankreatitis je naglo nastalo zapaljenje gušterače u kome pankreasni enzimi vrše autodigestiju. Pošto je pankreas smešten retroperitonealno, bez kapsule, zapaljenje se lako širi. CILJ RADA: ukazati na značaj pravovremene i ispravne dijagnostike akutnog pankreatitisa, kao i na neophodnost poštovanja propisane dijeta.

MATERIJAL I METODE: za prikaz slučajeva korišćeni su podaci iz zdravstvenih kartona ZC-a Knjaževac, Vojne bolnice Niš i VMA Beograd.

ZAKLJUČAK: oblici bolesti mogu varirati od blagih do veoma teških, po život opasnih. U svakom slučaju, imperativ je pridržavati se dijeta kojom se štedi pankreas, odn. njegova aktivnost.

Ključne reči: pankreasni enzimi, autodigestija, dijeta

E-mail: misicjelena9@gmail.com

CISTIČNA FIBROZA (MUKOVISCIDOZA)

Jelena Mišić, Magdalena Đorđević
ZC KNJAŽEVAC

UVOD: cistična fibroza (CF) predstavlja ozbiljno multisistemsko genetsko oboljenje koje vodi u prevremenu smrt. Nastaje zbog mutacije na CFTR-genu, koji je usko povezan sa transportom Na- i Cl-jona u ćeliju i iz ćelije. CF nije tako retka bolest kao što se misli; od oko 3000 novorođenčadi u svetu jedno oboli od mukoviscidoze svake godine, a najviše je pogođena bela rasa (naročito Aškenazi Jevreji). Simptomatologija potiče od egzokrinih organa (respiratornog, digestivnog i reproduktivnog), odn. od ćelija koje stvaraju mukus, znoj, digestivne sokove i pljuvačku. Bolest je, nažalost, još uvek neizlečiva. CILJ rada je buđenje svesti o cističnoj fibrozi, s obzirom da je u Srbiji registrovano samo oko 150 slučajeva mukoviscidoze, dok se smatra da se ostali leče pod pogrešnim dijagnozama. MATERIJAL I METODE: podaci uzeti iz medicinske dokumentacije ZC Knjaževac, Specijalizovane bolnice za lečenje plućnih bolesti Sokobanja i Instituta za majku i dete Beograd. PRIKAZ SLUČAJEVA: BROJ 1: dečak starosti 10 god, sa dijagnozom Asthma bronchiale, upućuje se u specijalizovaniju ustanovu zbog pogoršanja plućne funkcije i radi ispitivanja u smislu bronhiektazija. Tokom 15-dnevne hospitalizacije urađeni su brojni pregledi i analize (Lab, Rtg pluća i sinusa, CT grudnog koša, određivanje hlorida u znoju, kultura sputuma, ispitivanje funkcije pluća i genetske analize). Zaključeno je da dečak i njegov brat boluju od CF-a. BROJ 2: devojčica starosti 4 god, TT-12,5kg hospitalizovana je u trajanju od 5 dana zbog bolova u trbuhu, čestih stolica (3-5 dnevno), koje su mekše konzistencije i masne, kao i zbog nenapredovanja u tel.težini. Po rečima oca, navedene tegobe su prisutne od rođenja. Često imala infekcije gornjih resp.puteva, sa 3 god. imala rektalni prolaps, a sa 4god. urađena operacija ingvinalne kile obostrano, kao i adenoidektomija i nosna polipektomija. Sproveden hloridni test(hloridi u znoju: 85,6mmol/l). Zbog sumnje na CF šalje se u specijalizovanu ustanovu radi PCR-dijagnostike i definitivne potvrde dijagnoze. Genskim probama utvrđeno je da devojčica, njen brat i roditelji nisu nosioci delta F508 –mutacija, kao ni 29 najčešćih CFTR-mutacija u Evropi. Ispitivanjem na Institutu za molekularnu genetiku i genetičko inženjerstvo otkriveno je o kom tačno genetskom defektu je reč. ZAKLJUČAK: težina kliničke slike zavisi od vrste mutacije na CFTR-genu.

Ključne reči: CFTR-gen, mutacije, egzokrini sistem, hloridni test, genski test

E-mail: misicjelena9@gmail.com

SKRINING KOLOREKTALNOG KARCINOMA- NAŠI REZULTATI

Miloš Bogoslović (1), Ana Stefanović (2), Marko Tasić (3), Dragana Mitrović (4), Miljana Mladenović (5)
(1) DOM ZDRAVLJA DOLJEVAC, SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU ODRASLOG STANOVNIŠTVA, (2) INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE NIŠ, (3) ZDRAVSTVENA USTANOVA APOTEKA LILLY DROGERIE, (4) ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU PREDŠKOLSKE I ŠKOLSKE DECE SA MEDICINOM SPORTA I SAVETOVALIŠTEM ZA MLADU, (5) MEDICINSKI FAKULTET NIŠ

Uvod: Rak debelog creva ili kolorektalni karcinom je jedan od najčešćih oblika zloćudnih oboljenja u svim razvijenim zemljama sa zabrinjavajućim trendom porasta učestalosti. S obzirom na važnost problema i činjenicu da u Republici Srbiji, maligni tumori debelog creva predstavljaju drugu najčešću lokalizaciju malignih tumora kod oba pola, od koje svake godine približno oboli 4200 i umre 2600 lica, Ministarstvo zdravlja je sačinilo program organizovanog skrininga za karcinom kolorektuma u našoj zemlji koji se sprovodi u vidu decentralizovanog programa počevši od 2013. godine. Cilj rada: Prikazati rezultate sprovođenja skrininga za kolorektalni karcinom na teritoriji Nišavskog okruga za period 2013-2015. godine. Metoda: Analiza, pregled, obrada i statistički prikaz prikupljenih podataka koordinatora skrininga Domova zdravlja na teritoriji Nišavskog okruga uključenih u program i koordinatora Instituta za javno zdravlje Niš. Rezultati: U periodu od početka sprovođenja skrininga zaključno sa 2015. godinom na teritoriji Nišavskog okruga, postignuti su značajni rezultati. Od ukupnog broja ciljane populacije sa teritorije starosti od 50-74 godina (61568) na skrining test je pozvano 64,28%, gde se tom prilikom

odazvalo 52,59%. 77,40% ispitanika je dostavilo FOB test, od toga je FOB + bilo 6,57%, FOB - 91,46%. Urađeno je 223 kolonoskopskih pregleda gde je tom prilikom otkriveno ukupno 18 kolorektalnih karcinoma tj 1,69% od svih FOB + ispitanika i 0,11% od svih testiranih. Zaključak: Dosadašnji rezultati sprovedenog organizovanog skrininga su ohrabrujući. Očekujemo da će u narednom periodu povećanje obuhvata stanovništva skriningom doprineti smanjenju smrtnosti od kolorektalnog karcinoma kako na našoj teritoriji tako i u Srbiji.

Cljučne reči: kolorektalni karcinom, skrining.

Email: milosbogolovic@gmail.com

PERINATALNI MORATALITET ZAJEČARSKOG PORODILIŠTA U 2015. GODINI

Tatjana Mitović (1), Vera Najdanović-Mandić (1), Aleksandar Aleksić (3)

(1) DISPANZER ZA ŽENE ZDRAVSTVENOG CENTRA ZAJEČAR; (2) INTERNISTIČKA SLUŽBA, ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

Perinatalni period počinje u 22. nedelji gestacije a završava se sa punih 7 dana nakon rođenja. U statistici za međunarodno poređenje I prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MBK) za perinatalni mortalitet preporučuju se sledeći kriterijumi: 1) težina na rođenju 1000 grama i više, 2) starost trudnoće 28 nedelja i 3) telesna dužina teme-peta-CRL(crown rump length, dužina teme-trtica) 35 cm. Perinatalni mortalitet (PM) određujemo kao broj mrtvorodenih (fetalni mortalitet (FT)), plus broj živorođenih a umrlih u toku prvih 7 dana života (rani neonatlni mortalitet (RNM)) na 1000 rođenih. Iskazuje se samo pri porodilištima , koja su u zakonskoj obavezi da prate dalje stanje svakog svog novorođenčeta. Perinatalna smrtnost nastaje kao posledica delovanja različitih faktora, a oni potiču od: majke (dijabetes, hipertenzija,, bolesti štitaste žlezde, autoimune bolesti, pušenje), ploda (hidrops, infekcija, kongenitalne i genske anomalije) i posteljice (abrupcija, insuficijencija, akcedenti sa pupčanikom). U analizi perinatalne zdravstvene zaštite najznačajniji indikator je perinatalna smrtnost. Cilj rada je da se odredi perinatalni mortalitet porodilišta u Zaječaru za 2015. godinu, struktura morbiditeta I mortaliteta, I dobijene vrednosti PM uporede sa vrednostima PM za periode od 2003.-2005. I 2008.-2010. godine . Materijal i metode: Analizirani su trudnički kartoni iz Savetovaništa za trudnice Doma zdravlja Zdravstvenog centra (ZC) u Zaječaru, porođajni protokol, istorija bolesti majki i novorođenčadi Ginekološko-akušerskog odeljenja u ZC Zaječar u 2015. god i protokoli Neonatologije Dečijeg odeljenja ZC Zaječar. Dobijene podatke smo obradili I prikazali tabelarno I dijagramom. Rezultati: U Ginekološko-akušerskom odeljenju ZC U Zaječaru u 2015. bilo je 428 porođaja sa 433 novorođenčadi (5 pari blizanaca). Ukupan broj mrtvorodenčadi bio je 4 (9,23‰-stopa FM) a novorođenčadi umrlih u prvih nedelju dana , među njima i 1 par blizanaca, 4 (9,32‰-RNM). Stopa perinatalnog mortaliteta u 2015. godini u Zaječarskom porodilištu iznosi 18,4 ‰ . Stopa PM za period 2003.-2005. bila je 14,95‰, od 2008-2010. godine je 11,22 ‰. Od ukupnog broja mrtvorodene dece I dece umrle u prvih 7 dana nakon rođenja, 50% je rođeno carskim rezom. Prosečna starost trudnica iznosila je 29 godina, najmlađa je imala 22 a najstarija 40 godina. Od ukupno 7 trudnica, dve nisu kontrolisale trudnoću (jedna od njih bila je blizanačka), dve su bile aktivni pušači tokom trudnoće. Prosečna starost gestacije iznosila je oko 29 nedelja. U strukturi placentarnih komplikacija dominiraju: abrupcija placente (50 % u FM I 25 % u RNM), I akcedenti sa pupčanikom 25 % (1 slučaj kratkog pupčanika kao uzrok FM). Prosečna težina dece iznosila je 1600 gr, najmanja težina iznosila je 1000 gr, najveća 2800 gr. Prosečna vrednost teme-peta –CRL je 40 cm, najmanja vrednost bila je 30 cm a najveća 52 cm. Na osnovu literaturnih podataka stopa PM za period 2003.-2005. bila je 14,95‰, od 2008-2010. godine je 11,22 ‰. Zaključak: Naši rezultati pokazuju da je stopa perinatalnog mortaliteta u 2015. godini u porastu u odnosu na literaturne podatke o perinatalnom mortalitetu za period od 2003.-2005. odnosno 2008.-2010. godine gde je stopa PM pokazivala trend opadanja . Radi daljeg smanjenja PM, prioritet je preduzimanje mera prevencije prevremenih porođaja, redovna prenatalna kontrola trudnica kao i adekvatan tretman prethodno navedenih patoloških stanja.

Cljučne reči: perinatalni mortalitet, etiološki faktori, struktura, stopa

E mail: titoiija@hotmail.rs

ZDRAVSTVENO-HIGIJENSKE NAVIKE ROMA U KNJAŽEVAČKOJ OPŠTINI

Mitrović Dragana (1), Jakovljević Milica (2), Ćirić Danijela (3), Ljubinka Simić (4), Miletić Emilio (5), Bogoslović Miloš (6), Marko Tasić (7), Miljana Mladenović (2), Jelena Radosavljević (8)

(1) ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU PREDŠKOLSKE I ŠKOLSKE DECE SA MEDICINOM SPORTA I SAVETOVALIŠTEM ZA MLADE, (2) MEDICINSKI FAKULTET NIŠ, (3) DOM ZDRAVLJA ZAJEČAR, (4) CENTAR ZA RADNO ANGAŽOVANJE MLADIH KNJAŽEVAC, (5) ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, (6) SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, DOM ZDRAVLJA DOLJEVAC, (7) FARMACEUTSKA USTANOVA, LILLY DROGERIJA, NIŠ, (8) ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, DEČIJE ODELJENJE

Romi su marginalna grupa, nedovoljno uključena u različite segmente socijalnog života. Život Roma od dolaska na teritoriju Evrope bio je praćen raznim teškoćama. Zbog fizičkih i kulturnih razlika čitav narod je bio izložen stigmatizaciji i diskriminaciji. Cilj rada je da prikaže zdravstveno-higijenske navike Roma u knjaževačkoj opštini. Materijal i metode rada: anketiranje Roma je obavljeno u toku marta 2016. godine, bilo je anonimno i obavljeno je od strane dr Dragane Mitrović i Ljubinke Simić (kordinator za Rome). Anketu je kreirala dr Dragana Mitrović, lekar na specijalizaciji iz Pedijatrije. Anketirano je 95 Roma iz romskog naselja u Knjaževcu, starosti od 15-65 godina, po metodi slučajnog uzorka. Anketa se sastoji od 11 pitanja. Rezultati i diskusija: Od 95 ispitanih Roma, 49 (51,6%) su ženskog, a 46 (48,4%) su muškog pola. Od svih ispitanika najviše ih je sa osnovnim obrazovanjem, njih 49 (51,6%), zatim nepismenih, 34 (35,8%) sa srednjim obrazovanjem njih 7 (7,4%), 4 (4,2%) sa završenom višom školom, dok je jedan ispitanik sa visokom stručnom spremom. Cigarete puši njih 62 (65,3%) ispitanih, dok je 70 (73,7%) odgovorilo da u njihovoj porodici ima pušača. Od Bronchitisa i/ili Astme boluje 39 (41,1%) ispitanika i/ili njihovih članova porodice. Higijensko-sanitarni čvor u svom domu poseduje 66 (69,5%). Da se kupaju jednom nedeljno, kao i svakog drugog dana, odgovorio je isti broj ispitanika, po 31 (32,6%), manji broj njih se kupa svakog dana, njih 28 (29,5%), a 2-3 puta mesečno se kupa 5 (5,3%) ispitanika. Nakon upotrebe toaleta ruke pere 56 (58,9%) ispitanih Roma, dok njih 47 (49,5%) pere zube pastom i četkicom, redovno, dva puta dnevno. „Pokvarene” ili izvađene zube zbog kvara ima 76 (80%) Roma. Značenje pojma „kontracepcija” objasnilo je njih 53 (55,8%). Ispitanik sa visokom stručnom spremom je odgovorio da se kupa svakog dana, da pere ruke nakon upotrebe toaleta, da redovno pere i ima zdrave zube. Od svih ispitanika sa završenom višom školom, 5 (71,4%) je odgovorilo da se kupa svakog dana i da pere ruke nakon upotrebe toaleta, a 2 (28,6%) da se kupa jednom nedeljno. Svi peru redovno zube, ali 4 (57,1%) ima bolesne ili izvađene zube. Pojam kontracepcija je znalo da objasni njih 5 (71,4%). Od svih ispitanika sa osnovnim obrazovanjem, 14 (28,6%) je odgovorilo da se kupa svakog dana, 15 (30,6%) svakog drugog dana, jednom nedeljno njih 17 (34,7%), a 3 (6,1%) se kupa 2-3 puta mesečno. Redovno pere ruke nakon upotrebe toaleta njih 27 (55,1%), 27 (55,1%) redovno i pravilno pere zube, a 42 (85,7%) ima bolesne ili izvađene zube. Pojam „kontracepcija” pravilno je objasnilo njih 31 (36,7%) sa osnovnim obrazovanjem. Od onih ispitanika bez obrazovanja, nepismenih, 5 (14,7%) je odgovorilo da se kupa svakog dana, 14 (41,2%) da se kupa svakog drugog dana, 13 (38,2%) da se kupa jednom nedeljno, dok 2 (5,9%) da se kupa 2-3 puta mesečno. Redovno pere ruke nakon upotrebe toaleta njih 21 (61,8%), zube redovno i pravilno pere 8 (23,5%), bolesne i izvađene zube zbog kvara ima 29 (85,3%), a pojam „kontracepcija” objasnilo je 13 (28,2%) nepismenih. Najveći broj ispitanika je sa osnovnim, a najmanji sa visokim obrazovanjem. Iz dobijenih rezultata ispitivanja vidimo da stepen obrazovanja utiče na sprovođenje zdravstveno-higijenskih navika. Što je stepen obrazovanja veći, učestalije je sprovođenje higijenskih procedura.

Utvrđivanje zdravstvenog stanja romske populacije, poboljšanje ostvarivanja prava Roma na zdravstvenu zaštitu kroz praćenje primene Zakona o zdravstvenoj zaštiti, poboljšanje dostupnosti zdravstvene zaštite za romsku populaciju, unapređenje životnog okruženja u romskoj zajednici, zapošljavanje romskih zdravstvenih medijatorki u domovima zdravlja, unapređenje higijensko-epidemioloških uslova u romskim naseljima, povećanje obuhvata obaveznom imunizacijom, poboljšanje reproduktivnog zdravlja i prevencija hroničnih nezaraznih oboljenja, kao i senzibilizacija i edukacija zdravstvenih radnika za rad sa romskom populacijom, opismenjavanje nepismenih, podsticanje obrazovanja, osposobljavanje i zapošljavanje, uključivanje Roma u sve sfere društvenog života kao ravnopravnih članova zajednice treba

da bude zadatak zdravstvenih radnika, obrazovnih institucija, institucija socijalne zaštite, lokalne samouprave, državnih organa.

Ključne reči: zdravlje, Romi, higijena, navike

REPARACIJA HERNIJA PREPONSKE REGIJE

Davidović Vladimir, Miladinov Bojan

OPŠTA BOLNICA KIKINDA

UVOD: U preponskoj regiji se mogu javiti ingvinalne i femoralne kile u zavisnosti da li se protruzija sadržaja trbušne duplje ostvaruje na transverzalnoj fasciji iznad preponskog ligamenta, ili ispod, kroz femoralni kanal. Reparacija hernija preponske regije spada u red najčešće izvođenih operacija u opštoj hirurgiji.

CILJ: Prikazati učestalost podtipova hernija preponske regije i učestalost različitih hirurških tehnika u reparaciji istih u trogodišnjem periodu.

PACIJENTI I METODE: Retrospektivnom analizom obuhvaćeni su podaci dobijeni iz hirurških operativnih protokola i istorija bolesti pacijenata koji su elektivno ili hitno operisani na Odeljenju za opštu hirurgiju Opšte bolnice u Kikindi zbog hernija preponske regije u periodu od 01.01.2013. do 31.12.2015. godine. Za statističku analizu podataka korišćen je Pirsonov χ^2 - test.

REZULTATI: Operisano je 377 pacijenata (340 muškaraca vs 37 žena; $\chi^2=243,52$; $p<0,001$), prosečne starosti $57,18 \pm 17,27$ godina (4-89); 358 (94,96%) pacijenata sa ingvinalnom i 19 (5,04%) pacijenata sa femoralnom kilom ($\chi^2=304,84$; $p<0,001$). Ingvinalna kila je bila češća kod muškaraca (333 muškaraca vs 25 žena; $\chi^2=264,98$; $p<0,001$), dok kod femoralne kile nije bilo statističke značajnosti među polovima (7 muškaraca vs 12 žena; $\chi^2=1,32$; $p>0,05$). Kod 333 (97,94%) muškaraca je operisana ingvinalna kila, a kod 7 (2,06%) muškaraca femoralna kila ($\chi^2=312,58$; $p<0,001$). Kod 25 (67,57%) žena je operisana ingvinalna kila, a kod 12 (32,43%) femoralna kila ($\chi^2=4,56$; $p<0,05$). Ukupno je urađeno 388 hernioplastika, 369 (95,10%) ingvinalnih i 19 (4,90%) femoralnih ($\chi^2=315,72$; $p<0,001$). Kod 347 (96,93%) pacijenata je urađena jednostrana ingvinalna hernioplastika (desno kod 203 i levo kod 144 pacijenata), a kod 11 (3,07%) obostrana ingvinalna hernioplastika ($\chi^2=162,11$; $p<0,001$). Primarnih ingvinalnih hernija je bilo 347 (94,04%), a recidivantnih 22 (5,26%). Slobodnih ingvinalnih hernija je bilo 356 (96,48%), a uklještenih 13 (3,52%). Direktnih ingvinalnih kila je bilo 127 (34,42%), indirektnih 201 (54,47%) i direktno-indirektnih 41 (11,11%) ($\chi^2=104,26$; $p<0,001$). Kod 15 (78,95%) pacijenata operacija femoralne kile je urađena sa desne strane, a kod 4 (21,05%) pacijenata sa leve strane ($\chi^2=6,36$; $p<0,05$). Sve femoralne kile su bile primarne. Slobodnih femoralnih kila je bilo 13 (68,42%), a uklještenih 6 (31,58%). Statistički su značajno češće uklještene femoralne kile ($\chi^2=254,31$; $p<0,001$). 347 (92,05%) pacijenata je operisano u uslovima opšte anestezije ($\chi^2=587,85$; $p<0,001$). Urađeno je 371 bestenzionih i 17 tenzionih hernioplastika (95,62% vs 4,38%; $\chi^2=322,98$; $p<0,001$). Najčešće korišćena mrežica je bila veličine 6cm x 11cm ($\chi^2=175,26$; $p<0,001$). 352 (95,39%) ingvinalnih hernioplastika je urađeno po Lichtenstein metodi. 16 (84,21%) femoralnih hernioplastika je urađeno po Rives metodi. Resekcija creva kod uklještenih kila je urađena kod 1 od 13 (7,69%) ingvinalnih i kod 3 od 6 (50,0%) femoralnih kila ($\chi^2=19,43$; $p<0,001$).

ZAKLJUČAK: Hernije preponske regije su češće kod muškaraca. Kod oba pola su ingvinalne hernije češće od femoralnih. Ingvinalne i femoralne kile su češće sa desne strane. Najčešće su indirektne ingvinalne kile. Operacija se najčešće izvodi u opštoj anesteziji. Dominantno se koriste bestenzione tehnike sa sintetskom mrežicom veličine 6cm x 11cm. Ingvinalne kile se dominantno operišu Lichtenstein metodom, a femoralne Rives metodom. Uklještene ingvinalne kile su retke, dok su uklještene femoralne češće i kod njih se češće radi resekcija creva.

KLJUČNE REČI: Ingvinalna hernija; Femoralna hernija; Reparacija

E-mail: davidovicvladimir@yahoo.com

INDEKS AUTORA

Adamović Z.	63	Jelenković Z.	63
Aleksić A.	68,74	Joksimović Z.	8,9,10
Aleksić Ž.	68	Jovanović K.	27,34
Andjelković Matić M.	31	Jovanović Lj.	71
Antonijević S.	28	Jovanović M.	23,43
		Jovanović Z.	30
		Jović M.	64
Bastać D.	11,21,36,37		
Bogdanović G.	29,32	Kavarić N.	38,43
Bogoslović M.	73,75	Kitanović M.	32
Bojčić A.	67	Klisić A.	38,43,59
Bojović K.	23	Konstantinović N.	39,70
		Kotur-Stevuljević J.	38
Cokić B.	46,62	Krkić M.	68
		Krstajić Lj.	59
Ćirić D.	75	Krstić M.	44
Ćirić I.	47		
Ćirić Z.	29	Lekovski V.	29
		Lukić I.	39,64
Čolović R.	14		
		Mandić N.	35
Davidović V.	76	Manić S.	68
Delić D.		Marić M.	44
Delić M.	42,44	Marinković Ž.	70
Dugalić P.		Marjanović V.	32
		Marković K.	44
Đorđević M.	41	Marojević G.	60
Đorđević M.	72,73	Marušić P.	60
Đorđević S.	62	Matić I.	31
Đorđević Spasić M.	23	Mickovski Katalina N.	50,51
Đorđević-Lalošević V.	41	Miladinov B.	76
Đukić S.	39,70	Miletić E.	75
		Miljković M.	31
Elek S.	64	Miljuš D.	49,50,51,54,
		55,56,57,58	
Filipović M.	48	Milošević Lj.	27,34
		Milošević Lj.	71
Gojić S.	67	Milošević J.	68
		Milovanović L.	35
Hadžić D.	59	Mišić J.	72,73
Hadži-Tanović V.	7,20	Mitić D.	62
Ignjatov N.	60,61	Mitić K.	67
Ivančević V.	60	Mitović T.	74
Ivelja B.	43	Mitrović D.	73,75
Ivelja B.	59	Mladenović D.	63,64
		Mladenović M.	73,75
Jakovljević M.	38	Momčilović V.	32
Jakovljević M.	75	Mustur D.	42,44
Janković D.	65		
Janković M.	65	Najdanović Mandić V.	47,74
Jelenković B.	69	Nešković M.	62

Nikolić M.	40	Stanković D.	28
Okiljević A.	65	Stanković S.	25
Okiljević Z.	65	Stefanović A.	73
Ožegović J.	43	Stevanović V.	48
Panajotović Lj.		Stevović D.	60
Pašić Z.	43	Stojanović I.	63,64
Paspalj D.	43	Stojković D.	33
Paunković Dž.	38	Stojković Ivković M.	70
Paunković N.	38	Stošić B.	28
Paunović A.	28	Škerović V.	43
Paunović I.	15	Tadić N.	60
Paunović T.	42	Tasić M.	73,75
Pešić Beštić R.	43	Tirmenštajn Janković B.	37
Pešić Prokić M.	43	Tošić S.	47
Plavšić S.	50,51	Ugrinić-Sklopić B.	46
Protić M.	71	Velić B.	71
Pupović E.	45	Veselinović A.	67
Pupović S.	45	Vešović N.	33
Radmilović J.	67	Vrbić M.	23
Radojević V.	63	Vučić D.	42,44
Radosavljević J.	47	Vukađinović G.	46
Radosavljević J.	75	Vukašinović B.	66
Radovanović O.	47	Vušurović N.	43,59
Rakočević I.	50,51	Zdravković G.	51,52
Rangelov N.	30	Zec R.	7
Repac V.	39,64	Zlatković M.	51
Ristić N.	62	Žikić R.	63
Rudić N.		Žikić S.	37
Simić Lj.	75	Živanović M.	37
Sjeničić M.	50,51,54,55,56	Živković N.	64
57		Živković Perišić S.	49,58
Smiljanić Z.	35	Živković S.	50,51
Soldatović I.	38		
Stanimirov B.	39		

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 prilozii 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>