

**XXXI
TIMOČKI MEDICINSKI DANI
ZBORNİK SAŽETAKA**

**Zaječar
17-19. maj 2012.**

TIMOČKI MEDICINSKI GLASNIK

GLAVNI I ODGOVORNI UREDNIK
dr Emil Vlajić

**POMOĆNICI GLAVNOG I ODGOVORNOG
UREDNIKA**

Prim Dr sci med Željka Aleksić
dr Miljan Jović

ČLANOVI UREDNIŠTVA TMG

dr Borislav Miletić
dr Tanja Janković
dr Saška Milisavljević

ČLANOVI UREĐIVAČKOG ODBORA

Dr sci med Slađana Anđelić
Doc dr Goran Bjelaković
Prof. dr Vidojko Đorđević
Prof. dr Slobodan Ilić
Doc dr Vladimir Jakovljević
Prof. dr Biljana Kocić
Prof. dr Zoran Krstić
Prof. dr Lazar Lepšanović
Prof. dr Branko Lović
Prof. dr Dragan Micić
Prof. dr Nebojša Paunković
Prof. dr Žarko Ranković
Asist. dr Bojana Stamenković
Mr sci med Vesna Živojinović

SEKRETAR

Verica Radenković

LEKTORI

Srpski jezik: Ljubiša Rajković, profesor
Engleski jezik: Nataša Arandelović, profesor

Časopis izlazi četiri puta godišnje.

Mišljenjem Republičkog sekretarijata za kulturu broj 413-982/76-02a od 5. novembra 1976. godine da je publikacija iz oblasti stručne literature, oslobađa se plaćanja poreza na promet.

VLASNIK I IZDAVAČ

Srpsko lekarsko društvo, podružnica Zaječar

ADRESA REDAKCIJE

Timočki medicinski glasnik
Zdravstveni centar Zaječar
Rasadnička bb
19000 Zaječar

ADRESA ELEKTRONSKE POŠTE (E-MAIL)

tmglasnik@gmail.com

WEB ADRESA

www.tmg.org.rs

TEKUĆI RAČUN

(Srpsko lekarsko društvo, podružnica Zaječar)
205-59982-77

ŠTAMPA

Kairos, Zaječar

TIRAŽ

500 primeraka

CIP – Katalogizacija u publikaciji
Narodna biblioteka Srbije, Beograd

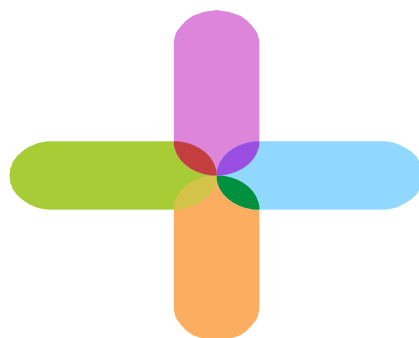
61

TIMOČKI medicinski glasnik / odgovorni urednik Nebojša Paunković; glavni urednik Emil Vlajić. – God 1, (1976) -
Zaječar : Podružnica Srpskog lekarskog društva u Zaječaru, 1976- (Zaječar : Kairos). – 30 cm
Dostupno i na <http://www.tmg.org.yu>. –
Tromesečno

ISSN 0350-2899 = Timočki medicinski glasnik
COBISS.SR-ID 5508610

SPONZORI

PHARMANOVA



Hemofarm

član STADA grupe



PharmaSwiss

Choose More Life

Lundbeck



TJMOČKI MEDICINSKI GLASNIK

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*

SATELITSKI SIMPOZIJUM HITNA STANJA U SVAKODNEVNOM RADU, 17. 05. 2012. Zaječar

PREVIDI U ZBRINJAVANJU TEŠKO POVREĐENIH

Prof. dr Ana Šijački

MEDICINSKI FAKULTET U BEOGRADU, KLINIČKI CENTAR SRBIJE

Mnogi psiholozi bavili su se prirodom nastajanja ljudske greške u zanimanjima koja podrazumevaju hitne situacije; tako su Rasmussen i Jensen definisali tri oblasti nastajanja greške u hitnim situacijama: greške u tehnici, greške u praćenju protokola i procedura i greške nastale zbog insuficijentnih znanja. U domenu previđanja povreda, greške uglavnom nastaju zbog nedovoljnih znanja i nedoslednog praćenja protokola i procedura.

Ljudske greške u ovoj oblasti češće nastaju zbog sistemskih nedostataka (neadekvatno obrazovanje, oprema koja je nedostupna ili komplikovana za upotrebu, strah i neodlučnost na nivou individualnog odlučivanja) nego zbog nemara i neetičnog ponašanja.

Previđene povrede su one povrede koje nisu dijagnostikovane u prvih 48-72 sata od prijema, odnosno u fazi stabilizacije povređenog pacijenta. To su obično povrede na koje se nije mislilo. Prema tome, tema previđenih povreda i grešaka u zbrinjavanju i lečenju teško povređenih po definiciji predstavlja diskusiju o potencijalnim greškama članova tima koji zbrinjavaju pacijenta ili zakazivanju adekvatne nege, znači o ljudskim greškama. Previđenim povredama ne smatraju se one povrede koje su namerno ostavljene za kasniju dijagnostiku da bi se najpre stabilizovale vitalne funkcije i uradile neophodne intervencije koje se ne mogu odlagati. Ovo podrazumeva nastavak dijagnostike, što se nekada ne uradi! Po analizi SZO u zapadnoj Evropi smrtnost od povređivanja je oko 9% svih povređenih. U istočnim zemljama ovaj broj je 3-6 puta veći! Podaci o učestalosti previđenih povreda variraju, u referentnoj literaturi navodi se da je procenat ovakvih povreda i grešaka u zbrinjavanju 8-29%. Treba napomenuti da je ovo tema o kojoj se nerado govori, te da je broj publikacija mali.

Greške nastaju zbog partikularnog razmatranja fascinirajuće povrede ili stanja, koje, međutim, ne mora biti vodeći uzrok ugroženosti pacijenta (na primer bavljenje stanjem svesti, koje je promenjeno zbog iskrvavljenosti). Zatim, neiskustvo lekara koji se bavi teško povređenim nekada dovodi do toga da mu je nemoguće da zamisli najgori mogući scenario i organizuje dijagnostičko - terapijske postupke po njemu, a ne po scenariju koji podrazumeva lakše povrede. Nesigurnost u sebe i/ili kliničko neiskustvo nekada dovode do situacije u kojoj trauma – hirurrg više veruje snimku ili laboratorijskom nego kliničkom nalazu (CT je dobar, nemoguće da postoji intraabdominalno krvarenje; krvna slika je dobra, nemoguće je da je tenzija tako niska itd.). Loša komunikacija i fragmentacija u procesu zbrinjavanja (ortoped – ortopedске povrede, neurohirurrg povrede glave i vrata itd) takođe vode ka greškama.

"Etiketiranje" pacijenata po dijagnozi sužava razmišljanje o mogućim povredama; na primer: "ubodna rana desne nadlaktice" često zadovolji dijagnostičku radoznalost iako možda postoji i neka druga povreda.

Razvijeni trauma – sistemi, kao i veliki trauma centri nisu zavisni od odluke jednog trauma-hirurrga ili čak ni jednog trauma.tima, već imaju razvijen multidisciplinarni pristup, tako da sam sistem štiti pacijenta a i hirurrga od grešaka.

Greške u prepoznavanju šoka

Pregled pacijenta sa potencijalno teškom traumom prilikom prijema obično je skopčan sa nedostatkom vremena i sa presijom od strane drugih specijalista, porodice, medija... Ovakva situacija zahteva ne samo medicinsko znanje, već i izvesno životno iskustvo, hladnokrvnost i mogućnost odupiranja uticajima ljudi iz različitih oblasti i usredsređenosti isključivo na pacijenta i njegovo sveukupno stanje. Iako svi članovi trauma-tima imaju direkciju o značaju i mogućnosti pojave hemoragijskog šoka, kompenzatorna faza šoka, praćena normotenzijom može da pruži lažnu sliku hemodinamske stabilnosti ili uspešne nadoknade. Klinička pojava hemodinamske nestabilnosti često je znak nastupanja III faze hemoragijskog šoka, kada već postoji gubitak od oko 30% - 40% volumena. U ovoj fazi je oksigenacija tkiva već neadekvatna i promenjen je mentalni status. Treba naglasiti da kod teških povreda CNS ovo stanje hipoperfuzije pogoršava stanje povređenog i bitno dovodi u pitanje povoljan ishod lečenja.

Očuvano stanje svesti često navede trauma – hirurga na pogrešan zaključak da je pacijent „Stabilan“. Treba imati u vidu da mladi, zdravi ljudi mog da podnesu enorman pad tenzije sa očuvanim stanjem svesti, naročito ako hipotenzija nije nastupila naglo. Kod ovih pacijenata klinički „sлом“ izazvan hemoragijskim šokom nastaje naglo i može biti ireverzibilan.

Tumačenje vrednosti arterijske tenzije mora da uključi sledeće razmatranje: zbog nastanka traume dolazi do oslobađanja velike količine stimulativnih materija (hormona), a i sam bol dovodi do značajnog povišenja arterijske tenzije. Zbog toga „idealna“ vrednost od 120/70 mmHg može biti, zapravo, vrlo niska kod pacijenta sa teškom multiplom traumom.

Greške u pristupu abdomenu i karlici

Abdomen je u traumi obično "crna kutija". Preglea abdomena je u svim protokolima za traumatu jedna od vodećih procedura, ali nekada se zanemari ili izvođenje pregleda ili čak tumačenje pozitivnog rezultata! Po nekim autorima greške u pregledu i evaluaciji stanja intraabdominalnih organa i nedostatak adekvatnog reagovanja na dijagnostikovane povrede su najčešće u zbrinjavanju povređenih sa multiplom traumom.

Odavno je široko prihvaćeno da povrede karlice izazivaju klinički značajno krvavljenje. Međutim, i pored toga, ne pridaje se dovoljno značaja povredama karlice, kao i njihovom adekvatnom zbrinjavanju (strogo mirovanje, spoljašnja fiksacija...).

Okultne povrede grudnog koša: tamponada i naglo krvavljenje

Rana nadoknada predstavlja uvod u scenario neprepoznavanja tamponade srca. Tamponada srca obično odgovara na relativno mali nadoknadni volumen, stvarajući lažni utisak da je uzrok hipotenzije hipovolemija. Podizanje krvnog pritiska je brzo, ali privremeno. Imobilizator vratne kičme obično se ne skine da bi se proverilo stanje vena vrata, a u ovoj, početnoj fazi lečenja ne postoji ni monitoring centralnog venskog pritiska. Ovo vodi ka kobnom previdanju tamponade srca. Stoga bi, u standardne dijagnostičke postupke, kao i ultrazvučni pregled abdomena, trebalo uneti i protokolarni ultrazvučni pregled perikarda i miokarda, u smislu prepoznavanja tamponade srca. Torakalna povreda u ranoj fazi može ostati neprepoznata zbog neadekvatnog snimka i/ili njegovog neadekvatnog tumačenja. Osim toga, na snimku grudnog koša se obično najdetaljnije posmatraju koštane i strukture koje sadrže vazduh, što može dovesti do previdanja povreda aorte. Nekada je u ranoj fazi teško uraditi dijagnostiku stanja grudne aorte (AP snimci u položaju na leđima, transportna daska) delimično onemogućavaju pravilnu interpretaciju snimka. Razmatranje mehanizma povrede (akceleracija/deceleracija), prateće povrede (fraktura prvog rebra ili skapule, unutrašnja luksacija klavikule), ponavljanje neadekvatnih snimaka i CT kad god postoji i najmanja sumnja na povredu aorte minimiziraju mogućnost greške. Hematoraks se lako uočava na snimku; treba, pak, imati u vidu da njegova veličina obično nije definitivna na prvom snimku i razmatrati uvek grudni koš u sklopu razmatranja nastanka hemoragijskog šoka.

Vrlo mladi, vrlo stari, imunodeficientni, trudnice – osobe sa specijalnim potrebama u lečenju traume

Kod male deca, naročito odojčadi i one do tri godine starosti, treba imati u vidu anatomske i razvojne specifičnosti. Tako, na primer, zbog elastičnosti rebra ne mora postojati fraktura, što navodi na pogrešan zaključak da ne postoji ozbiljna povreda grudnog koša. Međutim, na mestu povrede, koja nije rezultirala povredom kostiju, može se nalaziti značajno kontuziono žarište na plućima, koje bi kod odraslih podrazumevalofrakturu rebra. Treba takođe imati u vidu da se nadoknada kod male dece izvodi po specijalnim protokolima i formulama, da je mogućnost komunikacije minimizirana i da su deca skloma brzom nastanku hipotermije.

Kod starih osoba postoji čitav niz zamki u dijagnostici, pa prema tome i mogućnosti previdanja povreda. Na primer, zbog uzimanja beta – blokatora ili postojanja pace maker-a redukovana je tahikardija kao reakcija na

hipovolemiju. Uzimanje u obzir ove činjenice može sprečiti kobno tumačenje hemodinamske stabilnosti u svetlosti normalnog broja otkucaja u jedinici vremena. Takođe treba imati na umu da većina starijih osoba ima hipertenziju te da su „normalne“ vrednosti arterijske tenzije, zapravo, hipotenzija.

Greške i previđanje povreda nastaju iz više razloga, od kojih su osnovni:

- Nedostupnost i visoka cena pojedinih dijagnostičkih procedura
- Nerazvijenost i mali kapaciteti trauma sistema
- Nedostatak organizacije
- Nedostatak i nepridržavanje protokola
- Improvizacija
- Nefunkcionalnost stečenih znanja
- Nedostatak paramedicinskog kadra

Osnovne greške koje čini trauma- tim su uglavnom:

- Neiskustvo lekara i osoblja
- Nemar
- Loša komunikacija
- Nepotpuni anamnestički podaci
- Nepotpuna istorija bolesti
- Loše interpretirani RTG nalazi
- Nije tražen snimak određene regije
- Prijem na pogrešno odeljenje
- Otpust pre završene kompletne dijagnostike

Kada se razmatra previđanje povreda po regionima tela i organskim sistemima, alarmantan je podatak da se povrede vratne kičme previđaju 3 puta više nego povrede ostalih delova kičmenog stuba! Na sreću, većina ovih povreda nisu takvog stepena da bi dovele do fatalnog ishoda ili većeg stepena invaliditeta, ali je njihovo lečenje kasnije daleko zahtevnije i sa lošijim ishodom. Ovi previdi najčešće nastaju kod nesvesnih i/ili intoksiciranih pacijenata, kao i kod onih koji su, suprotno navedenim grupacijama, u dobrom opštem stanju i nemaju teške povrede ostalih organskih sistema, na bazi čega se zaključuje da ne postoji povreda vratne kičme. Dakle, o nepostojanju povreda vratne kičme ne treba ZAKLJUČIVATI, nego ga treba DOKAZATI.

- Težak pacijent sa dominantnom povredom glave i CNS
- Stabilan pacijent
- Teže je uraditi profilni snimak
- Superponiranje torakalne kičme sa kontuzionim žarištem pluća, tubusom, torakalnim drenom, N-G sondom na snimku.

Kada se razmatra povreda grudnog koša, obično se nema u vidu da prvi RTG “ne vidi” 30% fraktura rebara bez dislokacije i kada je snimak korektan

Na snimcima su često “otsečena” gornja i/ili donja rebra, što vodi u dalje previđanje povreda (vratna kičma, dijafragma, abdomen).

Kod evaluacije povreda grudnog koša uvek treba imati u vidu da kod frakture rebara UVEK postoji kontuziono žarište na plućima, čak i ako se ono ne vidi na prvom snimku. Kada postoji fraktura tri ili više rebara, ovo žarište je verovatno značajno i može dovesti do nekog stepena respiratornog distresa, te takvog pacijenta treba hospitalizovati.

Fisure sternuma se često previđaju jer se ne uradi profilni snimak. Povrede sternuma su sumnjive na druge teške povrede!

Kontuzija miokarda je često previđena povreda ako nije dovela do smrtnog ishoda na terenu. Javlja se najčešće zbog udarca volana ili zatezanja sigurnosnog pojasa. Ne mora postojati povreda sternuma! Zato je neophodno znati što više detalja o mehanizmu povrede.

Na povredu jednjaka treba posumnjati zbog mehanizma povrede. Previđene, ove povrede mogu imati fatalan ishod zbog sledstvenog medijastinitisa. Kod dijagnostike (skopija sa davanjem hidrosolubnog kontrasta, nikako

barijuma!) voditi računa o dubini N-G sonde prilikom snimanja. Duboko postavljena sonda ne dozvoljava izlivanje kontrasta kroz otvor koji se nalazi proksimalno!

Najčešći uzroci previđanja abdominalnih povreda su: neiskustvo hirurga, nemar, prerano otpuštanje, nemogućnost dijagnostike, loša operativna eksploracija, postojanje atezija.

Mora se, međutim primetiti da se povrede abdomena relativno retko previđaju, ako postoji intraabdominalno krvarenje većeg intenziteta zbog povrede parenhimatoznih organa (oko 2%). Kod povreda šupljih organa ili krvarenja slabijeg intenziteta broj previđenih povreda raste na oko 29%. U abdomenu se najčešće previđaju povrede: retroperitoneuma, pankreasa, mezenterijuma, šupljih organa, rektuma, hematomi parenhimskih organa.

Povrede dijafragme se relativno često previđaju, naročito ako je otvor na dijafragmi mali. Delimičan razlog je i to što standardne dijagnostičke metode, pa čak ni CT nisu sasvim dostatne za dijagnostiku ovih povreda, naročito ako ne postoji dislokacija organa. U literaturi se navode različiti podaci o stepenu previđanja ovih povreda, od 0,8-8% pa sve do 15-59%. Češće se previđaju povrede desne hemidijafragme. Srednje vreme previđanja je 10 dana; povrede se uglavnom previđaju u periodu 3dana do godinu dana. Oko 30% povreda dijafragme ne dijagnostikuje se na vreme! Najbolja metoda dijagnostike dijafragmalnih povreda je torakoskopija i VATS (videoasistirana torakoskopija).

Previđene povrede nose ozbiljan rizik po pacijenta i imaju veliki forenzički značaj, pa je ovo tema kojoj bi trebalo posvetiti više mesta u diskusijama u stručnoj javnosti.

LITERATURA

1. Brooks A, Holroyd B, Riley B, (2004) Missed injury in major trauma patients. *Injury* 35: 407–410
2. Janjua KJ, Sugrue M, Deane SA, (1998) Prospective evaluation of early missed injuries and the role of tertiary trauma survey. *J Trauma* 44: 1000–1006
3. Soundappan SV, Holland AJ, Cass DT, (2004) Role of an extended tertiary survey in detecting missed injuries in children. *J Trauma* 57: 114–118
4. Enderson BL, Reath DB, Meadors J, et al (1990) The tertiary trauma survey: a prospective study of missed injury. *J Trauma* 30: 666–669
5. American College of Surgeons (1997) Committee on trauma: advanced trauma life support, 6th edn. American College of Surgeons, Chicago
6. Williams BG, Hlaing T, Aaland MO. Ten-year retrospective study of delayed diagnosis of injury in pediatric trauma patients at a level II trauma center.
7. Aaland MO, Smith MD. 1996. Delayed diagnosis in a rural trauma center. *Surgery* 120: 774-779.
8. Stephan PJ, McCarley MC, O'Keefe GE, Minei JP. 2002. 23 hour observation solely for identification of missed injuries after trauma: is it justified? *J Trauma-Injury Infect Crit Care* 53(5): 895-900.
9. Houshian S, Larsen MS, Holm C. 2002. Missed injuries in a level I trauma center. *J Trauma* 52(4): 715-719.
10. Born CT, Ross SE, Iannacone WM, Schwab W, DeLong WG. 1989. Delayed identification of skeletal injury in multi-system trauma: the missed fracture. *J Trauma* 29(12): 1643-1646.
11. . Missed injury in major trauma patients. *Injury*, Vol. 35, Iss. 4, 2004; 407-410

AKUTNA ADRENALNA INSUFICIJENCIJA KOD DECE

Dr sci. med Tatjana Milenković

INSTITUT ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU MAJKE I DETETA SRBIJE "DR VUKAN ČUPIĆ" BEOGRAD

Akutna adrenalna insuficijencija je relativno redak poremećaj zdravlja kod dece i adolescenata. Simptomi i znaci su često nespecifični zbog čega se dijagnoza retko postavlja na vreme. Ako ostane neprepoznata, akutna adrenalna kriza može dovesti do smrtnog ishoda. Adrenalnu krizu je teško izbeći kod odojčadi i male dece za koju se prethodno nije znalo da imaju obolenje koje prouzrokuje insuficijenciju kore nadbubrežnih žlezda, već je adrenalna kriza praktično prvo teže ispoljavanje bolesti. Međutim, akutna adrenalna kriza se registruje i kod dece za koju se zna da imaju primarnu ili sekundarnu insuficijenciju kore nadbubrežnih žlezda, najčešće zbog neadekvatne glikokortikoidne terapije tokom interkurentnih infekcija. Da bi se akutna adrenalna kriza predupredila ili barem prepoznala što ranije, neophodna je kontinuirana edukacija pedijatara i pedijatrijskih sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kao i roditelja dece koja imaju insuficijenciju kore nadbubrežnih žlezda.

LITERATURA

1. Shulman DI, Palmert MR, Kemp SF. Adrenal insufficiency: still a cause of morbidity and death in childhood. *Pediatrics* 2007; 119:e484-94.

- Grosse SD, Van Vilet G. How many deaths can be prevented by newborn screening for congenital adrenal hyperplasia? *Horm Res* 2007; 67:284-91.
- Speise PW. Pediatric adrenal insufficiency (Addison disease), treatment & management. Preuzeto sa sajta: www.emedicine.medscape.com 8.1.2012. godine
- Zdravković D, Milenković T, Todorović S. Endokrini poremećaji koji ugrožavaju život u detinjstvu i adolescenciji. *Problemi u pedijatriji* 2009, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 2010; 109-27.
- Sim PJ, McDonnell CM, Yacharin MR. Primary adrenal insufficiency in childhood and adolescence: advances in diagnosis and management. *J Pediatr Child Health* 2004; 40:596-9.

AKUTNA TROVANJA KOD DECE

Ass. mr sci Maja Dorđević

INSTITUT ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU MAJKE I DETETA SRBIJE "DR VUKAN ČUPIĆ", BEOGRAD

Trovanja kod dece su češća nego kod odraslih. Preko 50% ukupnog broja trovanja, računajući i odrasle osobe, dešavaju se kod dece uzrasta od jedne do pet godina, a najveća učestalost je između 18 meseci i 3 godine. Kod većine odojčadi i male dece trovanja su zadesna, uzrokovana su lekovima koje koriste članovi domaćinstva, ređe su posledica zlostavljanja i gotovo uvek se dešavaju u kućnim uslovima. Kod starijih, posebno u drugoj deceniji života, trovanja su većinom namerna, sa ciljom suicida, a najčešća su trovanja alkoholom, benzodiazepinima, drugim sedativima i opijatima. U lečenju svih trovanja, bez obzira koji je uzročnik, prva pomoć podrazumeva obezbeđivanje disajnih puteva, disajnih pokreta i cirkulacije (tzv. ABC protokol). Gastrična lavaža se i danas u našoj sredini, pored obavezne pored primene aktivnog medicinskog uglja, primenjuje u cilju odstranjivanja potencijalnog otrova prvih nekoliko sati nakon ingestije. Gastrična lavaža i izazivanje povraćanja je apsolutno kontraindikovano kod trovanja korozivnim sredstvima. Mali je broj trovanja kod kojih postoji antidot, a najveća je greška ne primeniti ga kada postoji makar i sumnja na određeno trovanje. Treba imati u vidu da nijedan antidot ne može da izazove izrazito teške neželjene posledice po zdravlje deteta u odnosu na posledice koje mogu nastati usled izostanka primene antidota.

LITERATURA

- Lorraine TB, Dreisbach RH. *Dreisbach's Handbook Of Poisoning: Prevention, Diagnosis And Treatment*. 13th ed. London: Parthenon Publishing; 2003.
- Markowitz. Lead poisoning. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 18th ed. Philadelphia: Saunders; 2007. p. 2913-8.
- Tenenbien M. Toxic ingestions and exposure. In: Rudolph AM, Rudolph CD, editors. *Rudolph Pediatrics*, 21th ed. New York: Mc Graw-Hill; 2003. p. 354-78.

AKUTNA TROVANJA LEKOVIMA

Prof. dr Vesna Kilibarda

VOJNOMEDICINSKA AKADEMIJA, CENTAR ZA KONTROLU TROVANJA, ODELJENJE ZA TOKSIKOLOŠKU HEMIJU

U Odeljenju za toksikološku hemiju, Nacionalnog Centra za kontrolu trovanja, VMA godišnje se obavi oko dvadeset hiljada analiza. Najčešća su trovanja lekovima. Kliničkih toksikološko-hemijskih analiza u proseku ima 40% u odnosu na ukupan broj analiza koje se obave u Odeljenju godišnje. Pre svega, najveći broj analiza odnosi se na određivanje koncentracije lekova otrovanih bolesnika (gotovo 80%) svih trovanja, sadržaj alkohola u krvi, ili manji deo na pesticide. Kontrola zloupotrebe na psihoaktivne supstance u urinu takođe čini značajan broj analiza koji je neprekidno u porastu

Od svih trovanja lekovima, trovanja benzodiazepinima su na vodećem mestu. Zavisno od toga da li su se bolesnici otrovali samo jednim benzodiazepinom ili su ova trovanja kombinovana sa drugim lekovima, sredstvima zloupotrebe ili alkoholom zavisi i težina kliničke slike. Uneta visoka doza, dugo vreme proteklo od trovanja do pružanja medicinske pomoći, loše opšte zdravstveno stanje bolesnika mogu dodatno da usporavaju lečenje. Od svih benzodiazepina, registrovanih u našoj zemlji, najčešća su trovanja diazepamom, bromazepamom i lorazepamom. Problem izmenjene biotransformacije diazepamom u slučajevima akutnog unošenja visokih doza leka predstavlja takođe problem.

Rezultati naših analiza pokazali da su kod bolesnika akutno otrovanih diazepamom, koji nisu ranije lečeni benzodiazepinima postojale značajne promene u odnosima između metabolita i samog leka. U svim grupama,

posmatranim u odnosu na stanje svesti, postojalo je značajno povećanje metabolita N-dezmetildiazepamom što ukazuje na povećanu aktivnost izoenzima CYP3A4. U grupi bolesnika otrovanih diazepamom u kombinaciji sa alkoholom, u toku prva 3 h od trovanja do hospitalizacije značajno je izmenjen odnos metabolita u poređenju sa grupama otrovanim samo diazepamom. Nalažene su letalne koncentracije metabolite oksazepamom koje nisu bile u korelaciji sa stanjem svesti. S obzirom na činjenicu da diazepam i etanol potenciraju aktivnost GABA(A)-e i utiču na stanje svesti ovde je verovatno reč o razvijenoj toleranciji. Poznato je da alkohol usporava metabolizam diazepamom i da može povećati nivo diazepamom za oko 30% na račun metabolita. On indukuje CYP2E1, ali nije poznato njegovo delovanje na enzime koji učestvuju u metabolizmu diazepamom.

Odnos diazepamom i metabolita u grupi bolesnika koji su otrovani diazepamom u kombinaciji sa drugim lekovima razlikuje se od odnosa koji je postojao kod trovanja samo diazepamom. Utvrđeno je da, u toku prva 3 h od trovanja do hospitalizacije, oksazepamom ima oko 3 – 4 puta više od diazepamom, dok je odnos diazepamom i N-dezmetildiazepamom nepromenjen. Više koncentracije oksazepamom bi ukazivale na izraženiju aktivnost CYP2C19 u odnosu na CYP3A4, ili mogućnost još nekog puta metabolizma diazepamom kada se on unosi u toksičnim dozama u kombinaciji sa drugim lekovima. Lekovi iz grupe psihofarmaka uglavnom potenciraju metabolizam diazepamom, jer kao supstrati predstavljaju induktore izoforme CYP3A4. U ovoj grupi bolesnika bilo je najviše trovanja u kojima dominira teška klinička slika. Trovanja su bila kombinovana sa drugim benzodiazepinima, opijatima, tricikličnim antidepresivima i barbituratima. Uprkos činjenici da ovi lekovi ubrzavaju metabolizam diazepamom, kod bolesnika koji su bili u komi koncentracije diazepamom su bile najviše (u granicama toksičnih), dok je odnos metabolita bio sličan kao posle terapijske primene. Ovo bi se moglo objasniti činjenicom da unošenjem visokih doza diazepamom jetra nije u stanju da preradi svu količinu leka, tako da su se i posle 6 – 10 h od trovanja mogle naći visoke koncentracije diazepamom.

LITERATURA

1. Tanaka E, Toxicological interactions between alcohol and benzodiazepines, *J Toxicol Clin Toxicol*, 2002, 40 (1), 69-75
2. Drummer OH, Ranson DL, Sudden death and benzodiazepines. *Am J Forensic Med Phatol*, 1996, 17(4): 336-42
3. Molina DK, Handbook of forensic toxicology for medical examiners, London CRC Press, 2010: 19-305
4. Jones AW, Kugelberg FC, Holmgren A, Ahler J, Five - years update on the occurrence of alcohol and other drugs in blood samples from drivers killed in road traffic crashes in Sweden, *Forensic Sci Int*, 2009, 186 (1-3), 56-62
5. Clarke's Analysis of drugs and poisons, fourth edition. London: The pharmaceutical press, 2011.

ULOGA SALIVE U PRAĆENJU KONCENTRACIJA ANTIEPILEPTIKA U BOLESNIKA NA TERAPIJI I U AKUTNIM TROVANJIMA OVIM LEKOVIMA

Snežana Đorđević

VOJNOMEDICINSKA AKADEMIJA, CENTAR ZA KONTROLU TROVANJA,

Sažetak: Praćenje koncentracije antiepileptika je veoma važno zbog njihove male terapijske širine. Kada se određuje koncentracija lekova, analiza biološkog materijala vrši se pre svega iz seruma. Međutim, poslednjih godina postoji veliko interesovanje za primenu salive u praćenju terapijskih koncentracija leka. Brojna istraživanja sugerišu da se saliva može koristiti kao alternativna biološka tečnost za praćenje antikonvulziva. Poznato je da koncentracija leka u salivi odražava koncentraciju nevezanog i nejonizovanog leka u krvi koja je odgovorna za farmakološke efekte.

Rezultati istraživanja vršenih poslednjih godina pokazali su da postoji dobra korelacija koncentracija karbamazepina u salivi i serumu. U akutnim trovanjima odnos koncentracija leka u salivi i serumu statistički se ne razlikuje značajno od ekvivalentnog odnosa nakon terapijske primene. Međutim, ovaj odnos je ipak veći nego nakon terapijske primene, jer u akutnim trovanjima usled unosa toksičnih doza dolazi do zasićenja slobodnih mesta za vezivanje karbamazepina na proteine, što dovodi do porasta slobodne frakcije, a samim tim i frakcije leka koji difunduje u salivu.

Praćenjem odnosa koncentracija u salivi i serumu za lamotrigin pokazuju da i ovde postoji dobra korelacija, ali i da postoje interindividualne razlike među pacijentima.

Na osnovu ovih podataka može se zaključiti da se saliva može primeniti kao alternativni matriks za praćenje terapijskih koncentracija ispitivanih antiepileptika. Takođe, moguće je ekstrapolisati dobijene rezultate u salivi na realne koncentracije leka u serumu primenom odgovarajućih matematičkih jednačina.

UVOD

Kada se određuje koncentracija lekova, analiza biološkog materijala vrši se pre svega iz seruma. Međutim, poslednjih godina postoji veliko interesovanje za primenu salive u praćenju terapijskih koncentracija leka. Brojna istraživanja sugerišu da se saliva može koristiti kao alternativna biološka tečnost za praćenje antikonvulziva. Ne samo da je dobijanje uzorka salive jednostavnije i komfornije za bolesnika, već, što je još značajnije, postoji dobra korelacija koncentracija leka u salivi i krvi kod većine primenjivanih antiepileptika. Ovi podaci su od izuzetnog značaja kada su u pitanju pedijatrijski bolesnici i novorođenčad, pošto je uzorkovanje salive jednostavno, neinvazivno, bezbolno i šteti krv.

Tehnike koje koriste salivu kao uzorak postale su veoma važne u analitici lekova. Zbog toga što je lako dostupna i što se lako sakuplja, saliva pokazuje mnoge prednosti u odnosu na standardne biološke tečnosti kao što su krv i urin. Usled porasta interesovanja za neinvazivne tehnike, saliva je našla veliku primenu u analitici lekova i terapijskom i toksikološkom monitoringu. Poznato je da koncentracija leka u salivi odražava koncentraciju nezvezanog i nejonizovanog leka u krvi koja je odgovorna za farmakološke efekte. To znači da koncentracija leka u salivi bolje korelira sa farmakološkim i toksikološkim efektima koje lek ispoljava na organizam [1].

S obzirom na to da pljuvačne žlezde imaju visok stepen perfuzije, lek brzo prelazi iz krvi u salivu. Transport lekova i metabolita se vrši uglavnom pasivnom difuzijom u smeru koncentracionog gradijenta bez utroška energije i zavisi od mnogobrojnih faktora (hemijska svojstva leka, stepen jonizacije, vezivanje za proteine plazme, karakteristike membrane, pH salive) [2].

Određivanje koncentracije lekova u salivi ima mnoge prednosti od kojih je osnovna neinvazivan način sakupljanja salive. Za određivanje koncentracije lekova koristi se glandularna saliva koja se dobija pomoću kolektora ili kateterizacijom i mešana (cela) saliva, nestimulisana ili stimulisana (za stimulaciju lučenja pljuvačke koriste se žvakaća guma, limunska kiselina, vitamin C i sl.) [3,4].

Najčešće propisivani antiepileptici u našoj zemlji poslednjih godina su karbamazepin i lamotrigin.

Karbamazepin je lek koji se primenjuje kao antiepileptik i psihotropni lek. Kao antikonvulziv u kliničku praksu SAD je uveden još 1974. Koristi se u lečenju epilepsije i to generalizovanih tonično-kloničnih konvulzija (grand mal) i parcijalnih (fokalnih) pražnjenja. Karbamazepin se primenjuje i u lečenju trigeminalnih i glosofaringealnih neuralgija i manično-depresivnih bolesti koje ne reaguju na primenu litijuma [5].

U lečenju epilepsije doziranje karbamazepina treba podesiti prema potrebama svakog pacijenta. Zbog toga je neophodno praćenje njegovih koncentracija u krvi. Terapijske plazma koncentracije se kreću u rasponu od 4 do 11 mg/L. Ukupna dnevna doza treba da bude podeljena na tri ili četiri doze. U lečenju epilepsije inicijalna oralna doza je 200 mg dnevno i povećava se za 200 mg nedeljno dok se ne postigne željeno dejstvo. Maksimalna dnevna doza iznosi 1600 mg.

Apsorpcija karbamazepina iz digestivnog trakta je spora ali gotovo potpuna. Oko 76 % karbamazepina se vezuje za proteine plazme. Distribucija je brza i ravnomerna. Metabolizam karbamazepina se odvija u jetri do epoksida (farmakološki aktivan) i nekoliko drugih metabolita [6-7].

Karbamazepin indukuje sopstveni metabolizam, pa mu se poluživot od 18 do 60 sati nakon pojedinačne doze smanjuje na 10 do 35 sati nakon hronične terapije. Poluživot mu je kraći kod dece nego kod odraslih.

S obzirom na to da je karbamazepin jedan od najčešće propisivanih antiepileptika, potrebno je obratiti pažnju na interakcije sa drugim lekovim koji se primenjuju u kombinaciji sa njim. Fenitoin, fenobarbiton i primidon indukuju CYP 3A4 i redukuju koncentracije karbamazepina u plazmi. Inhibitori ovog enzima mogu dovesti do povećanja koncentracije karbamazepina čak i do toksičnih koncentracija. Do ispoljavanja toksičnih simptoma može doći i nakon primene lekova (npr. valproinska kiselina) koji inhibiraju epoksid hidroksilazu, što dovodi do povećanja koncentracije aktivnog metabolita karbamazepin-10,11-epoksida. Sam karbamazepin indukuje enzime jetre što može dovesti do promene koncentracija drugih lekova kao što su klonazepam, valproinska kiselina, progabid, etosukcimid i lamotrigin [8].

Lamotrigin je lek koji se primenjuje u lečenju primarnih i sekundarnih generalizovanih tonično-kloničnih pražnjenja. Takođe je indikovani kao monoterapija kod bolesnika sa epilepsijom nakon promene monoterapije karbamazepinom, fenitoinom, fenobarbitonom i sl.

Lamotrigin se brzo i praktično potpuno resorbuje iz digestivnog trakta. Metaboliše se u jetri uglavnom glukuronskom kiselom konjugacijom. Glavni metabolit je neaktivni 2-N-glukuronid. Enzim odgovoran za metabolizam lamotrigina je uridin difosfat-glukuronil transferaza [9].

Nema podataka da lamotrigin utiče na metabolizam drugih antiepileptika, osim što izaziva povećanje koncentracije karbamazepin-10,11-epoksida, glavnog metabolita karbamazepina [10].

Srednji poluživot se smanjuje na oko 7 do 14 h kada se lamotrigin kombinuje sa lekovima koji indukuju enzime, kao što su karbamazepin i fenitoin, a produžava na 60 do 70 h kada se primenjuje sa valproatom [9-13].

Cilj ovog rada bio je da prikaže da li postoji dobra korelacija koncentracija navedenih antiepileptika u salivi i serumu nakon terapijske primene i u akutnim trovanjima, tj. da li se saliva može iskoristiti kao alternativni biološki materijal za praćenje koncentracija ispitivanih lekova.

MATERIJAL I METODE

Za određivanje terapijskih koncentracija karbamazepina i lamotrigina uzorkovani su krv i saliva uz dobrovoljni pristanak bolesnika koji su na terapiji ovim lekovima. U ispitivanje je bilo uključeno 25 bolesnika na terapiji lamotriginom, 26 bolesnika na terapiji i 20 bolesnika akutno otrovanih karbamazepinom. Određivanje koncentracije lekova izvršeno je primenom metode tačne hromatografije sa UV detekcijom na 306 nm za lamotrigin i 285 nm za karbamazepin.

REZULTATI

U grupi bolesnika koji su bili na terapiji karbamazepinom bilo je 26 pacijenata. Prosečna koncentracija karbamazepina u serumu iznosila je 4,40 mg/L i kretala se u opsegu od 1,51 do 7,52 mg/L. Prosečna koncentracija karbamazepina u uzorcima salive u istoj grupi bolesnika iznosila je 1,71 mg/L i kretala se u opsegu od 0,6 do 2,82 mg/L.

Rezultati pokazuju da postoji korelacija koncentracija karbamazepina u salivi i serumu nakon terapijske primene leka ($r=0,9481$, $p<0,005$). Srednji odnos koncentracija leka u salivi i serumu iznosio je $0,39 \pm 0,06$ (od 0,24 do 0,52).

U grupi bolesnika koji su bili otrovani karbamazepinom samim ili u kombinaciji sa drugim lekovima prosečna koncentracija karbamazepina u serumu iznosila je 14,28 mg/L i kretala se u rasponu od 1,24 do 35,77 mg/L.

Prosečna koncentracija karbamazepina u uzorcima salive u istoj grupi bolesnika iznosila je 5,89 mg/L i kretala se u opsegu od 0,16 do 19,49 mg/L.

Odnos koncentracija karbamazepina u salivi i serumu u grupi otrovanih bolesnika iznosio je $0,436 \pm 0,18$ (0,07 – 0,75). Dobijeni rezultati pokazuju da i u ovoj grupi postoji dobra korelacija koncentracija karbamazepina u salivi i serumu ($r=0,9110$, $p<0,005$).

U grupi bolesnika koji su bili na terapiji lamotriginom bilo je 26 pacijenata. Prosečna koncentracija lamotrigina u serumu iznosila je 3,61 mg/L i kretala se u opsegu od 0,96 do 9,02 mg/L. Prosečna koncentracija lamotrigina u uzorcima salive u istoj grupi bolesnika iznosila je 1,80 mg/L i kretala se u opsegu od 0,18 do 4,99 mg/L.

Rezultati pokazuju da postoji korelacija koncentracija lamotrigina u salivi i serumu nakon terapijske primene leka ($r=0,9614$, $p<0,005$). Srednji odnos koncentracija leka u salivi i serumu (S/P odnos) iznosio je 0,53 (od 0,26 do 0,71).

DISKUSIJA

Prema literaturnim podacima srednji odnosi koncentracija karbamazepina u salivi i serumu su se kretali od 0,26 do 0,31 [14].

Odnos karbamazepina u salivi i serumu opisan u radu Rozentala i sar. bio je 0,386, pri čemu je korelacioni koeficijent bio 0,89 ($p<0,001$). Analizirani su uzorci stimulisane i nestimulisane salive i pokazano je da stimulacija salivacije nema uticaj na nivo karbamazepina u salivi. Takođe, pokazano je da nema značajnog smanjenja koncentracije karbamazepina u salivi i serumu kada se uzorci čuvaju na sobnoj temperaturi do 7 dana [14].

Stimulacija salivacije limunskom kiselinom nema uticaj na korelaciju koncentracija karbamazepina u uzorcima seruma i salive. Rezultati Gorodišera i sar. pokazuju da postoji dobra korelacija koncentracija karbamazepina u uzorcima salive stimulisane limunskom kiselinom u odnosu na slobodnu i ukupnu frakciju leka [14].

Vezivanje za proteine plazme i odnosi koncentracija karbamazepina u salivi i plazmi nakon terapijske primene ne zavise od starosti pacijenta, vremena uzorkovanja i konkretno primenjenog antiepileptika. Takođe, postoji i linearna zavisnost između odnosa saliva/ukupna koncentracija i saliva/slobodna frakcija leka. Međutim, koncentracije karbamazepina u salivi su pouzdanije u interpretaciji koncentracije slobodne frakcije leka u odnosu na njegovu ukupnu koncentraciju u plazmi [14].

Naši rezultati pokazuju da koncentracije karbamazepina u uzorcima nestimulisane salive i seruma pokazalo takođe dobro koreliraju ($r=0,9481$, $p<0,01$).

Poređenjem koncentracija karbamazepina u salivi i serumu vidi se da i u akutnim trovanjima postoji dobra korelacija ovih koncentracija ($r=0,9117$, $p<0,005$). To znači da se na osnovu koncentracije karbamazepina u salivi može dobiti koncentracija leka u serumu primenom statistički dobijene regresione jednačine. Ovaj podatak je klinički značajan, kada su u pitanju pacijenti kojima nije moguće uzorkovati krv jer odbijaju uzorkovanje, imaju insuficijenciju periferne cirkulacije kod kojih nije dostupan venski put, kod dece i starih osoba.

Srednji odnos koncentracija u salivi i plazmi bio je $0,426 \pm 0,153$. Dobijeni rezultati pokazuju da se saliva može koristiti u praćenju terapijskih koncentracija lamotrigina [15].

Džons i sardanci su pokazali da su lamotrigin, okskarbazepin, topirammat, zonsiamid i levetiracetam u uzorcima salive stabilni. Uzorci salive su prikupljeni u dve bočice, pri čemu je jedna odmah zamrznuta, a druga poslata poštom u laboratoriju. Korelacije koncentracija dobijenih iz ove dve grupe uzoraka bile su visoke (za lamotrigin, levetiracetam i zonsiamid $r=1$, za okskarbazepin $r=0,964$ i za topirammat $r=0,90$) [16].

Analiza uzoraka salive dobijene bez i nakon stimulacije salivacije i uzoraka seruma na sadržaj lamotrigina HPLC-UV metodom pokazala je da postoji dobra korelacija koncentracija između salive i seruma. Korelacioni koeficijent za nestimulisanu salivu i serum bio je $0,85$, a za stimulisanu salivu i serum $0,94$. Na osnovu dobijenih rezultata autori su zaključili da se saliva može primeniti kao korisna alternativa u praćenju terapijskih koncentracija lamotrigina [17].

Rezultata o koncentracijama lamotrigina u salivi i plazmi dobrovoljaca posle primenjene doze od 50 mg i pacijenata koji su na terapiji ovim lekom su pokazali da postoji dobra korelacija i da se uzorci salive mogu iskoristiti u praćenju terapijskih koncentracija ovog leka kod pedijatrijskih pacijenata [18].

ZAKLJUČAK

Na osnovu dobijenih rezultata može se zaključiti da se saliva može primeniti kao alternativni matriks za praćenje terapijskih koncentracija ispitivanih antiepileptika. Takođe, moguće je ekstrapolisati dobijene rezultate u salivi na realne koncentracije leka u serumu primenom odgovarajućih matematičkih jednačina.

LITERATURA

1. Clarke's analysis of drugs and poisons in pharmaceuticals, body fluids and postmortem material, 3rd edition, Pharmaceutical Press, London-Chicago, 2004.
2. Paxton J, Donald R. Concentrations and kinetics of carbamazepine in whole saliva, parotid saliva, serum ultrafiltrate and serum, *Clin Pharmacol Ther.* 1980; 28(5):695-702
3. Ritschel W, Thompson G. Monitoring of drug concentrations in saliva: a non-invasive pharmacokinetic procedure. *Methods Find Exp Clin Pharmacol.* 1983; 5(8):511-525
4. Heberlein A, Lenz B, Degner D, Kornhuber J, Hillemacher T, Bleich S. Methanol Levels in Saliva—A Non-Invasive Parameter That May Be Useful in Detection of Alcohol Intoxication, *Alcohol and Alcoholism* 2010;45(2):126-127
5. Sweetman S, Martindale: The Complete Drug Reference (36th ed.), London: Pharmaceutical Press, 2009
6. Rane A, Hojer B, Wilson J. Kinetics of carbamazepine and its 10,11-epoxide metabolite in children, *Clin Pharmacol Ther.* 1976;19:276-283.
7. WHO <http://www.inchem.org/documents/pims/pharm/pim181.htm>
8. Spina E, Pisani F, Perucca E. Clinically significant pharmacokinetic drug interactions with carbamazepine. An update, *Clin Pharmacokinet.* 1996;31(3):198-214.
9. <http://www.rxlist.com/lamictal-drug.htm>
10. Rambeck B, Wolf P. Lamotrigine clinical pharmacokinetics, *Clin Pharmacokinet.* 1993; 25(6):433-43
11. Garnett R. Lamotrigine: pharmacokinetics. *J. Child Neurol.* 1997; 12 Suppl. 1, pp. S10-S15
12. Hurley C. Lamotrigine update and its use in mood disorders *Ann. Pharmacother.* 2002; 36(5):860-73
13. Peck A. Clinical Pharmacology of Lamotrigine. *Epilepsia*, 1991; 32: S9-S12
14. Djordjevic S, Kilibarda V, Vucinic S, Stojanovic T, Antonijevic B. Toxicokinetics and correlation of carbamazepine salivary and serum concentrations in acute poisonings, *Vojnosanit. Pregl. u štampi*
15. Incecayir T, Agabeyoglu I, Giciyener K. Comparison of plasma and saliva concentrations of lamotrigine in healthy volunteers, *Arzneimittelforschung.* 2007;57(8):517-21
16. Jones M, Ryan M, Miles M, Tang P, Fakhoury T, Degrauw T, Baumann R. Stability of salivary concentrations of the newer antiepileptic drugs in the postal system, *Ther. Drug. Monit.* 2005;27(5):576-9
17. Tsiropoulos I, Kristensen O, Klitgaard N. Saliva and serum concentration of lamotrigine in patients with epilepsy, *Ther. Drug. Monit.* 2000;22(5):517-21
18. Malone S, Eadie M, Addison R, Wright A, Dickinson R. Monitoring salivary lamotrigine concentrations, *J Clin Neurosci.* 2006;13(9):902-7

SAVREMENI PRISTUPI RIZIČNIM BOLESNICIMA U STOMATOLOŠKOJ PRAKSI

Prof. dr Goran Jovanović

MEDICINSKI FAKULTET NIŠ, KLINIKA ZA STOMATOLOGIJU, ODELJENJE ZA ORALNU HIRURGIJU.

U svakodnevnom zdravstvenom radu stomatolog se vrlo često susreće sa pacijentima koji boluju od nekog opšteg oboljenja. U najvećem broju slučajeva to nije prepreka za sprovođenje standardne stomatološke procedure. Međutim, kod jednog broja bolesnika neposredno pre, za vreme i posle stomatološke intervencije mogu nastati izvesne komplikacije sa nekada kobnim posledicama. Da bi stomatološki rad bio maksimalno bezbedan potrebno je da svaki stomatolog bude detaljno upoznat sa savremenim doktrinarnim pristupom rizičnim pacijentima u stomatološkoj praksi. To podrazumeva poznavanje opšteg zdravstvenog stanja pacijenta, eventualnu medicinsku konsultaciju, način i vreme preduzimanja stomatološke intervencije, rešavanje mogućih komplikacija osnovne bolesti i preduzimanja mera hitne medicinske pomoći u slučaju potrebe.

LITERATURA

1. Jovanović G. Oralnohirurški tretman na kardiovaskularni bolni. Simpozijum "Urgentni sastojbi vo stomatologija," 7. 11 2009, Kumanovo, Makedonija.
2. Jovanović G, Burić N, Kesić Lj, Krunic N, Stanković J. Stomatološke intervencije kod pacijenata suspektnih na subakutni bakterijski endokarditis. Acta Stomatologica Naissi, 2004; 48 (20): 347-354.
3. Jovanović G, Stanković D. (ur.): Problematika bolesti rizika u stomatološkoj praksi. SKC, Niš, 2001.
4. Obradović R, Kesić Lj, Jovanović G, Petrović D, Radičević G, Mihailović D. Efikasnost lasera male snage u terapiji inflamirane gingive kod parodontopatije dijabetičkih bolesnika. Vojnosantitetski pregled 2011; 68(8): 684-689.
5. Jovanović G, Burić N. Komparativna analiza inteziteta doživljenog postoperativnog bola merenog pomoću vizuelno analogne skale, verbalne rejting skale i skale primenjene analgetske terapije. Acta Stomatologica Naissi, 2002; 39-40: 39-41.

DELIRIJUM, DEFINICIJE, TERMINOLOGIJA, PATOFIZIOLOGIJA

Doc. dr Dušan Đurić(1), Prof. dr Vesela Radonjić(2), Doc. dr Srđan Milovanović(3), Mr. ph Ivan Pavlović(4)

(1) INTEGRISANE STUDIJE FARMACIJE, UNIVERZITET U KRAGUJEVCU FAKULTET MEDICINSKIH NAUKA, INSTITUT ZA REHABILITACIJU BEOGRAD, (2) AGENCIJA ZA LEKOVE I MEDICINSKA SREDSTVA SRBIJE, INTEGRISANE STUDIJE FARMACIJE, FAKULTET MEDICINSKIH NAUKA UNIVERZITET U KRAGUJEVCU, (3) MEDICINSKI FAKULTET U BEOGRADU, KLINIKA ZA PSIHIJATRIJU KCS, (4) APOTEKARSKA USTANOVA KRAGUJEVAC

Klinički i eksperimentalno je utvrđeno da akutne stresogene stimulacije, kod predisponiranih osoba, mogu dovesti do tranzitornih funkcionalnih oštećenja. Trauma i hirurška intervencija pojačavaju stresni odgovor specifičnim kompleksom neuroendokrinih promena i doprinose pojavi psihotičnog ponašanja, kod bolesnika sa prethodno neoštećenim mentalnim funkcijama. Ispoljavanje poremećaja je obično u sklopu infektivnih groznica, intoksikacija ili metaboličkih poremećaja, što stvara ozbiljne probleme lekarima, medicinskom osoblju i porodici.

Poremećaji obuhvataju širok spektar patoloških pojava, koje se danas definišu kao delirijum. Taj termin označava specifično akutno konfuzno stanje, naglog nastanka, prolazne prirode, sa karakterističnim poremećajima saznavnih funkcija, praćenim fluktuacijom ubolesnikovoj sposobnosti da usmeri pažnju i tačno shvati sredinu u kojoj se nalazi.

Simptomatologija je izuzetno bogata i može se javiti u raznovrsnoj kombinaciji poremećaja ponašanja i svesti, kao i vegetativnih poremećaja. Može se javiti u svakoj starosnoj dobi i profil oboljenja se menja sa godištem.

Pomućenje svesti najvažniji je znak i prepoznaje se po dezorijentaciji (nesigurnost, povodom vremena, mesta i identiteta drugih ljudi) i po lošoj koncentraciji. Simptomi kolebljivog intenziteta često se pogoršavaju uveče i noću.

Ponašanje može da bude ili preterano aktivno, bučno i razdražljivo ili pak slabo aktivno. Spavanje je često poremećeno.

Mišljenje je usporeno i zbrkano, ali je sadržaj često složen. Ideje odnosa i sumanutosti obično su prolazne i slabo razrađene.

Raspoloženje može da bude anksiozno, smeteno, razdražljivo ili deresivno i često je nepostojano.

Opažanje može da bude iskrivljeno, s pogrešnim tumačenjima, iluzijama (uglavnom optičkim) i optičkim halucinacijama. Dešavaju se i taktilne i akustične halucinacije, ali ne tako često.

Poremećaj pamćenja obuhvata prijem, zadržavanje i prizivanje informacija, kao i učenje novih. Uvid je umanjen. Posle oporavka pacijent obično ima amneziju. Karakteristike delirijuma razlikuju se od pacijenta do pacijenta i delom odražavaju personalitet. Postoje dva glavna obrasca ispoljavanja: pacijent je nemiran i preosetljiv na draži i može da ima halucinacije i sumanutosti i pacijent je neaktivan i letargičan.

Klinički faktori koji dovode do ovih stanja grupisani su u predisponirajuće, olakšavajuće i precipitirajuće faktore.

DELIRIJUM I LEKOVI KOJI GA MOGU UZROKOVATI

Prof. dr Vesela Radonjić(1), Doc. dr Srđan Milovanović(2), Doc. dr Dušan Đurić(3), Mr. ph Ivan Pavlović(4)

(1) AGENCIJA ZA LEKOVE I MEDICINSKA SREDSTVA SRBIJE, INTEGRISANE STUDIJE FARMACIJE, FAKULTET MEDICINSKIH NAUKA UNIVERZITET U KRAGUJEVCU, (2) MEDICINSKI FAKULTET U BEOGRADU, KLINIKA ZA PSIHIJATRIJU KCS, (3) INTEGRISANE STUDIJE FARMACIJE, UNIVERZITET U KRAGUJEVCU FAKULTET MEDICINSKIH NAUKA, INSTITUT ZA REHABILITACIJU BEOGRAD, (4) APOTEKARSKA USTANOVA KRAGUJEVAC

Klinički i eksperimentalno je utvrđeno da akutne stresogene stimulacije, kod predisponiranih osoba, mogu dovesti do tranzitornih funkcionalnih oštećenja. Trauma i hirurška intervencija pojačavaju stresni odgovor specifičnim kompleksom neuroendokrinih promena i doprinose pojavi psihotičnog ponašanja, kod bolesnika sa prethodno neoštećenim mentalnim funkcijama. Ispoljavanje poremećaja je obično u sklopu infektivnih groznica, intoksikacija ili metaboličkih poremećaja, što stvara ozbiljne probleme lekarima, medicinskom osoblju i porodici.

Poremećaji obuhvataju širok spektar patoloških pojava, koje se danas definišu kao delirijum. Taj termin označava specifično akutno konfuzno stanje, naglog nastanka, prolazne prirode, sa karakterističnim poremećajima saznavnih funkcija, praćenim fluktuacijom ubolesnikovoj sposobnosti da usmeri pažnju i tačno shvati sredinu u kojoj se nalazi.

Simptomatologija je izuzetno bogata i može se javiti u raznovrsnoj kombinaciji poremećaja ponašanja i svesti, kao i vegetativnih poremećaja. Može se javiti u svakoj starosnoj dobi i profil oboljenja se menja sa godištem.

Praksa potvrđuje da dijagnozu treba postaviti sa nedovoljno prethodnih informacija o bolesnikovim lucidnim intervalima, a sprovođenje terapije je obežano bolesnikovom uznemirenošću, nesanicom, kao i sposobnošću za saradnju. Iako blagovremeno lečenje poremećaja donosi višestruke rezultate, u 84-95% slučajeva ostaje neotkriveno u početnim fazama.

Ove poteškoće su znatno uvećane, kada bolesnici stignu na urgentna odljenja, gde se kliničke analie i terapija moraju otpočeti, bez prethodnog uvida u istoriju bolesti, a kontakt sa bolesnikom je onemogućen, jer se on nalazi u svom iracionalnom svetu.

Klinički faktori koji dovode do ovih stanja grupisani su u predisponirajuće, olakšavajuće i precipitirajuće faktore.

Stope zloupotrebe alkohola, kod starijih internističkih i hirurških bolesnika, su veće nego u opštoj populaciji, tako da alkoholnu apstinenciju, kao moguć uzrok delirijuma, treba uvek razmatrati u ovoj grupi, naročito ako se delirijum razvije bez očiglednih razloga, 48 časova posle hitnog prijema bolesnika. Čak, i periodi neprekidne zloupotrebe alkohola, pre više godina, mogu biti precipitirajući faktor.

Alkohol nije jedina supstanca, koja stvara naviku i zavisnost u starijem dobu. U opštoj praksi, starije osobe su najznačajniji potrošači psihotropnih lekova, naročito benzodiazepina, hipnotika i anksiolitika.

U prevenciji delirijuma izuzetnu pažnju treba obratiti na kontrolu precipitirajućih organskih faktora u koje spadaju: intoksikacija lekovima, uknjučujući agense za premedikaciju-antiholinergike, metabolički poremećaji, hipoksemija, hiperkarbija, hipokarbija, dehidracija, elektrolitski poremećaji, hipotenzija, hipovolemija, hipopnea ili apnea, plućna embolija, infekcija, pneumonija, septikemija, bakteriemija, akutna moždana oboljenja, trauma, edem, masna embolija, metastaze, moždani udar, alkoholni ili sedativno-hipnotični apstinencijalni sindromi, neuhranjenost, deficit vitamina, porfirija, konvulzivni napadi.

DELIRIJUM, DIJAGNOZA, DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA, LEČENJE

Doc. dr Srđan Milovanović(1), Prof. dr Vesela Radonjić(2), Doc. dr Dušan Đurić(3), Mr. ph Ivan Pavlović(4)

(1) MEDICINSKI FAKULTET U BEOGRADU, KLINIKA ZA PSIHIJATRIJU KCS, (2) AGENCIJA ZA LEKOVE I MEDICINSKA SREDSTVA SRBIJE, INTEGRISANE STUDIJE FARMACIJE, FAKULTET MEDICINSKIH NAUKA UNIVERZITET U KRAGUJEVCU, (3) INTEGRISANE STUDIJE FARMACIJE, UNIVERZITET U KRAGUJEVCU FAKULTET MEDICINSKIH NAUKA, INSTITUT ZA REHABILITACIJU BEOGRAD, (4) APOTEKARSKA USTANOVA KRAGUJEVAC

Karakteristika delirijuma je pomućenje svesti. Delirijum često prati telesno oboljenje, javlja se kod 5-15% bolesnika na opštim internističkim ili hirurškim odeljenjima, kao i kod 20-30% bolesnika u hirurškim jedinicama za intenzivnu negu. Naročito je čest kod starijih osoba. Najveći broj pacijenata se brzo oporavi, a samo malom broju potrebno je specifično lečenje. Termini kao što su konfuzno stanje i akutni organski sindrom su zastareli i treba ih izbegavati.

Praksa potvrđuje da dijagnozu treba postaviti sa nedovoljno prethodnih informacija o bolesnikovim lucidnim intervalima, a sprovođenje terapije je obežano bolesnikovom uznemirenošću, nesanicom, kao i sposobnošću za saradnju. Iako blagovremeno lečenje poremećaja donosi višestruke rezultate, u 84-95% slučajeva ostaje neotkriveno u početnim fazama.

Ove poteškoće su znatno uvećane, kada bolesnici stignu na urgentna odljenja, gde se kliničke analie i terapija moraju otpočeti, bez prethodnog uvida u istoriju bolesti, a kontakt sa bolesnikom je onemogućen, jer se on nalazi u svom iracionalnom svetu.

Lečenje je usmereno kako na utvrđivanje i lečenje osnovnog telesnog uzroka, tako i na lečenje bolesnikove anksioznosti, problema sa ponašanjem i toga što se loše oseća.

Pacijentu je potrebno razumevanje i pomoć u ispravnoj orijentaciji da bi se smanjila anksioznost i deorijentacija i to treba često ponavljati.

Rođaci treba da dobiju razumljivo objašnjenje o prirodi poremećaja da bi se oslobodili sopstvene anksioznosti i da bi im to pomoglo da razuveravaju bolesnika i pomažu mu u orijentaciji.

Predviđeni postupci treba da se obavljaju rutinski i dosledno. Prednost bolničkog odeljenja je u tome što nega bolesnika može da se obavlja u sporednoj tihoj prostoriji. Uveče treba da bude dovoljno svetla koje će omogućiti pacijentu da lako može da zna gde se nalazi, ali da ga ne bude previše da se ne bi remetilo spavanje. Njegove rođake i druge treba podsticati da ostanu što duže uz bolesnika ili da mu često dolaze u posetu.

Važno je dati što je moguće manje lekova budući da oni mogu da pogoršaju delirijum.

Male doze benzodijazepina ili nekog drugog hipnotika korisne su da bi se potpomoglo spavanje tokom noći. Benzodijazepine treba izbegavati danju pošto njihovi sedativni efekti mogu da pogoršaju dezorijentaciju.

Oprezno kontrolisana antipsihotička medikacija može da bude dragocena kada se pacijenti osećaju prilično loše i uznemirenog su ponašanja. Posle početne doze koja je dovoljna za lečenje akutne situacije, može se dati standardna oralna doza koja je dovoljna da umiri bolesnika, a da ne prouzrokuje preteranu pospanost. Za to je pogodan haloperidol, delotvorna dnevna doza obično je 3-15 mg. Ako je neophodno, prva doza 2-5 mg može se dati intramuskularno.

LITERATURA

1. Inouye SK. Delirium in older persons. *N Engl J Med* 2006; 354:1157.
2. Clegg, A; Young, JB . "Which medications to avoid in people at risk of delirium: a systematic review." *Age and ageing*, 2011; 40 (1): 23-9.
3. Tyrer, Peter; Silk, Kenneth R., eds . "Delirium". *Cambridge Textbook of Effective Treatments in Psychiatry* (1st ed.). Cambridge University Press.2008; pp. 175-184.
4. Wei LA, Fearing MA, Sternberg EJ, et al. The Confusion Assessment Method: a systematic review of current usage. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56:823-830.
5. Sidhu KS, Balon R, Ajluni V, et al. Standard EEG and the difficult-to-assess mental status. *Ann Clin Psychiatry.* 2009;21:103-108.
6. Siami S, Annane D, Sharshar T. The encephalopathy in sepsis. *Crit Care Clin.* 2008;24:67-82,

INFEKCIJA OPEKOTINA - PREVENCIJA I LEČENJE

Prof. dr Ljubomir Panajotović (1), M. Panajotović (2), R Panajotović (2)

(1)AMERICAN SCHOOL OF MEDICINE, BELGRADE, (2)MEDICINSKI FAKULTET UNIVERZITETA U BEOGRADU

Infekcija je vodeći uzrok morbiditeta i mortaliteta opečenih. Zajedničko za sve opekotine je oštećenje tkiva, manje ili više rasprostranjeno po površini i dubini, i obrazovanje opekotinske rane. Opekotinska rana se razlikuje od drugih traumatskih rana po tome što je: kolonizovana potencijalno patogenim bakterijama, često sadrži velike količine nevtalnih tkiva, luči velike količine eksudata (vode, seruma i krvi) i što ostaje otvorena u dužem vremenskom periodu sa mogućom ponovljenom kolonizacijom patogenim mikrobima. Mikroorganizmi, prvenstveno gram-pozitivne klice među kojima dominira stafilokok lokalizovane u znojnim žlezdama i folikulima dlakomogu se naći na površini već nekoliko časova posle povređivanja. U periodu od trećeg do petog dana u opekotinskoj rani je predominantna gram-negativna flora, čiji veoma virulentni sojevi započinju prodor u dublja tkiva preko subkutanih limfnih sudova. Uz ozbiljno poremećene odbrambene snage opečenih infekciji opekotinske rane pogoduje avaskularna eshara, koja predstavlja odličnu podlogu za razvoj bakterija i u koju antibiotici kao i humoralni i celularni odbrambeni elementi cirkulacijom ne mogu dospeti. Faktori rizika za razvoj infekcije su svakako proširenost opekotine, dubina opekotine, godine pacijenta, prethodne bolesti (dijabetes u prvom redu), sekundarna insuficijencija cirkulacije, acidoza, ali i brojnost i virulentnost uzročnika, raspadni produkti, endotoksini, egzotoksini, antimikrobna rezistencija organizma. Najčešći uzročnici infekcije opekotinske rane su: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*.

Prevenција infekcije je u fokusu lečenja opekotina . Prva mera zaštite od infekcije postiže se izolacijom bolesnika sa opekotinama, pravilnom obradom opekotinske rane, zavojima, ekscizijom i primenom lokalnih antibakterijskih sredstava. Iluzija je očekivati da opekotinska rana u dužem periodu ostane sterilna, zbog prirode povrede i patološkog supstrata, kao i zbog razvoja virulentnijih i rezistentnijih sojeva mikroba koji se uobičajeno nalazi na opekotinskoj rani, a bujaju pri supresiji flore. Obrada opečene površine i zatvorena metoda lečenja (petoslojni zavoj) najčešće su sasvim dovoljna odbrana od infekcije u slučaju površnih opekotina. Opekotinska rana se može tretirati otvoreno ili zaviti klasično sa vazelinskom gazom i slojevima rastresite gaze ili upotrebom topičnog antibakterijskog sredstva. Najviše upotrebljavana topična antibakterijska sredstva su Dermazin (srebro-sulfodiazin), Povidon-jodid (Betadin), Mafenid-acetat (Sulfamajlon), srebro-nitrat 0,5 % i dr. Prava profilaksa infekcije kod dubokih opekotina je hirurško uklanjanje nekrotičnih slojeva tkiva i sprečavanje unakrsne hospitalne infekcije. Značajan postupak u prevenciji infekcije, ali i drugih komplikacija opekotinske bolesti je rana tangencijalne ekscizija kojom se uklanja devitalizovano tkivo, a defekt pokriva autotransplantatom kože ili nekim biološkim zavojem koji sprečava razvoj infekcije i onemogućava gubitak plazme i drugih tkivnih težnosti. Antibiotička terapija započinje odmah po dobijanju antibiograma uzetih briseva. Mikrobna populacija na i u rani je u početku oskudna (gram-pozitivne koke) da bi u toku druge nedelje predominalale gram-negativne klice. Pod uticajem topične i sistemske antibiotičke terapije mogu se razviti gljivica u rani i na sluznicama, što iziskuje antimikotiku prevenciju i terapiju. Profilaksa tetanusa hiperimunim serumom je obavezna. Moguća je primena i *Pseudomonas* vakcine. U slučaju razvoja infekcije opekotinske rane vrši se svakodnevna lokalna hidrotterapija u rastvoru antiseptika (Povidon), redovno previjanje i sistemska primena antibiotika. U slučaju opekotinake sepse šanse na povoljan ishod zavise od rane dijagnoze, odgovarajuće antibiotičke terapije i pravovremene hirurške intervencije i opšte mere lečenja.

Ključne reči: opekotine, infekcija, prevencija, lečenje

NEKA OD HITNIH STANJA U ENDOKRINOLOGIJI

Prim. mr. sci. med. Aleksandar Aleksić

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, INTERNISTIČKA SLUŽBA

Akutna insuficijencija kore nadbubrežnih žlezda, odnosno adisonska ili adrenalna kriza, predstavlja težak i često fatalan akutni poremećaj nastao usled naglog i velikog smanjenja ili potpunog prestanka lučenja nadbubrežnih steroidnih hormona. Do pojave akutne insuficijencije kore najčešće dolazi u toku evolucije Addisonove bolesti pod dejstvom nekih stresnih situacija.

Adrenalna kriza se razvija vrlo brzo sa nastankom ekstremne adinamije i prostracije. Postoji izrazit pad krvnog pritiska, koji je često nemerljiv, veoma ubrzan puls, intenzivna cijanoza i često visoka temperatura sa

groznicom. Neophodno je hitno lečenje u jedinicama za intenzivnu negu. Lečenje podrazumeva nadoknadu manjka hormona i što pre normalizaciju volemije.

Feohromocitom je tumor čije ćelije stvaraju kateholamine u velikoj količini. Tumor je najčešće lokalizovan u srži (medula) nadbubrežne žlezde. Retko može biti lokalizovan van žlezde.

Kliničkom slikom dominira hipertenzija. Ona može biti stalna (60% obolelih) ili se javlja u obliku hitertenzivnih kriza tj. naglih skokova krvnog pritiska. Napad je pracen uznemirenošću, jakom, pulsirajućom glavoboljom, lupanjem srca, mrljama u vidnom polju, preznjavanjem, nekada bolom u grudima (iza grudne kosti), mukom, kad-kad bolom u trbuhu i povraćanjem.

Terapija se sprovodi blokatorima alfa adrenergičkih receptora, a nakon toga i blokatorima beta adrenergičkih receptora i to u slučaju da bolesnik ima tahikardiju i/ili aritmiju. Preoperativna priprema treba da bude dobra da bi se smanjio rizik hirurške intervencije.

Tiroidna oluja

Tiroidna oluje je akutna i teška komplikacija tireotoksikoze. Nju karakteriše visoka temperatura, preznjavanje, tahiaritmija, a često i srčano popuštanje. Tiroidna oluja je najteži oblik tireotoksikoze sa mortalitetom 20 do 30%. Najčešći precipitirajući faktori su operacije, trauma, infarkt miokarda, plućna embolija, diabetaska ketoacidoza porođaj i teška infekcija.

Tiroidna oluje se leči u jedinici intenzivne nege multimodalitetnom terapijom.

Miksedemska koma je po život opasna komplikacija hipotireoze. Za nju je karakteristična dugotrajna hipotireoza, koma i ekstremna hipotermija (temperatura 24 do 32,2°C), arefleksija, konvulzije, retencija CO₂ i depresija respiracije.

Brza dijagnoza, koja se zasniva na kliničkoj proceni, anamnezi i fizikalnom pregledu je neophodna, jer je moguća nagla smrt.

Miksedemska koma leči se velikom početnom dozom T4 ili T3, a zatim dozama održavanja. Kortikosteroidi se takođe primenjuju.

LITERATURA

1. U.S. National Library of Medicine Thyrotoxicosis. [20.06.2011]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/meshterm=Thyrotoxicosis>.
2. U.S. National Library of Medicine Hyperthyroidism. [20.06.2011]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/meshterm=Hyperthyroidism>.
3. Davies TF, Larsen PR. Thyrotoxicosis. In: Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, editors. Williams Textbook of Endocrinology. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008. p. 333-76.
4. Weiss RE, Refetoff S. Thyroid Function Testing. In: Jameson JL, De Groot LJ, editors. Endocrinology. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010. p. 1444-92.
5. Lamberts SWJ, editor. Handbook of Cushing's disease. BioScientifica, Bristol, UK; 2011.
6. Stewart PM. The arenal cortex. In: Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, Laresn PR, editors. Williams textbook of endocrinology. 11th Ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008. 445-504.

AKUTNE KOMPLIKACIJE DIJABETESA

Prim. mr. sci. med. Miodrag Dorđević

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, INTERNISTIČKA SLUŽBA

U akutne komplikacije dijabetesa ubrajaju se hipoglikemija, dijabetesna ketoacidoza i neketotično hiperosmolalno stanje.

Hipoglikemija najčešća je akutna komplikacija dijabetesa i uglavnom je posledica neusklađenosti doze insulina, vremena ili količine obroka i intenziteta fizičke aktivnosti. Većina hipoglikemija rešava se samolečenjem kada osoba sa dijabetesom kunzumira neki slatkiš ali teže hipoglikemije zahtevaju pomoć drugih osoba, davanje glukagona ili koncentrovane glukoze intravenski.

Dijabetesna ketoacidoza posledica je brzonastalog i velikog nedostatka insulina a klinička slika kombinacija je dehidratacije zbog gubitka tečnosti i elektrolita usled poliurije i aktiviranja metabolizma masti zbog velikog gladovanja ćelija i intoksikacije kiselim produktima metabolizma masti. Biće prikazano lečenje tokom akutnog stanja i način prevodjenja na dalje subkutano lečenje.

Hiperosmolalno neketotično stanje, komplikacija je tipa 2 dijabetesa kada je nedostatak insulina dovoljan da dodje do poliurije i dehidratacije ali je nivo insulinemije dovoljan da spreči metabolizam masti. Lečenje ovog

poremećaja slično je lečenju dijabetesne ketoacidoze ali traje znatno duže zbog velikog deficita vode i kalijuma i povezano je sa znatno većom smrtnošću.

LITERATURA

1. Dordević MŽ: Diabetes mellitus u Gradu Zaječaru - <http://www.diabetes.rs/dijabetza.htm>
2. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB at all: Medical management of hyperglycaemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diab Care* 2009; 32: 193-203.
3. International Diabetes Federation guidelines: Global guidelines for type 2 diabetes 2005. Available at: <http://www.idf.org>
4. Roden M: Optimal Insulin treatment in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*, 2009; 361:1801-1803.
5. Hirsh IB: Insulin Analogues. *N Engl J Med* 2005; 352:174-183

AKUTNE KOMPLIKACIJE DIJABETES MELITUSA KOD DECE I MLADIH

Prim mr. sci. med. Bratimirka Jelenković

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, PEDIJATRIJSKA SLUŽBA

Dijabetesna ketoacidoza (DKA) predstavlja često ispoljavanje tipa 1 dijabetes melitusa (DM) kod dece i mladih. U našoj zemlji oko 40% dece s tipom 1 dijabetesa otkriva se u stanju ketoacidoze što je u skladu s učestalošću kod dece iz drugih evropskih zemalja. Rano otkrivanje i lečenje pacijenata sa novootkrivenim DM važno je u prevenciji potencijalno po život opasnog stanja. [1]. Praćenje dece i mladih sa DKA razlikuje se od protokola koji se koristi kod odraslih osoba, te je potrebo da se lečenje obavlja u ustanovama koje imaju iskustva u lečenju DKA kod dece i mladih. [1].

Povećan rizik za nastanak DKA imaju adolescenti, deca i mladi sa lošom kontrolom bolesti ili ranijim DKA, deca i mladi u porodicanma sa socijalnim problemima. Najveći procenat DKA dešava se pri neredovnom davanju insulina ili greškama pri davanju injekcija insulina. [1]. Stepenn mortaliteta je od 0,15 do 0,31 %, cerebralni edem je uzrok smrtnog ishoda u 57 do 87 %. I drugi uzroci mogu uzrokovati morbiditet i mortalitet (hipoglikemija, hipokalemija, komplikacije od strane centralnog nervnog sistema). [1].

DKA nastaje zbog deficita insulina koji je povezan sa povišenim nivoom kontraregulatornih hormona kao što su glukagon, kortizol, kateholamini i hormon rasta. [4]. Odgovor kontraregulatornih hormona može nastati zbog stresom izazvanih proinflamatornih citokina [4].

Definicija DKA: [1,2].

Laboratorijski kriterijumi: Laboratorijski znaci: Glikozurija >55 mmol/L ;Ketonurija ; Hiperglikemija >16 mmol/L ;pH krvi <7,3 ;Bikarbonati u serumu <15 mmol/L.

Osnovni klinički znaci za dijagnozu dijabetesne ketoacidoze: Polidipsija, poliurija . Povraćanje . Dehidracija. Hiperventilacija. Poremećaj svesti.

Prema težini DKA može biti: laka (karakteriše se pH 7,21 do 7,3, HCO₃ 10 mmol/L do 15 mmol/L), umerena (pH 7,11 to 7,2, HCO₃ 5 mmol/L do 10 mmol/L) ili teška (pH manji od 7,1, HCO₃ nivo manji od 5 mmol/L) [1,4].

Većina dece i adolescenata s razvijenom slikom DKA zahteva prijem u bolnicu i rehidraciju intravenskim putem. [2].

Praćenje dece i mladih sa DKA podrazumeva kliničku evaluaciju, korekciju metaboličkih nenormanlosti, identifikaciju i tretman precipitirajućih činilaca i komorbiditetnih stanja, adekvatno lečenje DM za duži period i plan za smanjenje rekurentnih DKA. [5].

Lečenje DKA podrazumeva praćenje vitalnih znakova, neurološkog statusa, biohemije. Davanje tečnosti (0,9% NaCl, kasnije pri padu nivoa glikemije i 5% ili 10% glikoze) i insulina IV u malim dozama. Davanje kalijuma treba započeti što ranije, dok je davanje bikarbonata kontrainikovano. [4]. Kod sumnje na cerebralni edem treba dati manitol.

Ključne reči: Dijabetesna ketoacidoza kod dece i mladih, Tip 1 Dijabetesa kod dece i mladih,

HIPOGLIKEMIJA KOD DECE I MLADIH OSOBA

Prim mr. sci. med. Bratimirka Jelenković

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, PEDIJATRIJSKA SLUŽBA

Odlična glikemijska kontrola kod dece i mladih s tipom 1 dijabetesa može se postići i bez povećanja učestalosti težih hipoglikemijskih kriza. Ovo je naročito moguće intenziviranom terapijom ili korišćenjem insulinskih analoga

Činoci koji dovode do hipoglikemije na koje **ne možemo** da utičemo su:

- Uzrast (odročeta i adolescencije)
- Trajanje dijabetesa.

Činoci koji dovode do hipoglikemije na koje **možemo** da utičemo su:

- Nizak nivo Hb A1c i povećane doze insulina

Hipoglikemija je najčešća akutna komplikacija koja nastaje tokom lečenja tipa 1 dijabetesa. Ponavljane krize hipoglikemije, posebno teška produžena hipoglikemija s konvulzijama, mogu, posebno kod male dece, da prouzrokuju trajno oštećenje CNS. [2,3].

Fizička aktivnost povećava učestalost hipoglikemija, koje se mogu desiti u periodu od 2-12 časova nakon fizičke aktivnosti. Tokom produžene fizičke aktivnosti 15 g ugljenih hidrata povećava nivo glikemije za oko 1 mmol/l. [8]. Noćna hipoglikemija je obično asimptomatska i može biti prolongirana. [8].

Simptomi i znaci hipoglikemije : [7,8].

Aktivacija autonomnog nervnog sistema: Glad. Drhtanje ruku i nogu. Lupanje srca. Uznemirenost. Bledilo. Znojenje.

Neuroglikopenija: Poremećaj ponašanja. Razdražljivost. Vrtoglavica. Glavobolja Konfuzija. Konvulzije. Koma
Prag na kome se javljaju znaci neuroglikopenije je obično između 2,6 i 3,5 mmol/L (glikoza u plazmi 3,1-4,0 mmol/L). Neuroglikopenija može da nastane pre aktivacije autonomnog nervnog sistema što može da bude uzrok neprepoznavanja hipoglikemije. [7,8].

Nivo šećera u krvi kod dece na terapiji insulinom treba da se održava iznad 4 mmol/L. [7,8].

Merenje glikoze u krvi je jedini način za potvrdu hipoglikemije u slučaju da je klinička slika nepouzdana kao i za potvrdu normalizacije glikemije.

Lečenje hipoglikemije - Lečenje treba da se preduzme uvek kada šećer u krvi padne ispod 3,9 mmol/L (70 mg%) ili postoje simptomi hipoglikemije. [7].

Deca i adolescenti s dijabetesom, njihovi roditelji, učitelji i svi ostali koji se o njima staraju, treba da budu obučeni za prepoznavanje i lečenje hipoglikemije. Deca uzrasta ispod 5 - 6 godina nisu u stanju da sama sebi pruže pomoć bez obzira na stepen hipoglikemije! [7].

1. Lawrence SE. Diagnosis and treatment of diabetic ketoacidosis in children and adolescents. Paediatr Child Health 2005; 10(1): 21–24.
2. D. Zdravković. Dijabetesna ketoacidoza kod dece i mladih osoba. U: Diabetes Mellitus. Nacionalni vodič kliničke prakse. Radna grupa za dijabetes. Pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravlja Republike Srbije. Septembar, (Beograd; Grafika) 2002. strana 44-47.
3. Metzger DL. Diabetic ketoacidosis in children and adolescents: An update and revised treatment protocol. Issue: BCMJ 2010; 1(52):24-31.
4. Rosenbloom AL. The management of diabetic ketoacidosis in children. Diabetes Ther. 2010 December; 1(2): 103–120.
5. Wolfsdorf J, Craig ME, Daneman D, Dunger D, Edge J, Lee W, Rosenbloom A, Sperling M, and Hanas R. Diabetic ketoacidosis in children and adolescents with diabetes. Pediatric Diabetes 2009; 10 (Suppl. 12): 118–133.
6. Fasanmade OA, Odeniyi IA, Ogbera AO. Diabetic ketoacidosis: diagnosis and management. Afr J Med Med Sci. 2008 Jun;37(2):99-105.
7. D. Zdravković . Hipoglikemija kod dece i mladih osoba. U: Diabetes Mellitus. Nacionalni vodič kliničke prakse. Radna grupa za dijabetes. Pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravlja Republike Srbije. Septembar, (Beograd; Grafika) 2002. strana 54-55
8. Clarke W, Jones T, Rewers A, Dunger D, Klingensmith GJ. Assessment and management of hypoglycemia in children and adolescents with diabetes. Pediatric Diabetes 2008; 9: 165–174.

XXXI TIMOČKI MEDICINSKI DANI

18-19. maj. 2012. Zaječar,

PLENARNA PREDAVANJA

ADOLESCENCIJA: OD KREATIVNOSTI DO (AUTO)DESTRUKTIVNOSTI

Prim.dr sc.med. Vojislav Ćurčić

KBC "DRAGIŠA MIŠOVIĆ", BEOGAR, BOLNICA ZA PSIHIJATRIJU

Adolescencija je specifičan razvojni period koji se karakteriše intenzivnim i dubokim transformacijama psihičkog aparata i psihosocijalnog funkcionisanja dotadašnje dece – budućih odraslih. To je pre svega vreme želja, očekivanja, nadanja, inspiracije i kreativnosti, na različitim poljima. Međutim, kako se psihodinamika tih procesa dešava za relativno kratko vreme, adolescentni proces ima ne samo kreativan, već i značajan potencijal da destabilizuje psihološku ravnotežu i psiho-socijalno funkcionisanja adolescenta. Time može da predstavlja rizik za mentalno zdravlje i manifestacije različitih psihopatoloških fenomena.

Među psihopatološkim fenomenima koji su karakteristični za adolescenciju u izlaganju će se posebna pažnja posvetiti impulsivnosti adolescenata kao načinu za razrešenje psihičke tenzije i rasterećenje nepodnošljive napetosti ili psihičke patnje. Takođe će se dati psihodinamsko tumačenje i drugih srodnih fenomena, kao što su rizična ponašanja, nasilnost i depresivnost. Ovi fenomeni, a pre svega depresivnost, generišu, na ponašajnom nivou, destruktivnost i autodestruktivnost mladih – u različitim oblicima: rizične vožnje i visoku smrtnost adolescenata u saobraćaju, tuče po školama, na ulicama i utakmicama, različite oblike samouništavanja i samopovređivanja, do suicidalnog pokušava kao finalnog autodestruktivnog akta.

LITERATURA

1. Marcelli D., Braconnier A. Adolescence et psychopathologie, 6 ed, Ervsevier Masson, Paris, 2007
2. Perelberg R.J. Psychoanalytic Understanding of Violence and Suicide. Routlage, London and New York, 1999
3. Ćurčić V. Depresivnost i samoubilaštvo mladih – od prepoznavanja do lečenja, 3. Simpozijum neurologije i psihijatrije razvojnog doba, Zbornik radova, Klinika za neurologiju i psihijatriju za decu i omladinu, Beograd, 2004; 26-31.
4. Svetska zdravstvena organizacija. Izveštaj o svetskom zdravlju 2001 – Mentalno zdravlje : novo razumevanje, nova nada, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, 2003; 36-39
5. V. Ćurčić: Nepodnošljiva lakoća (samo)uništavanja u adolescenciji, U:V. Ćurčić: Detruktivnost i autodestruktivnost mladih, IP Žarko Albulj, Beograd, 2010, 29-39

ZNAČAJ EDUKACIJE ZDRAVSTVENIH RADNIKA IZ OBLASTI HIV INFEKCIJE

Prof. dr Biljana Kocić, Prof. dr Branislav Petrović

UNIVERZITET U NIŠU, MEDICINSKI FAKULTET, INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE NIŠ

Od kada su 1981. godine prvi put u svetu, a svega tri godine kasnije i u našoj zemlji registrovani prvi slučajevi HIV infekcija, pa sve do danas, one predstavljaju jedan od najaktuelnijih zdravstvenih problema. Savremena medicina uspeła je za kratko vreme da utvrdi i izoluje uzročnika novog oboljenja, da započne primenu brojnih

efikasnih lekova, da značajno očuva dužinu i kvalitet života inficiranih, ali i da postigne rezultate u redukciji stigmatizacije i diskriminacije osoba zaraženih HIV-om, posebno u zdravstvnim ustanovama. Od brojnih mera koje se preduzimaju, kao što je edukacija zdravstvenih radnika, pooštavanje opštih mera prevencije, kontrola krvnoprenosivih infekcija, promocija dobrovoljnog poverljivog savetovanja i testiranja na HIV i druge polno prenosive infekcije i drugo, očekuje se postizanje pozitivne promene ponašanja većine zdravstvenih radnika prema osobama koje žive sa HIV-om, eliminisanja straha, kao i sticanje znanja i veština neophodnih za adekvatan i profesionalan odgovor na potrebe osoba koje imaju HIV infekciju. S obzirom na činjenicu, da će se većina zdravstvenih radnika ipak, u nekom momentu sresti sa HIV inficiranim i obolelim licima, i uključiti se u brigu o njima, planirana, kontinuirana i sistematska edukacija zdravstvenih radnika iz različitih oblasti HIV infekcije nameće se kao imperativ i za naredni period. Sadržaj zdravstvenovaspitnog rada podrazumeva brojne teme kao što su na primer, epidemiologija, dijagnostika, prirodni tok i terapija HIV infekcije, oportunističke infekcije i tumori, poverljivo savetovanje, preventivne i protivepidemijske mere, postekspoziciona profilaksa, prevencija transmisije infekcije sa majke na dete i pedijatrijski AIDS, vulnerabilne grupe, diskriminacija i stigmatizacija, psihijatrijski i psihološki aspekti HIV infekcije i drugo. Edukacijom zdravstvenih radnika kao zdravstvenih edukatora dece, omladine i ostalog stanovništva kao i drugih zdravstvenih radnika, značajno se utiče na jačanje kapaciteta i adekvatan odgovor zdravstvene službe i opšte populacije na HIV epidemiju.

PROTEJSKA PRIRODA INFEKTIVNIH BOLESTI

Prof. dr Miodrag Vrbić

KLINIČKI CENTAR NIŠ, KLINIKA ZA INFEKTIVNE BOLESTI

U infektologiji, više nego bilo gde drugde u medicini, svedoci smo promenljivosti - nestalnosti patologije. Uslovljene ubrzanim društvenim napretkom i razvojem same medicine, ove izmene odnosa čoveka i njegovog mikrobnog okruženja posebno su dinamične poslednjih decenija. Predstavljene su opštim padom morbiditeta i porastom mortaliteta infektivnih bolesti, sa sve redom pojavom prepoznatljivih - tradicionalnih entiteta i sve češćim teškim infekcijama kompleksne kliničke prezentacije.

Generalno, evolucija našeg odnosa sa mikrookruženjem je karakterisana prevladavanjem infekcija mikrobnim agensima koji su našli uslovni kompromis sa svojim domaćinom. Svakako najilustrativniji primer je infekcija virusom humane imunodeficijencije (HIV), kojom su potencirane sve aktuelne teme infektologije: imunosupresija, oportunističke infekcije, razvoj mikrobnog rezistencije, učestalija pojava novih infektivnih oboljenja i infekcijama indukovanih drugih oboljenja...

Danas najznačajniji, nedovoljno afirmisan, aspekt HIV infekcije su izuzetna dostignuća u mogućnostima njenog tretmana i praćenja. Međutim, i pored izmenjene slike oboljenja, od ultimativno fatalne bolesti do hroničnog stanja, neka pitanja još uvek ostaju otvorena: i dalje nema izlečenja (terapija je doživotna), tretman je povezan sa ozbiljnim neželjenim efektima, adherencija je kritična za postizanje uspeha, prisutna je rastuća virusna rezistencija u tretiranih i novo-inficiranih pacijenata.

SAVREMENA POSTAVKA MEDICINSKIH ISTRAŽIVANJA

Prof. dr Tatjana Ille

MEDICINSKI FAKULTET BEOGRAD

UVOD: medicinska istraživanja danas zahtevaju i određenu savremenu metodologiju naučno-istraživačkog rada i pristupa kako samom postupku definisanja studije, tako i deskripcije i analize podataka.

CILJ RADA: da se definiše korak po korak u postavljanju studije; da se definiše tip studije i u skladu sa tim metodologija rada; da se uoči da algoritam postupaka koji predhode donošenju medicinskog zaključka na osnovu neke studije može biti različit a u skladu sa naučno priznatom metodologijom

REZULTATI: predloženi su različiti algoritmi istraživačkih postupaka u skladu sa tipom studije i za svaku je predložen postupak statističko-analitičkih metoda kojima dobijene podatke analiziramo i iz njih dobijamo generalizovane zaključke.

ZAKLJUČAK: savremena medicinska i zdravstvena istraživanja imaju svoje jasno definisane korake postupaka koji prate savremene trendove dobijanja rezultata studija kao i njihove prezentacije i publikacije.

BAKTERIJSKE INFEKCIJE GENITALIJA KAO POTENCIJALNI UZROK PREVRREMENIH POROĐAJA

Prof. dr Mirjana Bogavac

MEDICINSKI FAKULTET, KLINIČKI CENTAR VOJVODINE, KLINIKA ZA GINEKOLOGIJU I AKUŠERSTVO, NOVI SAD

UVOD: Prevrmeni porođaj je vodeći problem moderne obstetricije u celom svetu. Rezultat je kompleksa mehanizama koji imaju za krajnji rezultat rađanje prematurusa sa rizikom za visoki morbiditet i mortalitet, koji je prisutan kako u nerazvijenim, tako i u visoko razvijenim zemljama sveta. Incidenca pretermijskih porođaja u svetu je između 6 i 10% a u našoj zemlji oko 8%. Kako je etiologija, pretermijskih porođaja nepotpuno jasna, ispitivanje faktora rizika, njihovog značaja i međusobnog odnosa, od neprocenjive je važnosti za perinatologiju danas.

Pored već poznatih činilaca rizika za prevremeni porođaj, poslednjih godina je posebna pažnja usmerena na istraživanje novih – genetskih faktora a posebno uloge infekcije i njenog mesta u nastanku pretermijskog prsnuća plodovih ovojaka i prevremenog porođaja.

Predikcija i prevencija prematuriteta predstavlja veliki izazov i zato bi bilo veoma važno da se u svakodnevnu praksu uvedu markeri koji bi pomogli u prepoznavanju ovih trudnica.

Među markerima koji bi mogli da ukažu na prisustvo infekcije u trudnoći i omogućće rano i pravovremeno postavljanje dijagnoze i primenu terapije je i C reaktivni protein (CRP). CRP je senzitivni marker sistemske infekcije. Brzi rast vrednosti CRP-a u inflamaciji može da posluži kao dobar i rani pokazatelj infekcije, posebno u trudnoći kao i egzacerbacije procesa kod inflamatornih stanja.

Jedan od markera prevremenog porođaja je insulinu sličan faktor rasta (Engl.insulin-like growth factor– IGFBP) čije ispitivanje iz uzorka uzetog brisom grlića materice može biti koristan dijagnostički marker prevremenog porođaja i pretermijskog prsnuća plodovih ovojaka.

CILJ RADA: da se ispituju potencijalni bakterijski uzročnici prevremenog porođaja u odnosu na porođaje u terminu i da se ukaže na značaj bakterijske genitalne infekcije kao potencijalnog uzroka prevremenih porođaja kao i na mogućnost primene markera u dijagnozi infekcije u trudnoći i prevremenom porođaju.

MATERIJAL I METOD RADA: Istraživanje je sprovedeno kod pacijentkinja, hospitalizovanih u Kliničkom centru Vojvodine na Klinici za ginekologiju i akušerstvo u Novom Sadu, kod kojih je porođaj završen prevremeno – ispitivana grupa, odnosno u terminu – kontrolna grupa. Ispitivanje je obuhvatilo 88 pacijentkinja porođenih pre termina (24 do 37 NG), odnosno, 98 porodilja kod kojih je porođaj nastupio u terminu, nakon 37 do 42 NG. Bakteriološka dijagnoza je postavljena mikroskopiranjem i kultivisanjem uzetog materijala iz direktnog preparata bojenog po Grammu.

Test za određivanje C-reaktivnog proteina je baziran na imunohistohemijskoj reakciji između CRP-a i antitela na CRP, povezanih za lateks partikule. Porast CRP koncentracije $\geq 6\text{mg/l}$ ukazuje na vidljivu aglutinaciju lateks partikula, odnosno pozitivan nalaz.

Actim PROM test, Medix Biochemica, Kauniainen, Finland se zasniva na određivanju koncentracije pHIGFBP-1 u cervikovaginalnom sekretu ispitivanih trudnica imunohromatografskom metodom sa monoklinalnim antitelima 6 303 koji vezuju pHIGFBP-1.

REZULTATI I DISKUSIJA: Bakterijsku infekciju urogenitalnog trakta je imalo 21 (40%) ispitanica prevremeno porođenih a 7 (11.1%) porođenih na vreme. Utvrđeno je signifikantno ($p<0.001$), veće prisustvo bakterijske infekcije u grupi pretermijskih porođaja u odnosu na terminske. Ispitivanjem prisustva bakterija u grliću, konstatuje se statistički značajno veće ($p<0.01$) prisustvo bakterija u cerviksu, trudnica, porođenih pre termina. Kod ovih trudnica su izolovane bakterije: Streptococcus agalactiae kod 2 (3.8%), Enterococcus 7 (13.2%), Staphylococcus sp. 4 (7.5%), Escherichia coli 4 (7.5%), Streptococcus viridans 1 (1.9%) i Proteus mirabilis kod 1 (1.9%). U kontrolnoj grupi trudnica su u cerviksu dijagnostikovane bakterije: Streptococcus agalactiae kod 1 (1.6%), Staphylococcus epiderm. 1 (1.6%), Klebsiella pneumoniae 1 (1.6%) i Streptococcus viridans kod 1 (1.6%). S obzirom da ascendentna infekcija iz urogenitalnog trakta trudnice može imati za posledicu i infekciju zaštitnih i funkcionalnih elemenata ploda, shodno tome, sprovedena su bakteriološka ispitivanja kotiledona, plodovih ovojaka i plodove vode. Statistička analiza je ukazala na signifikantno veće ($p<0.01$) prisustvo bakterija u grupi pretermijskih porođaja u odnosu na terminske.

CRP je bio pozitivan kod 34,3% trudnica kod kojih je nastupio prevremeni porođaj i kod 28,6% kod kojih je porođaj usledio u terminu.

Rezultati ispitivanja ukazuju da je 93,75% trudnica koje su se porodile pre termina i kod kojih je postojala sumnja na prsnuće plodovih ovojaka (ispitivana grupa) imalo pozitivan ActimPROM test u cervikalnom

mukusu. Ovi rezultati ukazuju na značaj primene testa ne samo kao indikatora prevremenog porođaja već i u dijagnozi mikro - ruptura fetalnih membrana. U slučaju pozitivnih nalaza CRP, Actim PROM test, kao i pozitivnog nalaza bakteriološkog brisa urogenitalnog trakta trudnica, antibiotska terapija je sprovedena na osnovu rezultata antibiograma a kod pozitivnog ActimPROMtesta i kortikosteroidna terapija u cilju prevencije infekcije i respiratornog distresa kod prevremenih porođaja.

ZAKLJUČAK: Infekcija u trudnoći predstavlja značajan rizik za nastanak prevremenog porođaja. Analizom bakterijske infekcije urogenitalnog trakta, utvrđeno je signifikantno veće prisustvo bakterija ($p < 0.001$), kod prevremeno porođenih žena u odnosu na porodilje u terminu. Rezultati sprovedenih ispitivanja ukazuju na značaj određivanja markera CRP-a i IGFBP kod trudnica kao pokazatelja lokalne, sistemske perinatalne

UTICAJ FAKTORA SPOLJNE SREDINE NA RAZVOJ RESPIRATORNIH PROBLEMA KOD DECE (SINPHONIE PROJEKAT U SRBIJI)

Zorica Živković(1, 2), Sofija Cerović(2), Jasmina Jocić-Stojanović(2), Milena Jovašević-Stojanović(3)

(1)MEDICINSKA AKADEMIJA-US MEDICAL SCHOOL, (2)DEČJA BOLNICA ZA PLUĆNE BOLESTI I TUBERKULOZU, KBC DR DRAGIŠA MIŠOVIĆ, (3)INSTITUT VINČA

Kvalitet vazduha koji udišemo, je posebno značajan za subpopulaciju osetljivih osoba: dece, osoba sa kardiorespiratornim oboljenjima, osoba koje su socijalno i ekonomski deprivirane ili starih osoba.

Deca su naročito osetljiva, s obzirom da inhaliraju veći volumen vazduha po kg telesne težine u odnosu na odrasle osobe. Poznato je da se pluća razvijaju i nakon rođenja i tokom prvih godina života, da imuni sistem nije dovoljno zreo, a naročito je odbrana imunim reakcijama nekompletna.

Aerozagađenje može oštetiti postojeće ćelije u respiratornom sistemu, i ako su te ćelije i posebno važne za dalji funkcionalni razvoj, pluća neće dostići pun razvoj i funkciju, i sa tim defektom će se problem iz detinjstva nastaviti i u odraslo doba. Moguće je da se na temelju ovakvih početnih oštećenja pluća, u toku starenja organizma, čestih infekcija i dodatnih dejstava spoljnih štetnih faktora, značajno pojačaju tegobe i prodube u smislu definitivnih i hroničnih oštećenja.

Najvažniji zagađivači spoljne sredine dolaze od razgradnje goriva i naftnih derivata. Primarni polutanti koji direktno odlaze u atmosferu su karbon monoksid, sumpor dioksid, azot dioksid i sitne čestice. Sekundarni polutant je ozon. Dejstvo na respiratorni sistem ima svaka od ovih supstanci: sitne čestice –karcinom pluća, redukovana funkcija pluća, inflamacija gornjih i donjih disajnih puteva; azot dioksid – pogoršanje astme, inflamacija, bronhijalna preosetljivost, povećana osetljivost prema infekcijama; ozon – oštećenje pluća, plućne funkcije, pogoršanje astme, iritacija disajnih puteva i sluznice oka; karbon monoksid – bronhijalna preosetljivost, sumpor dioksid – pogoršanja astme, iritacija respiratorne sluznice.

Unutrašnja sredina takođe je značajan faktor izlaganja ljudskog organizma štetnim faktorima, a to su pre svega duvanski dim, sitne čestice, biološke čestice i vlaga/buđ. Duvanski dim povećava rizik od akutnih respiratornih simptoma, infekcija, pogoršanja hroničnih bolesti respiratornog sistema, karcinoma pluća. U nerazvijenim delovima sveta pored duvanskog dima, izloženost dece koja više vremena provode u zatvorenom prostoru, je posledica sagorevanja, koje nastaje kuvanjem i loženj čak i otvorenih ognjišta u kućnim uslovima. Vlaga u kućama, školama i prostorijama u kojima deca provode veći deo dana, i noći, udružena je sa 30 do 50% povećanja respiratornih problema i astmatskih tegoba. Postoje jasni dokazi da se povećava broj novodijagnostikovane astme kod dece, broj pogoršanja postojeće astme, kao i broj slučajeva sa alergijskim simptomima gornjih disajnih puteva.

Mnoge studije pokazale su da oksidativni stres, izazvan aerozagađivačima, ima centralnu ulogu u nastanku oštećenja. Prvi kontakt inhaliranih čestica je sa tečnim površnim slojem respiratorne sluznice, preko koje se odigrava niz reakcija koje vode do oksidativnog stresa i posledično povećane produkcije inflamatornih medijatora.

U Srbiji je u toku izvođenje panevropske, multicentrične studije o zagađenju unutrašnje sredine i vazduha u školama u kojima deca provode veliki deo svog radnog dana o povezanost sa respiratornim simptomima i problemima. Ispitivanje vazduha unutrašnje sredine vrši Institut Vinča, a klinička merenja i procenu respiratornog stanja dece vrše pedijatri pulmolozi iz Dečje plućne bolnice. Ispitivanjem su obuhvaćene škole gradske, seoske i prigradske sredine u Beogradu, Boru, Zaječaru, Grljenu i Zlotu. Kliničkim ispitivanjem proceniće se respiratorno stanje zdravlja dece, a objektivnim kliničkim merenjima proceniće se plućna funkcija i inflamatorni status u disajnim putevima.

DECA UKLJUČENA U ŽIVOT I/ILI RAD NA ULICI

Prof. emeritus Nevenka Rončević(1), Doc. dr Aleksandra Stojadinović(2), Daliborka Batrnek-Antonić(3)

(1)MEDICINSKI FAKULTET NOVI SAD, (2)INSTITUT ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU DECE I OMLADINE VOJVODINE, (3)EKUMENSKA HUMANITARNA ORGANIZACIJA

Prema UNICEF-u dete ulice- dete uključeno u život i rad na ulici, je bilo koje dete uzrasta do 18 godina, kom je ulica postala dom i/ ili izvor prihoda i koje nije adekvatno zaštićeno ili nadgledano od strane odrasle, odgovorne osobe. Procenjuje se da u svetu ima oko 100-150 hiljada dece ulice. Život i rad na ulici ima dalekosežne posledice po razvoj i zdravlje ove dece. Živeći i radeći na ulici deca se suočavaju sa najvišim nivoom rizika. Mnogo češće boluju od akutnih bolesti, povreda, infekcija (crevnih, respiratornih, polno prenosivih infekcija, neadekvatne ishrane, mentalnih poremećaja). Češće zloupotrebljavaju psihoaktivne supstance, žrtve su zlostavljanja, seksualne eksploatacije, trgovine ljudima, češća je neželjena trudnoća nego kod njihovih vršnjaka iz siromašnih porodica. Deca/mladi ulice češće bivaju hospitalizovani, hospitalizacija traje duže, zbog težine obolenja i neblagovremenog javljanja lekaru. Ova deca/mladi teško se odlučuju da zatraže zdravstvenu pomoć, a kada pokušaju nailaze na brojne barijere.

Deca ulice su u Srbiji nevidljiva - Republika Srbija u svojim zakonima i strategijama ne prepoznaje pojam dece ulice, pa samim tim nisu razvijene ni mere kojima bi se oni uključili u sistem socijalne i zdravstvene zaštite, kao ni u školski sistem. Prve korake ka sagledavanju i rešavanju ovog problema preduzele su nevladine organizacije u Beogradu, Nišu i Novom Sadu koje su otvorile Svrtišta za decu uključenu u život i rad na ulici. Kroz rad Svrtišta, je u ova tri grada registrovano oko 1600 dece i mladih koji su uključeni u život i rad na ulici, dok je stvarni broj nepoznat, ali daleko veći. Da bi se pomoglo deci ulice i da bi se uključila u društvenu zajednicu, neophodno je što hitnije angažovanje cele države i društva, a primarna odgovornost je na zdravstvenom, socijalnom i obrazovnom sektoru. Ukoliko se to ne učini, ova deca i mladi će ostati teret za društvo tokom čitavog života, a njihova deca će verovatno doživeti sličnu sudbinu.

MENTALNO ZDRAVLJE MLADIH

Doc. dr Aleksandra Stojadinović(1), Prof. emeritus Nevenka Rončević(2)

(1)INSTITUT ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU DECE I OMLADINE VOJVODINE, (2) MEDICINSKI FAKULTET NOVI SAD

Mentalno zdravlje mladih je veoma važan deo opšteg zdravlja. Prema SZO mentalno zdravlje je „stanje blagostanja u kom je osoba svesna svojih sposobnosti, sposobna da prevlada normalne životne stresove, produktivna je u radu i doprinosi svojoj zajednici“. Većina mentalnih poremećaja započinje u periodu adolescencije, a dijagnostikuju se znatno kasnije, često i nakon više godina. U periodu adolescencije najčešće se javljaju: anksiozni poremećaji, poremećaji raspoloženja (kao što su npr. depresija, bipolarni poremećaj), poremećaji ponašanja, poremećaji ishrane, poremećaj pažnje i aktivnosti. Učestalost mentalnih poremećaja u Srbiji među adolescentima nije poznata; procenjuje se da oko jedne trećine mladih pokazuje znake psihološkog trpljenja. U poslednje dve decenije u Srbiji se menjaju psihopatološke manifestacije kod mladih. Promene u psihopatologiji se mogu smatrati posledicom društvene krize kroz koju je prolazila naša zajednica u poslednje dve decenije. Najčešće psihopatološke manifestacije kod mladih u Srbiji su depresivna stanja i poremećaji ponašanja, uključujući i zloupotrebu psihoaktivnih supstanci. Devedesetih godina dvadesetog veka, u vreme ekonomske krize i sankcija, u porastu je bila maloletnička delinkvencija u vidu „dela protiv imovine“ (otimanje odevnih predmeta od vršnjaka, provale, krađe). Nakon 1994-95. godine usledio je pad ovog oblika delinkvencije, ali su registrovane nove vrste delikata i porast sve surovijeg nasilja. Porasla je učestalost „dela protiv tela i života“ od 6% 1991. godine do 14% 2008. godine. Uz porast nasilja, zabeležena je i povećana autodestruktivnost mladih, odnosno porast broja samoubistava među mladima do 1997. godine od kada je u postepenom padu i 2007. godine je dostigao nivo iz 1990. godine.

U većini regiona Srbije ne postoje službe namenjene mentalnom zdravlju mladih, a retko postoje i edukovani profesionalci koji se ciljano bave mentalnim problemima ove populacije. Pedijatri nemaju dovoljno znanja da prepoznaju poremećaje mentalnog zdravlja. Zbog svega ovog poremećaji mentalnog zdravlja se kasno dijagnostikuju, a lečenje nije dostupno svim mladima koji pate od njih. Lečenje mentalnih poremećaja je najefikasnije ukoliko se započne rano te je neophodno da se stalno radi na edukaciji pedijatarata za prepoznavanje poremećaja mentalnog zdravlja, na povećanju broja profesionalaca i ustanova koje se bave mentalnim zdravljem mladih i na uspostavljanju tesne saradnje između pedijatarata, psihologa i psihijatarata.

ZBORNİK SAŽETAKA

NASLOV SESIJE: KONZERVATIVNA MEDICINA I DIJAGNOSTIKA

- USMENE PREZENTACIJE -

STOPA PREVALENCIJE ARTERIJSKE HIPERTENZIJE NA TERITORIJI OPŠTINE ZAJEČAR U 2011. GOD. – EPIDEMIOLOŠKA ANKETA UDRUŽENJA ZA HIPERTENZIJU SRBIJE

Dušan Bastać(1), Dragan Lović(2), Vesna Stojanov(3), Predrag Marušić(4), Ljiljana Bocić(1), Marija Drobňaković(1), Marija Jovanović(1), Jasna Božinović(1)

(1)INTERNISTIČKA ORDINACIJA "DR BASTAĆ", ZAJEČAR. (2)POLIKLINIKA "INTERMEDIKA" NIŠ,
(3) MEDICINSKI FAKULTETBEOGRAD

UVOD. Udruženje za Hipertenziju Srbije sprovelo je u Srbiji u 2011.godini ispitivanje prevalencije hipertenzije uz pomoć standardnog anketnog upitnika "Epidemiološka anketa o stopi prevalencije hipertenzije". Ispitivanje je sprovedeno i na teritoriji opštine Zaječar, za koju je određen statistički uzorak od najmanje 118 ispitanika koji žive na području grada i 139 ispitanika koji žive u zaječarskim selima. Ispitanici su odabrani metodom slučajnog uzorka.

MATERIJAL I METODE. Epidemiološkom anketom obuhvaćen je 301 ispitanik: 45% (136) sa teritorije grada i 55% (165) iz četiri sela: Koprivnica, Grljan, Veliki Izvor i Rgotina. Ispitanici su popunjavali anketne upitnike u kućnom ambijentu i bez prethodne najave. U upitniku su navedeni osnovni podaci o ispitaniku: pol, uzrast, životne navike. Ispitanici za koje smo utvrdili da se leče od povišenog krvnog pritiska davali su podatke o vrsti i broju lekova koje koriste, kao i o načinu njihovog korištenja. Ispitanik je potpisom potvrđivao tačnost navedenih podataka. Pri dolasku u kućnu posetu merili smo arterijski pritisak (dva puta), srčanu frekvenciju, telesnu težinu, visina i obim struka. U svrhu smanjenja efekta "belog mantila" od dva merenja arterijskog pritiska uzimali smo nižu vrednost.

REZULTATI. Povišen krvni pritisak sa srednjom vrednošću \pm standardna devijacija ($157 \pm 18/90 \pm 14$ mmHg) imalo je 49.8% ispitanika (150). Normalankrvnpritisak ($124 \pm 10/74 \pm 9$ mmHg) imalo je 50.2% ispitanika (151). Među ispitanicima registrovali smo i podgrupu koja ima krvni pritisak u granicama normale, a koja je pod antihipertenzivnom terapijom – lekove koristi redovno ili povremeno. Takvih je bilo 15,6% (47). To anamnestički uvećava stopu prevalencije hipertenzije na 197, odnosno 65,4% ispitanika. S obzirom na kriterijume studije ipak ih nismo priključili grupi ispitanika sa aktuelno povišenim krvnim pritiskom. U hipertenzivnoj grupi broj muškaraca i žena je bio sličan - 48% / 52%. U normotenzivnoj grupi dominirao je ženski pol 61% ($p < 0.01$). Statistički visoko značajno hipertenzivnu grupu čine starije osobe 59 ± 15 godina u odnosu na normotenzivnu grupu 48 ± 18 godina ($p < 0.001$). Genetska predispozicija za hipertenziju u porodičnoj

anamnezi je visoko zastupljena i u normotenzivnih 57,3% i u hipertenzivnih 49,7%, ali bez statistički značajne razlike ($p=NS$). De novo hipertenzija je otkrivena kod 39,3% hipertenzivnih (59) ili 19,6% celog uzorka. Svest o prisustvu hipertenzije postoji u 61% ispitanika sa aktuelno povišenim pritiskom ili u 71% (140) svih anamnestički hipertenzivnih. Od svih ispitanika koji leče hipertenziju (64%), na adekvatan način to čini samo 23,9%. U neadekvatno lečenoj podgrupi od 79 ispitanika, jedan antihipertenziv koristi 49%, dva antihipertenziva 30%, tri antihipertenziva 15% i četiri antihipertenziva 5%.

ZAKLJUČAK. Na teritoriji opštine Zaječar stopa prevalencije osoba sa povišenim arterijskim pritiskom je 49,8%, a anamnestički hipertenzivnih je 65,4% što predstavlja značajan porast stope u odnosu na ispitivanje koje je vršeno u Zaječaru 1998/1999. godine kada je stopa prevalencije bila 37,7%. De novo hipertenzija je otkrivena u 19,6% celog uzorka. Statistički visoko značajno hipertenziju ima starija populacija. Ukupno hipertenziju leči 126 (64%) ispitanika, a adekvatno sprovodi terapiju samo 23,9%. Sa tri i četiri antihipertenzivna leka leči se 20%, što predstavlja visok procenat rezistentne hipertenzije.

e-mail: dbastac@open.telekom.rs

PRIMENA I EFIKASNOST FIKSNIH KOMBINACIJA ANTIHIPERTENZIVA U LEČENJU ARTERIJSKE HIPERTENZIJE

Zorka Dimitrijević

DOM ZDRAVLJA "ZVEZDARA", BEOGRAD

Prema Evropskim preporukama, vrednosti arterijskog krvnog pritiska preko 140/90 mmHg kod osoba starijih od 18 godina, koje ne uzimaju lekove, definišu arterijsku hipertenziju kao bolest. Cilj istraživanja je da se prikaže da je primena i efikasnost fiksnih kombinacija antihipertenziva u lečenju arterijske hipertenzije, u skladu sa Evropskim preporukama o fleksibilnosti izbora leka na početku terapije. Metodom upitnika, dizajniranog za potrebe retrospektivno prospektivnog istraživanja, koje je obavljeno u periodu od februara do novembra 2011. godine, ispitano je 140 obolelih od hipertenzije 55 (39,28%) muškaraca i 85 (60,71%) žena, prosečne starosne dobi $54,92 \pm 0,829$ godina. Na prvom pregledu terapiju fiksnih kombinacija primenilo je 72(51,42%) ispitanika, sa vrednošću STA 150,97 mmHg (SE 1,53) i DTA 95,59 mmHg (SE 0,477) u odnosu na 58(41,42%) koji su koristili kombinovanu terapiju sa vrednošću STA 158,45 mmHg (SE 0,837) i DTA 98,45 mmHg (SE 0,708) sa statističkom značajnošću ($p<0,05$). Monoterapiju je koristilo 10(7,14%) ispitanika sa vrednostima STA 148,5 mmHg (SE 1,675) i DTA 95,01 mmHg (SE 0,745), što nema statističku značajnost ($p>0,05$) u odnosu na terapiju sa fiksnim kombinacijama i kombinovanom terapijom. Na četvrtom pregledu, 61(43,57%) ispitanik normalizovao je krvni pritisak, 48(34,28 %) na trećem i 22 (15,71%) ispitanika na drugom kontrolnom pregledu od kojih je 18 (12,85%) koristilo fiksne kombinacije antihipertenziva ($p<0,05$). Od 43,57% obolelih, koji su normalizovali krvni pritisak na kraju studije, 36(25,71%) koristilo je kombinovanu terapiju a 23 (16,42%) terapiju sa fiksnim kombinacijama antihipertenziva ($p<0,05$). 113(80,71%) ispitanika je normalizovalo pritisak na vrednosti visoko normalnog pritiska 135/85 mmHg i od toga 62 (44,28%) je koristilo fiksne kombinacije u terapiji hipertenzije, a 18(12,85%) pacijenata, koji su takođe koristili fiksne kombinacije antihipertenziva normalizovalo je krvni pritisak na vrednosti normalnog pritiska 120/80 mmHg. Na kraju studije, smanjene vrednosti STA na 124,44 mmHg (SE 0,675) i DTA na 76,39 mmHg (SE 0,497) postigli su ispitanici sa terapijom fiksnih kombinacija u odnosu na vrednosti STA 131,64 mmHg (SE 0,497) i DTA 79,40 mmHg (SE 0,728) kod ispitanika sa kombinovanom terapijom sa statističkom značajnošću ($p<0,05$). Zaključujemo, da primenom fiksnih kombinacija antihipertenziva, postizemo visoku efikasnost u brzini normalizacije krvnog pritiska, što se ogleda u normalizaciji pritiska na drugom pregledu nakon tri meseca terapije.

ključne reči : efikasnost, fiksne kombinacije, lečenje, hipertenzija

e-mail: drzorkad@sezampro.rs

EFIKASNOST PERORALNOG ACIKLOVIRA U LEČENJU HERPETIČNOG GINGIVOSTOMATITISA PREDŠKOLSKE DECE

Dragana Stamatović (1), K. Starinac (2), Z. Živković (3)

(1) PRIVATNA PEDIJATRIJSKA ORDINACIJA "PRIMUM VIVERE" KRUŠEVAC, (2) ZDRAVSTVENI CENTAR KRUŠEVAC, DISPANZER ZA DECU I OMLADINU, (3) MEDICINSKI FAKULTET PRIŠTINA-KOSOVSKA MITROVICA, KATEDRA ZA PEDIJATRIJU

UVOD: Herpetični gingivostomatitis je bolest neprijatnog toka koja prolazi spontano nakon 10-14 dana bez specifičnog lečenja. Međutim, zbog bolnih lezija u ustima uzimanje hrane i tečnosti je otežano i brojna deca moraju biti hospitalizovana radi intravenske rehidracije. O delotvornosti peroralne primene aciklovira kod ove bolesti podaci u literaturi su oskudni.

CILJ: Procena efikasnosti aciklovira u dozi od 30 mg/kg/dan per os u lečenju herpetičnog gingivostomatitisa predškolske dece.

MATERIJAL I METODE: Retrospektivnom studijom koja je obuhvatila period od 01.03.05.- 31.12.11. godine skupljeni su podaci od 95-toro imunokompetentne dece uzrasta 1-7 godina sa kliničkom slikom herpetičnog gingivostomatitisa. Deca su podeljena u tri grupe. Ispitanicima prve grupe (G1, n=33) peroralni aciklovir je dat u dozi od 30mg/kg/dan u prva 72 sata od početka bolesti, dok su ispitanici druge grupe (G2, n=30) lek u istoj dozi dobili nakon tog perioda. Ispitanici kontrolne grupe (KG, n=32) dobijali su samo antipiretike. Poređeno je trajanje povišene telesne temperature, oralnih lezija i teškoća sa ishranom između grupa.

Rezultati: Ispitanici G1 imali su u kraćem periodu oralne lezije nego G2 i KG (6,2 prema 8,9, odnosno 8,2 dana, $p < 0,01$), kraće trajanje povišene telesne temperature (4,3 prema 5,8 odnosno 6,3 dana, $p = 0,001$) i kraći period odbijanja hrane (5,0 prema 6,6 odnosno 5,7, $p = 0,004$)*

Nije bilo statistički značajne razlike ni po jednom od ishoda između G2 i KG.

Zaključak: Primena peroralnog aciklovira u dozi od 30 mg/kg/dan za herpetični gingivostomatitis kod predškolske dece u prva tri dana bolesti značajno skraćuje njen tok. Korist od lečenja nije ustanovljena ukoliko se započne nakon ovog perioda.

Ključne reči: aciklovir, herpetični gingivostomatitis, dete

*Data je aritmetička sredina

e-mail: ordinacija.primumvivere@gmail.com

UTICAJ RE-IRADIJACIJE NA PREŽIVLJAVENJE PACIJENTATA KOD UZNAPREDOVALOG KARCINOMA RECTUMA

Ivan Poček

KLINIKA ZA ONKOLOGIJU NIŠ

UVOD: Kod velikog broja pacijenata se razvija lokalni recidiv, metastaze u limfne noduse i širenje tumora u okolno tkivo. U slučajevima kada hirurgija i hemioterapija nisu indikovane kao metode lečenja se može razmatrati re-iradijacija. Radioterapijska doza je limitirana osetljivošću normalnih tkiva oko tumora. Prekoračenje doze može dovesti do teških oštećenja pa i do letalnog ishoda u nekim slučajevima. Još uvek ne postoje osnovna pravila za sprovođenje re-iradijacije

CILJ: Odrađivanje kumulativne doze i toksičnih efekata zračne terapije, kod 13 pacijenata posle treće serije iradijacije sa delimičnim ili kompletnim preklapanjem polja zračenja u odnosu na prethodne dve serije zračenja. Efikasnost zračne terapije i njena toksičnost je poređena u odnosu na redukciju tumorskog volumena, bol i krvarenje.

MATERIJAL I METODI RADA: U periodu 2007-2011, kod 13 pacijenata je sprovedena re-iradijacija po drugi put na isti region od interesa. Sekundarna iradijacija je bila sprovedena radi smanjenja bolova kod pacijenata. Izbor tehnike re-iradijacije zavisi od nekoliko faktora kao što su: veličina i mesto tumora.

REZULTATI: Dozvoljena redukcija doze za 50% kod re-iradijacije je 12 meseci nakon zadnjeg zračenja. Redukcija doze za 25% je dozvoljena kod re-iradijacije posle 6-12 meseci od zadnjeg zračenja. Unazad 6 meseci od zadnjeg zračenja ne redukuje se doza. Efikasnost je postignuta kod 81% pacijenata posle druge serije i kod 73% pacijenata posle treće serije re-iradijacije. Maksimalna kumulativna doza na tumor i peritumorsku regiju je 133 Gy. Maksimalna redukovana kumulativna doza za rectum je 91 Gy, crevo 73 Gy i mokraćnu bešiku je 79 Gy

ZAKLJUČAK: Maksimalana dozvoljena doza za organe od rizika kod re-iradijacije: za rektum 100 Gy, creva 90 Gy, mokraćna bešika 110 Gy, krsna kičma 75 Gy, sakralni nervi 105 Gy, plexus brachialis 105 Gy. Toksični efekti zračenja se mogu ogledati u pojavi fistule, diareje, krvarenja i lake opstrukcije creva. Ključne reči: Re-iradijacija, kumulativna iradijaciona doza, organi od rizika, toksičnost, efikasnost.

e-mail: ipocek@yahoo.com

KOMPJUTERIZOVANA TOMOGRAFIJA: DIJAGNOSTIČKI DOPRINOS 3D REKONSTRUKCIJE U RUTINSKOJ PRAKSI

Jasmina Strajnić

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, SLUŽBA RADIOLOŠKE DIJAGNOSTIKE

UVOD: Primena različitih tehnika postprocesinga kao što su multiplanarna projekcija (MPR), projekcija maksimalnog signala (MIP) i oslikavanje površine objekta (SSD), pružaju dodatne dijagnostičke mogućnosti.

CILJ: Rad ima za cilj da prikaže najčešće 3D rekonstrukcije i njihovu primenu u svakodnevnoj dijagnostici.

MATERIJAL I METODI: U radu prikazujemo 14 pacijenata kod kojih su urađene MPR, MIP i SSD rekonstrukcije. Kod 7 pacijenata urađene su MPR i SSD rekonstrukcije, kod 2 pacijenta MIP i SSD a kod 5 pacijenata samo MIP rekonstrukcije.

ZAKLJUČAK: Ove tehnike omogućavaju bolju vizualizaciju anatomskih detalja, koje je teško uočiti korišćenjem samo aksijalnih preseka.

e-mail: drmarijailic@yahoo.com

ESTETSKA PROTETSKA REHABILITACIJA NA IMPLANTATIMA U ANTERIORNOM SEGMENTU MAKSILE

Zaviša Smiljanić(1), Stefan Smiljanic(2), Srbislav Pajić (3)

(1) PRIVATNA STOMATOLOŠKA ORDINACIJA "STAD DENTAL", NEGOTIN, , (2)STOMATOLOŠKI FAKULTET PANČEVO, (3)PRIVATNA PRAKSA NEGOTIN

UVOD: U poslednjoj deceniji se rehabilitacija oseointegrirajućim implantatima kod bezubih i delimično bezubih pacijenata pokazala proverenom i uspešnom mogućnošću terapije

CILJ: Protetska estetska rehabilitacija na implantatima u gornjoj vilici

MATERIJAL I METODI RADA: Nakon observacije stanja okluzalnog kompleksa, indicirana je ugradnja implantata u anteriornom segmenu gornje vilice (ISOMED), poštujući hirurški protokol. Nakon perioda oseointegracije izrađena je suprastruktura na implantatima poštujući protetski protokol

REZULTATI: Protetska nadoknada na implantatima , omogućila je funkcionisanje okluzalnog kompleksa u fiziološkim granicama

ZAKLJUČAK: Protetska sanacija bezubih i delimično bezubih pacijenata na implantatima, omogućuje fonaciju, mastikaciju i estetiku pacijentima sa predvidivošću prezivljavanja implantata što je benefit za pacijenta

Ključne reči: Implantat, protetska suprastruktura

e-mail: stad_dental@yahoo.com

NASLOV SESIJE:
KONZERVATIVNA MEDICINA I DIJAGNOSTIKA**- POSTER PREZENTACIJE -****REFRAKCIONA MANA KAO UZROK GLAVOBOLJE DECE ŠKOLSKOG
UZRASTA***Vinka Repac (1), Zoranka Vlatković (1), Branislava Stanimirov (2), Ivan Antić (1)*

(1) DOM ZDRAVLJA ŽITIŠTE, (2) DOM ZDRAVLJA NOVI SAD

UVOD: Glavobolja dece školskog uzrasta je često uzrok konsultativnog pregleda oftalmologa. Kao sindrom može da nastane iz različitih razloga. Emocionalni poremećaji, trauma glave, groznica, intrakranijalni vaskularni poremećaji, bolesti zuba, bolesti oka, paranasalnih šupljina i intrakranijalni ekspanzivni procesi. U dečijem uzrastu simptom glavobolje je najzastupljeniji kod nekorigovanih refrakcionih mana.

CILJ RADA: Da se ukaže na opravdanost sistematskog pregleda dece do 5. godine života, a najkasnije pre polaska u I razred osnovne škole.

MATERIJAL I METOD RADA: U radu su korišteni protokoli i zdravstveni kartoni ambulante za očne bolesti Doma zdravlja Žitište za period 2011. godine. Analizom su obuhvaćena deca od 7 do 14 godina života, upućena na konsultativni pregled oftalmologa sa simptomom glavobolje. Ukupno je pregledano 81 dete. Oftalmološki pregled je obuhvatao: proveru vidne oštine pomoću Pfluggerovih kuka, caver test, određivanje motiliteta, stereo vida, kolornog vida, pregled prednjeg segmenta oka na binokularnom mikroskopu i pregled oćnog dna. Izdvojeno je 26-oro dece sa smanjenom vidnom ošćrinom, te se pristupilo objektivnom određivanju vidne oštine (skijaskopija).

REZULTATI: Od 26-oro dece, 14 dećaka i 12 devojćica, izdvojeno je 5 miopa, 13 hipermetropa, 5-oro dece sa astigmatizmom i 3 sa heteroforijom. Najzastupljenija refrakciona greška je hipermetropia, više kod devojćica nego kod dećaka, i to između 9. i 10. godine života. Subjektivno najintenzivnije tegobe u smislu slivanja slova pri ćitanju, brzine zamaranja pri radu, ućestalosti glavobolje su iskazala deca sa astigmatizmom. Kod astigmatizmus compositum i mixtum je intenzitet glavobolje bio daleko izraćeniji nego kod astigmatizmus simplex. Hipermetropije i miopije su korigovane do vidne oštine 1.0, dok je kod heteroforija vidna oština na dva oka manja od 0.5, a kod ostalih oćiju (4) se kretala od 0.6 do 0.7. Visina refrakcione greške dobijena pri skijaskopiji se kretala od ± 3 Dsph do ± 7 Dsph. Visoka refrakciona hipermetropna anomalija posebno je izraćena kod heteroforija. Ovako nekorigovana deca u uzrastu od 9 i 10 godina su imala za posledicu znaćajno smanjenu vidnu ošćtinu i ambliopiu (2 oka).

ZAKLJUĆAK: Vid je jedna od najvaćnijih komponenti u psihomotornom razvoju deteta. Ispitivanje vidne funkcije i procenu vidne oštine treba pratiti od rođenja do 5. godine života kako bi se prevenirao razvoj slabovidosti jednog ili oba oka. U najranijem uzrastu podatke o promenama vida (da li dete prati predmete, poloćaj glave) daju roditelji. Pedijatar evidentira svaku promenu i blagovremeno upućuje dete oftalmologu. Preduslov za nesmetano prećenje nastave i ućenje bez glavobolje je dobar vid.

Ključne reći: glavobolja, smanjena vidna oština, sistematski pregled, saradnja pedijatar - oftalmolog.

e-mail: buba@dzzitiste.rs**NOVE MOGUĆNOSTI U LECENJU BAKTERIJSKIH INFEKCIJA***Božo Nešić(1), Mihai Ašotić(2), Damjan Nešić(3), Staniša Lazić (4), Dragan Miljković(4)*

(1)ZDRAVSTVENI CENTAR KLADOVO, (2)KANTONALNA BOLNICA TRAVNIK, (3)FARMACEUTSKI FAKULTET BEOGRAD, (4)ZDRAVSTVENI CENTAR BOR

Na našem tržištu pojavio se novi lek Zmax, granule sa produćenim oslobađanjem za oralnu suspenziju, kao doza koja se koristi jednokratno. Lek je po sastavu azitromicin i prvi je u podklasi makrolidnih antibiotika, koji su poznati kao azalidi, a hemijski se razlikuju od eritromicina. U njemu je umetnut atom azota u laktonski prsten

eritromicina. Način delovanja Zmaxa je inhibicija sinteze bakterijskih proteina vezivanjem za 50s ribozomske subjediniće, i sprečavanje translokacije peptide, bez dejstva na sintezu polinukleotida, znaci bakterostatsko.

CILJ RADA: Da li je jedna doza granula Zmaxa dovoljna da terapijski suprimira infekciju gornjih i donjih vazdušnih puteva? Da bi zadovoljio kriterijume koje smo postavili, nivo leka u krvi bi trebalo da u narednim danima bude visok. U prospektu leka stoji da je poluživot eliminacije 59 časova. Produženi poluživot se smatra posledicom povećanog volumena distribucije. Slične efekte imali smo sa Benzatin penicilinom, koji kada se dobije koncentracija u serumu bude niska ali se održava nedeljama. Amerikanci su davali jednu dozu ekstencilina marincima kod bakterijskih infekcija, kao potpunu terapiju. Svojevremeno, pre petnaestak godina, bile su debate da li na takav način može da se koristi Extencilin, u Srbiji su samo dva ZC prihvatila preporuku SZO, jedan od njih je bio ZC Studenica u Kraljevu.

METOD: Lek smo ispitivali kod pacijenta sa faringitisom, anginom lakunaris, bronhitisom, ukupno ih je bilo pedeset šest. Kod pacijenata koji su se javljali na pregled radili smo laboratoriju i bris grla. To su pacijenti koji su se javljali sa povišenom temperaturom, drhatvicom i kašljem. Početak bolesti je uglavnom bio iznenadan sa temperaturom iznad 39°C. Ukoliko su donji disajni putevi bili zahvaćeni, javljao se bol na strani upale, tahipnea i kašalj. Kašalj je u početku neproduktivan da bi kasnije postao produktivan sa gustim iskašljajem. Ukoliko je bilo prisutan eksudat na tonzilama infekciju bismo registrovali kao bakterijsku.

REZULTATI I ZAKLJUČAK: Posle dva dana tegobe su kod pacijenata počele da se smiruju. Doslo je do pada temperature, leukociti su pali ispod deset hiljada, kašalj je bio manji. Prateći simptomi: glavobolja, nauzeja, povraćanje, bol u trbuhu, pojačana sekrecija iz nosa, kašalj, konjuktivitis su nestali. Lek je pokazao dobru penetraciju, toksicnost leka, kako rana tako i kasnija nije evidentirana. Lek je pogodan za starije ljude, neurološke bolesnike, za ljude koji nemaju vremena da vode računa o vremenu uzimanja leka.

e-mail: bozonesic@hotmail.com

PROMENE U LUMBALNOM DELU KIČME POSLE ARTROZE JEDNOG KUKA

Mihat Ašotić

KANTONALNA BOLNICA TRAVNIK

Za održavanje osnovnog položaja tela, kao i za normalan hod potreban je anatomski i funkcionalni integritet koštano zglobnih i neuromuskularnih struktura koji pri tome deluju. Zglob kuka ima ključnu ulogu prilikom normalnog hoda, a on je neophodan za održavanje monopodalnog i bipodalnog stajanja. Stoga je shvatljivo da zbog toga gubitak funkcije jednog kuka mora imati reperkusije prilikom hoda. Nestanak funkcije kuka predstavlja nedostatak jedne karike u skladnom funkcionalnom lancu.

Ko onda preuzima smanjenu funkciju jednog kuka?

CILJ RADA: Da li artroza jednog kuka neposredno ugrožava zdrav kuk? Preopterećenje sa promenama na zdravom kuku je cesto problematično. Rezultati istraživanja su potpuno divergentni, tako da se jednostrano rešenje ovog problema ne može prihvatiti. Kada bi promene na jednom kuku dovelo do preopterećenja drugog, to bi dovelo do artroze drugog kuka, a to se ne slaže sa podacima iz literature. U poslednje vreme vreme se navodi da kompenzatornu ulogu preuzima slabinski deo kičme. Slabinski deo kičme svakako ima veliki udeo u prenosu težine tela na udove. Ona je preko karlice povezana sa kukovima. Različita misljenja o opterećenosti zdravog kuka posle promena na jednom kuku, oslanjajući se i na sopstveno iskustvo u radu sa pacijentima sve više nas navodi na ideju da slabinski deo kičme pružima kompenzatornu ulogu. Da zdravi kuk preuzima potpunu funkciju bolesnog kuka, došlo bi do preopterećenja zdravog i sigurno do artroze istog.

METOD: Pacijenti koji su dolazili sa oštećenim kukom u ambulantu ortopedije pregledani su pažljivo, rađena je radiografija oba kuka i slabinskog dela kičme. Kod preko pedeset pacijenata uglavnom smo nalazili promene na slabinskom delu kičme, u obliku liste ze L5, promene na zdravom kuku su bile zanemarljive. Promene na zdravom kuku su bile u obliku subhondralne skleroze, a to nismo smatrali značajnim.

REZULTATI RADA I ZAKLJUČAK: Odgovor na naše pitanje je u radu sa pacijentima, kod većine pacijenata zdrav kuk je nepromenjen, mada su u dužem periodu hodali sa oštećenim kukom. Bolesnici nisu imali nikakvih subjektivnih tegoba u njemu i mogli su ga bezbedno opterećivati. Klinički je utvrđena bezbolna pokretljivost, a radiološki na njemu nije bilo patoloških promena.

Ali je naš stav da je velika uloga na fizijatrima, bilo da se radi o objektivnom ili prividnom skraćenju neophodna je promena u držanju, koja će se odraziti na najranjivijoj stabilizacionoj tački lokomotornog aparata, u ovom

slučaju u slabinskom delu kičme. Zadatak fizijatra je da smanji tegobe bolesnog kuka, da savlada kontrakture, postigne punu elastičnost mišica, koriguje kompenzatorne obrasce pokreta, ako je do njih došlo.

PSIHIJATRIJSKE SMETNJE ŽRTAVA NASILJA U OPŠTINI KNJAŽEVAC 2010/11.

Lela Mihajlović-Jovanović (1), Zorana Beatović (2)

(1)ODSEK ZA PSIHIJATRIJU OPŠTE BOLNICE KNJAŽEVAC, (2)CENTAR ZA SOCIJALNI RAD
KNJAŽEVAC

UVOD: Nasilje u porodici predstavlja fizičko, psihičko, ekonomsko i socijalno zlostavljanje i zanemarivanje člana porodice. U Opštini Knjaževac (32.584 stanovnika) u periodu od 1. Juna 2010. Do 31. Jula 2011. Uz saradnju Ministarstva za rad i socijalnu politiku, u cilju zaštite žrtava nasilja kroz projekat "Ruka ruci" formiran je mobilni tim (neuropsihijatar, socijalni radnik i predstavnik policijske stanice) i baza podataka žrtava nasilja.

CILJ RADA: analiza vrste nasilja, polna i socijalna struktura žrtve i psihičke smetnje žrtava.

METOD RADA I MATERIJAL: Analizirana je baza podataka kroz protokol o intersektorskoj saradnji navedenih članova tima, a psihičke smetnje praćene na prvom pregledu skalom za procenu depresivnosti PHQ9 i Hamiltonovom skalom za anksioznost HAMA, kao i PANSS skalom za psihotične smetnje.

REZULTATI: Za period od godinu dana mobilni tim je pružao 24-časovnu zaštitu – otvoren telefon, ukupno je bilo 19 žrtava nasilja, distribucija nasilja po polu 73,68 % žena, muškaraca 26,32 %. Distribucija po vrstama nasilja: psihičko nasilje 44,18 %, fizičko 37,2%, ekonomsko 6,97 % i seksualno 6,97 %. Po starosnoj strukturi najviše žrtava nasilja je u starosnoj dobi od 20 – 29 godina 36,84 % i od 30 do 39 godina 21,05 %, zabrinjava podatak da je u starosnoj dobi od 70 godina i više bilo 15,78 %. Po nacionalnosti srpska 78,94 % i romska 10,52 %. Što se tiče socijalne strukture 85 % žrtava je bilo bez posla i zavisilo od supružnika. U pogledu odnosa nasilnik – žrtva, supružnik je žrtva u 52,17 %, dete 8,69 %, indirektno deca su žrtve u 43,58 % slučajeva. Alkoholizam kao uzrok nasilja zabeležen je u 43,8% slučajeva kod nasilnika muškog pola od kojih su 21,85% slučajeva upućeni na lečenje. U pogledu psihičkih smetnji sve žrtve su pokazale akutnu reakciju na stres od kojih je jedna pokazala i akutnu psihotičnu reakciju. HAMA i PHQ9 je pokazala da umereno tešku depresivnu sliku imalo 48,52 %, tešku depresivnu sliku 32,83%, a anksioznost je pokazalo 84,98 %. Uključena je medikamentozna terapija antidepresiva i anksiolitika i u jednom slučaju antipsihotik, kao i suportivni psihoterapijski tretman. Centar za Socijalni rad je 4 žrtve zbrinuo u Sigurnu kuću, a u delu saradnje Policijske stanice i Javnog tužilaštva izrečene su 2 kazne zatvora, 11 krivičnih prijava za nasilje i od toga 4 za teške telesne povrede.

ZAKLJUČAK: Najčešće psihijatrijske smetnje žrtava nasilja su depresivnost, anksioznost i uznemirenje, te zahtevaju medikamentozni kao i suportivni psihijatrijski tretman. Vrlo je važna, pored medicinske pomoći i socijalna i pravna zaštita kao i edukacija žrtava o njihovim pravima.

Ključne reči: Nasilje, žrtva, depresivnost, anksioznost, medikamentozni, suportivni, psihijatrijski tretman.

e-mail: dr.lela.mj@gmail.com

REPARATURA PROTEZE – HITNOST U STOMATOLOŠKOJ PROTETICI

Vesna Petković

PRIVATNA STOMATOLOSKA ORDINACIJA, "PROTETIKDENT" , ZAJEČAR

UVOD: Krezub i bezub pacijent je hendikepirana ličnost. On ne može da žvače, loše se hrani, pati od digestivnog poremećaja, loše govori, njegov izgled je naružen a odnos sa okolinom potpuno izmenjen. Izradom stomatoloških protetskih nadoknada rehabilitujemo takvog pacijenta. Ako se takvom pacijentu ošteti protetska nadoknada u funkciji ili na drugi način on je u šoku. Obraća se stomatologu sa molbom za hitnu intervenciju. Reparaturom uspostavljamo narušeni integritet mobilne protetske nadoknade.

CILJ je bio da se analizira učestalost potrebe za reparaaturom proteza.

METODOLOGIJA: Analizom broja reparatura iz protokola pacijenata jednog stomatologa iz private stomatološke ordinacije za period od 5 godina dobili smo učestalost potrebe za reparaaturom. Analiziran je ukupan broj urađenih proteza (totalnih i parcijalnih akrilnatih) po godinama kao i ukupan broj urađenih reparatura proteza starih do 2 godine, 4 godine i starije.

REZULTATI: Od ukupnog broja urađenih reparatura po godinama za period od 5 godina \approx 0.5% je bilo na protezama starim do 2 godine \approx 30% do 4 godine i \approx 65% preko 4 godine.

ZAKLJUČAK: Najlakše se rade reparature kod proteza koje su ispale iz ruku pacijenata. Ostale reparature se moraju dobro analizirati i otkloniti uzroci koji su doveli do loma (nestabilna proteza, rezilijentna sluzokoža, brža resorpcija alveolarnog grebena na pojedinim mestima, loša higijena...). Proteze starije od 10 godina više puta reparirane ne treba reparirati već izraditi nove.

Ključne reči: reparatura akrilatne proteze, hitna intervencija, učestalost preloma proteze

MESTO HIPERBARIČNE OKSIGENACIJE U TERAPIJI ULCUS CRURIS-A

Danica Vujnović, Rade Kostić

SPECIJALNA BOLNICA ZA REHABILITACIJU GAMZIGRAD, GAMZIGRADSKA BANJA

UVOD: Rane na potkolenici nastale kao posledica hronične venske insuficijencije čine 90% svih hroničnih rana donjih ekstremiteta, a 14% pacijenata koji pate od hronične venske insuficijencije dobija ulcus cruris. Osnovu ulcus cruris-a kao i svake hronične rane čine hipoksija tkiva, zbog oštećenja lokalne cirkulacije udružene sa infekcijom.

CILJ: Rad želi da pokaže ulogu hiperbarične oksigenacije u terapijskom lancu pri lečenju ulcus cruris-a.

MATERIJAL I METODI RADA: U specijalnoj bolnici za rehabilitaciju GAMZIGRAD od 2005. do 2012. lečeno je 25 pacijenata sa ulcus cruris-om koji su tretirani i sa HBOT. Pacijenti su bili starosne grupe od 40 do 60 godina, 70% su bile žene, a veličina rana na potkolenicama se kretala u promeru od 2 do 3 cm pa do rana koje su zauzimale i više od 2/3 potkolenice. HBOT protokol je proveden u jednomstnoj komori sa 100% koseonikom na 202,6 kPa u trajanju od 60 minuta, ukupno 10 seansi.

REZULTATI: Rezultati su dobijeni praćenjem sledećih parametara: subjektivno – bol; objektivno – promena veličine i kvaliteta rane i okolnog tkiva i nalaza brisa rane.

Nadeno je da je nakon terapije bol znatno manji, da su rane bile prekrivene svežim granulacijama, a da su antibiogrami pokazivali gubitak rezistencije aerobnih bakterija na antibiotike.

ZAKLJUČAK: Na osnovu dobijenih rezultata možemo zaključiti da je u multidisciplinarno lečenje ulcus cruris-a koji predstavlja veliki socijalni problem, neophodno dodati i HBOT.

Ključne reči: ulcus cruris, hipoksija, infekcija, hiperbarična oksigenacija (HBOT).

e-mail: danica_vujnovic@yahoo.com

UČESTALOST KARCINOMA PROSTATE U VALJEVSKOJ OPŠTINI, OKRUG KOLUBARA, U PERIODU JANUAR 2002 – DECEMBAR 2011

Nadežda Đurić, R. Mitrović, B. Jeremić, M. Matović, Z. Đurić, N. Pakević

ZDRAVSTVENI CENTAR VALJEVO

UVOD: U muškoj populaciji, u Evropi, karcinom prostate je prvi po učestalosti (21%) a treći kao uzrok smrti, (9,2%) iza karcinoma pluća, (26,6%) i kolorektalnog karcinoma, (11,3%)

CILJ: Cilj rada je da prikaže učestalost karcinoma prostate u opštini Valjevo za desetogodišnji period

Materijal i metode: nakon RT, određivanja vrednosti PSA i F/T PSA, učinjene biopsije, za deset godina dijagnostikovano je 338 karcinoma prostate. Do juna 2006 rađene su transperinealne, a od juna 2006. rade se TRUS biopsije prostate.

REZULTATI: Od ukupno dijagnostikovanih 338 karcinoma prostate u 2002 bilo ih je 19, u 2003. dijagnostikovano je 25, predominantno u 8. deceniji; 15 karcinoma otkriveno je 2004. U 2005. god. bilo je 23 karcinoma prostate, a u 2006. 49 karcinoma i to od juna do decembra 30. U 2007. bilo je 43 karcinoma prostate, a u 2008. dijagnostikovano ih je 34. 2009. bila je godina sa najviše otkrivenih karcinoma (54). U 2010. dijagnostikovano je 30 karcinoma. 43 karcinoma prostate dijagnostikovano je u 2011.

ZAKLJUČAK: U analiziranom periodu evidentan je porast karcinoma prostate što se uklapa u trend porasta ovog malignog oboljenja u Evropi i svetu. Značajno povećanje od juna 2006. pa do decembra 2011. poklapa se

sa uvođenjem TRUS biopsije prostate kao preciznije dijagnostičke metode u odnosu na transperinealnu biopsiju koja je rađena do juna 2006.

Ključne reči: karcinom prostate, učestalost, TRUS biopsija prostate

e-mail: nadezda.djuric70@gmail.com

AKUTNI OTITIS MEDIA U PEDIJATRIJSKOJ PRAKSI

J. Drmončić Putica, N. Z. Živković

MEDICINSKI FAKULTET PRIŠTINA, KOSOVSKA MITROVICA DEČJA KLINIKA

UVOD. Akutni otitis media (AOM) kod dece najmlađeg uzrasta predstavlja čest pedijatrijski problem na primarnom, ali i višim nivoima zdravstvene zaštite dece. To je istovremeno virusna ili bakterijska infekcija zbog koje su u dečjem uzrastu najčešće ordinirani antimikrobni lekovi. Kriterijumi za postavljanje dijagnoze AOM obuhvataju iznenadni i brzi razvoj simptoma bolesti, efuziju i/ili simptome i znakove inflamacije srednjeg uha. **CILJ RADA** je analiza pacijenata hospitalizovanih u našoj ustanovi zbog suspektne ili pouzdane dijagnoze AOM.

METOD. Retrospektivna analiza je obuhvatila 50 bolesnika uzrasta od 1 do 36 meseci lečenih u periodu od januara 2007. do kraja decembra 2010. godine. Otokopski pregled upućivao je da je jedina ili jedna od dijagnoza bila unilateralni ili bilateraalni AOM.

REZULTATI. Analiza distribucije po polu pokazuje da je 29 dece (58%) bilo ženskog pola, 21 (42%) muškog pola. Najčešće zastupljenoj dobnoj grupi, a to je uzrast ispod 6 meseci pripadalo je najviše bolesnika 18 (36%). Izolovani AOM registrovan je kod 10 dece (20%).

Kliničke karakteristike su pokazale značajno prisustvo nespecifičnih simptoma i znakova koje prate ovu bolest, kao na primer: da je visoka temperatura kao dominantan simptom bila zastupljena kod 40 (80%) bolesnika, uz febrilne konvulzije kod 3(6%), 17 (34%) je imalo rinoreju, 22(44%) kašalj, 14 (28%) je odbijalo hranu (podoj). Dijarealni sindrom je evidentiran kod 16 (32%), povraćanje 12 (24%) . Teže oblike dehidracije imalo je 9 (18%) dece. AOM se razvio u sklopu bolesti gornjih disajnih puteva kod 13 (26%), dok u sklopu bolesti donjih disajnih organa kod 14 (28%) dece. 7 (14%) dece bilo je hipotrofično , 10 (20%) anemično. Rukovodeći se preporukama Američke Pedijatrijske Akademije za lečenje AOM kod dece najmlađeg uzrasta primenjena je cefalosporinska antibiotska terapija kod 32 (64%); kod 7 (14%) azitromicinom; kod 9 (18%) drugim antibioticima (penicilinom, polusintetskim penicilinom sa klavulonskom kiselinom). Tok i ishod kod svih bolesnika bio je povoljan i bez komplikacija.

ZAKLJUČAK. Anamneza, klinički i otoskopski pregled, laboratorijska obrada, tok bolesti, presudni su za postavljanje dijagnoze. U kliničkoj slici bolesnika najmlađeg uzrasta sa dijagnozom AOM vrlo često dominiraju nespecifični i nekarakteristični simptomi, zbog čega postavljanje dijagnoze AOM nije jednostavno. Redukcija riziko faktora, adekvatan tretman, značajni su za prevenciju komplikacija AOM.

Ključne reči: akutni otitis media, deca.

e-mail: jorputica@yahoo.co.uk

EFEKTI PSIHIJATRIJSKIH SIMPTOMA KOD ZAVISNIKA OD DROGA POSLE PRIMENE KBT

Marijana Janković (1), D. Janković (2), Z. Okiljević (1)

(1)ZAVOD ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU RADNIKA ŽELEZNICE SRBIJE, (2)SPECIJALNA BOLNICA ZA BOLESTI ZAVISNOSTI, BEOGRAD

UVOD: Zavisnost je pojava kompulzivnog korišćenja neke supstance koja dovodi do zanemarivanja ostalih aktivnosti. Koncept zavisnosti ima dva aspekta: bihevioralni i fiziološki. Bihevioralni aspekt podrazumeva aktivnosti koje su motivisane žudnjom za drogom i obrasce patološke upotrebe. Fiziološki aspekt se odnosi na efekte brojnih intoksikacija i podrazumeva pojave kao što su tolerancija i apstinencijalni sindrom. Kognitivno-bihevioralni tretmani predstavljaju najčešće primenjivane nefarmakološke tretmane zavisnosti.

CILJ: utvrditi da li kognitivno- bihevioralna psihoterapija primenjena u radu na ispitivanom uzorku, daje pozitivne efekte u vidu redukovanja intenziteta i broja psihopatoloških simptoma.

MATERIJAL I METODI RADA: Kao instrument, u istraživanju je korišćena "SCL- 90-R" (multidimenzionalni inventar simptoma zasnovan na samoproceni). Inventar nudi mogućnost za istraživanje 9 primarnih simptomatskih dimenzija: anksioznost, somatizacija, opsesivnost- kompulzivnost, hostilnost, fobična anksioznost, interpersonalna senzitivnost, paranoidnost, psihotičnost, depresivnost).

Uzorak čini 30 punoletnih pacijenata sa dijagnozom zavisnosti od droga, koji se nalaze u Dnevnoj bolnici Specijalne bolnice za bolesti zavisnosti, u fazi produženog lečenja.

Rezultati: Od 9 pratećih simptoma, u 3 slučaja se pokazalo da klijenti imaju viši nivo simptoma, odnosno da "odskaku" u odnosu na opštu populaciju. U pitanju su simptomi anksioznosti, opsesivnost- kompulzivnost i interpersonalna senzitivnost. Dobijene razlike i povišene simptomatologije na datim skalama možemo dovesti u vezu sa aktuelnom situacijom u kojoj se nalaze klijenti, samom prirodom problema zavisnosti i njegovim tretmanom. Povećanje na dimenziji interpersonalne senzitivnosti možemo dovesti u vezu sa situacionom uslovljenošću i problemom tolerancije na frustraciju. Povećanje na dimenziji *Anksioznost* se može objasniti biološkim faktorima i situacionim faktorima (strah od neuspeha i tzv. "zaštitničko ponašanje"). Što se tiče "odskakanja" na dimenziji *Opsesivnost- kompulzivnost*, ona je objašnjiva lošom kontrolom nad impulsima i ritualizovanim ponašanjem (najčešće se supstance uzimaju u grupi, sami pripremaju supstance, itd.). Kako bi smo utvrdili da li utvrđena statistički značajna razlika nedvosmisleno govori u prilog delovanja tretmana na nivou dobijene promene na nivou simptoma, proverili smo i snagu efekta (Cohen's d). Sve promene beleže vrednosti u rasponu 1,30- 2,58, što govori u prilog tome da su efekti tretmana na simptomatskom nivou izuzetno snažni.

ZAKLJUČAK: Primenjena kognitivno- bihevioralna psihoterapija u radu sa zavisnicima daje pozitivne efekte u vidu redukovanja intenziteta i broja psihopatoloških simptoma i manifestacija.

Ključne reči: zavisnost, KBT, primarne simptomatske dimenzije, opšta uznemirenost

e-mail: jelisavetajankovic@yahoo.com

SEROLOŠKA ISPITIVANJA TOKSOPLAZMOZE I TERATOGENIH VIRUSA U ŽENA GENERATIVNE DOBI

Ivana Hrnjaković Cvjetković (1), V. Milošević (1), V. Jerant Patić (1), J. Radovanov (1), G. Kovačević (1), D. Cvjetković (2), S. Stefan – Mikić (2), A. Patić (1), I. Elez (1), V. Filko (1)

(1) MEDICINSKI FAKULTET NOVI SAD INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE VOJVODINE, (2) KLINIČKI CENTAR VOJVODINE, KLINIKA ZA INFEKTIVNE BOLESTI

UVOD: Protozoa *Toxoplasma gondii* (Tg) je dobro adaptirana na čoveka i postnatalne infekcije su asimptomatske ili blagog kliničkog toka. Infekcija trudnice može imati za posledicu kongenitalnu infekciju ploda koja može uzrokovati teška oštećenja. Virus rubele (RV) ugrožava plod u akutnoj infekciji trudnice do 5. meseca trudnoće. U prva dva meseca trudnoće opasnost od spontanog pobačaja i multiplih oštećenja ploda u kongenitalnoj rubeli je 40-60%. Infekcija trudnice citomegalovirusom (CMV) može dovesti do intrauterine infekcije ploda koja može biti manifestna ili mnogo češće asimptomatska. Herpes simpleks virus (HSV) takođe može inficirati plod i to najčešće pri vaginalnom porođaju. Serološka ispitivanja na ove teratogene uzročnike obezbeđuju sagledavanje imunog statusa žena generativne dobi kao i otkrivanju žena koje su u riziku za infekciju ploda.

CILJ: Cilj ove studije je bio da se utvrdi seroprevalenca i učestalost relativno nedavnih infekcija protozom Tg i virusima RV, CMV i HSV u žena sa teritorije Južnobačkog okruga u periodu 2007-2011.

MATERIJAL I METODI RADA: U navedenom petogodišnjem periodu prikupljeni su uzorci seruma od 609 žena, uzrasta od 19 do 55 godina, iz Južnobačkog okruga. Komercijalni ELISA testovi za IgM i IgG antitela su primenjivani za dijagnostiku infekcija Tg, RV, CMV i HSV. Testiranje, izračunavanje i interpretacija rezultata za Tg, RV i HSV su izvedeni automatski na Euroimmun Analyzer I-2P aparatu. ELISA IgM i IgG test za CMV specifična antitela su izvedeni ručno po uputstvu proizvođača.

REZULTATI: Od 609 žena generativne dobi testiranih na Tg u 146 (23,97%) dokazana su samo IgG antitela što je ukazivalo na raniju infekciju dok su u 7 žena (1,15%) dokazana i IgM i IgG antitela što je ukazivalo na relativno nedavnu infekciju. U 456 (74,88%) nisu dokazana antitela na Tg te su ove žene bile u riziku infekcije u eventualnoj trudnoći. Imunitet na infekciju RV utvrđen je u 564 žene (92,61%) koje su imale IgG pozitivna uz IgM negativna antitela na RV. Akutna infekcija RV-om nije dokazana ni u jednom slučaju u posmatranom petogodišnjem periodu dok 45 (7,39%) žena nije imalo ni jednu klasu antitela na RV te su imale rizik od

infekcije u eventualnoj trudnoći. Ranija infekcija CMV dokazana je u 534 (87,68%) ispitanih žena. U tri ispitane žene (0,49%) dokazana su IgM i IgG antitela što je ukazivalo na relativno nedavnu infekciju. Bez antitela na CMV bile su 72 žene (11,82%). Serološki makeri na nedavnu HSV infekciju su dokazani u 14 žena (2,30%). Rizik od primoinfekcije u trudnoći imalo je 108(17,73%) u kojih nisu dokazana ni IgM ni IgG antitela na HSV. Samo IgG antitela kao pokazatelji ranije infekcije dokazana su u 487(79,97%) žena.

ZAKLJUČAK: Rezultati ove studije ukazuju na visok procenat žena seronegativnih na protozou *Toxoplasma gondii* koje u trudnoći imaju rizik akutne infekcije koja može ugroziti plod. U ispitivanom uzorku utvrđen je velik procenat IgG seropozitivnih žena na teratogene viruse – rubela virus (92,61%), citomegalovirus (87,68%) i herpes simplex virus (79,97%) čime su ove žene zaštićene od prenosa virusa na plod.

Rad je realizovan po projektu TR 31084 koji se finansira od strane Ministarstva prosvete i nauke Republike Srbije.

Ključne reči: Žene generativne dobi, *Toxoplasma gondii*, Rubela virus, Citomegalovirus, Herpes simplex virus

e-mail: ivana.hrnjakovic@izjzv.org.rs

FAKTORI RIZIKA ZA POSTAVLJANJE DIJAGNOZE OSTEOPOROZE

Jelena Zvekić-Svorcan (1), B Stanimirov (2), K. Filipović (1)

(1)SPECIJALNA BOLNICA ZA REUMATSKE BOLESTI NOVI SAD, (2)DOM ZDRAVLJA NOVI SAD

Uvod: Osteoporozu je metaboličko oboljenje kostiju, a karakteriše se poremećenom čvrstinom kosti usled čega raste predispozicija za nastanak fraktura. Smanjena koštana gustina je siguran nalaz za postavljanje dijagnoze osteoporozu, ali su važni i drugi klinički faktori rizika.

Cilj: Utvrditi faktore rizika koji su odgovorni za nastanak osteoporozu i posledično tome za nastanak osteoporotičnih preloma.

MATERIJAL I METODI RADA : Prospektivna klinička studija je obuhvatila 1300 pacijenata koji su upućeni na osteodenzitometrijski pregled u Specijalnu bolnicu za reumatske bolesti u Novom Sadu. Svim pacijentima je rađen osteodenzitometrijski pregled na lumbalnoj kičmi i kuku i svi pacijenti su bili ispitivani o faktorima rizika koji mogu biti odgovorni za nastanak osteoporozu i/ili osteoporotičnih fraktura. Rezultati su bili interpretirani prema važećoj definiciji osteoporozu. Iz ispitivanja su bile isključene pacijentkinje koje su u premenopauzi i muškarci mlađi od 50 godina. Analiza dobijenih parametara urađena je pomoću „Bonlink“ programa.

REZULTATI: Uzorak je obuhvatio 1300 pacijenata, od čega su većinu činile žene 96% (1245/1300) i svega 4% (55/1300)muškarci. Najveći broj pacijenata je bio starosne dobi od 60 do 71 god. Najčešći faktor rizika koji je odgovoran za nastanak osteoporozu je rana menopauza 28%, potom prethodni prelomi 24,6%, pušenje 14,6%, prelomi u porodici 14,2%, lečenje glukokortikoidima 9,46%, autoimune bolesti 7,69%, reumatoidni artritis 5,69%, nizak BMI 3,46% i konzumiranje alkohola 0,8%. Najveći broj pacijenata je imalo T skor na nivou osteopenije, njih 67%, T skor na nivou osteoporozu 16%, a normalan nalaz mineralne koštane gustine 17% ispitanika. Prelom je imalo 33% ispitanika, a 67% je bilo bez preloma. Vertebralne frakture su bile zastupljene u 38% slučajeva, a nevertebralne u 62%. Najzastupljenije frakture su bile kod pacijenata čiji je T skor na nivou osteopenije 65% (vertebralnih 39% i nevertebralnih 61%), na nivou osteoporozu 24% fraktura (vertebralnih 43% i nevertebralnih 57%), a 11% (21% vertebralnih i 79% nevertebralnih) preloma su imali pacijenti sa normalnom mineralnom koštanom gustinom.

ZAKLJUČAK: Pored nalaza smanjene koštane gustine neophodno je pronalaženje drugih faktora rizika koji su odgovorni za nastanak osteoporozu i/ili osteoporotičnih preloma, kako bi se postavila rana dijagnoza osteoporozu i pravovremenom terapijom prevenirali osteoporotični prelomi.

Ključnereči: osteoporozu, osteoporotični prelomi, faktori rizika

e-mail: zvekić.svorcan@gmail.com

ULTRAZVUČNI NALAZ KAROTIDNIH ARTERIJA KOD BOLESNOKA SA CEREBROVASKULARNIM INSULTOM

Dragica Rondović, Rade Kostić, Žaklina Damjanović

SPECIJALNA BOLNICA ZA REHABILITACIJU GAMZIGRAD, GAMZIGRADSKA BANJA

UVOD: Cerebrovaskularni insult je abnormalno stanje mozga nastalo razvojem ishemije određene regije mozga izazvano okluzijom krvnog suda trombom ili embolusom ili cerebrovaskularnom hemoragijom.

CILJ: Ultrazvučno sagledavanje učešća organskih i hemodinamskih promena karotidnih arterija u nastanku cerebrovaskularnog insulta.

MATERIJAL I METODI RADA: U specijalnoj bolnici za rehabilitaciju GAMZIGRAD Gamzigradska banja ultrazvučni skrining karotidnih arterija je urađen kod 37 pacijenata izabranih slobodnim izborom sa Dg. Infarctus cerebri, koji su upućeni na medicinsku rehabilitaciju. Svi pacijenti su imali bar jedan faktor rizika za nastanak organskih promena karotidnih arterija, a više od 50 % najmanje dva faktora rizika. Ispitivanje je vršeno Color Doppler duplex scan metodom, sondom 7,5 MHz

REZULTATI: Od ukupno 37 pacijenata ehosonografski obrađenih, kod 17 (45,9%) pacijenata je nađena stenoza od 30-50%, ACI sin. kod dva pacijenta, ACI dex. kod 7, AACI kod 8 pacijenata.

Kod 5 (16,2%) pacijenata, nađena je stenoza do 60-80%, ACI sin. kod jednog, ACI dex. kod dva pacijenta, AACI kod dva pacijenta. Kod 7 pacijenata nađene su okluzije: ACI sin. kod 4 pacijenta, ACI dex. kod 3 pacijenta. Kod 1 pacijenta nisu videne veće organske promene. Jedan pacijent je imao kinking krivinu ACI sin. sa hemodinamskim remećenjem protoka.

ZAKLJUČAK: Organske promene karotidnih arterija, posebno signifikantne stenozе sa pratećim hemodinamskim poremećajima odgovorne su za nastanak ishemijskih promena mozga. Ehosonografski skrining karotidnih arterija treba da bude usmeren u rano otkrivanje karotidne bolesti u cilju lečenja, otklanjanja faktora rizika i sprečavanju nastajanja cerebrovaskularne bolesti. Ehosonografskim otkrivanjem simptomatskih a posebno asimptomatskih signifikantnih stenozа karotidnih arterija, pruža se mogućnost da se endarterektomijom karotidne arterije spreči nastajanje cerebrovaskularne ishemije.

Ključnereči: ultrazvučna dijagnostika, karotidne arterije, cerebrovaskularni insult.

e-mail: dragica.rondovic@gmail.com

MOGUĆNOSTI RAZLIČITIH DIJAGNOSKIČKIH METODA KOD TRAUME BUBREGA ZATVORENOG TIPA

Marija Ilić (1), Vesna Šavija-Đorđević (1), Jasmina Strajnić (1), Zvonimir Adamović (2), Borislav Miletić (1)
ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR (1) SLUŽBA RADIOLOŠKE DIJAGNOSTIKE, (2) SLUŽBA UROLOGIJE

UVOD: Snimanje bubrega posle akutne traume, zatvorenog tipa, može se obaviti korišćenjem jednogodne količine dostupnih dijagnostičkih modaliteta, kao što su UZ, intravenska pijelografija, kompjuterizovana tomografija, itd. UZ procena je često prvi izbor, zbog brzine, neinvazivnosti i lake dostupnosti za hitnu procenu stanja. Iako je UZ visokosenzitivan za otkrivanje slobodne tečnosti, često je nespecifičan u otkrivanju njenog uzroka. Indikacije za hitnu dijagnostiku stanja bubrega kod zatvorenih trauma predstavljaju masivna hematurija, stanje šoka ili udružene povrede drugih organa.

CILJ: Prikaz mogućnosti različitih dijagnostičkih metoda, kod trauma bubrega zatvorenog tipa.

MATERIJAL I METODI: 43-godišnji muškarac, primljen je na odeljenje hirurgije, posle saobraćajnog udesa, zbog povrede torakolumbalnog predela levo. Neposredno po prijemu urađen je UZ gornjeg abdomena, na kome je utvrđeno prisustvo veće količine slobodne tečnosti, kao i heterogena struktura slezine koja je ukazivala na rupturu. Nalaz na grafiji pluća i grafijama koštanih struktura levog hemitoraksa bio je uredan. Pacijent se kao hitan slučaj uvodi u salu i vrši se splenektomija. Postoperativno pacijent je hemodinamski stabilan, subfebrilan, sa bolovima u levom lumbalnom predelu. 6-togdana od povrede, na levom subfreničnom drenu i drenu u Duglasu, uočava se veća količina seroznog eksudata suspektna na urin. Pacijent se u konsultaciji sa urologom šalje na odeljenje dijagnostičke radiologije gde se na UZ uočava naglašen PK sistem levog bubrega, kao i anehogena, cistična zona u donjem polu levog bubrega promera 1,5 cm. Dežurni radiolog zakazuje kontrolu za naredni dan. Na prvom kontrolnom UZ pregledu sledećeg dana, opisana promena na donjem polu levog bubrega, je heterogene strukture, dijametra 2,7 cm. Radiolog postavlja dijagnozu intraparenhimskog hematoma. Istog

dana se izvodi procedura intravenske pijelografije, koja ukazuje na unutrašnji razor bubrega sa zahvatanjem pijelokaliksnog sistema - uočava se ekstrasvazacija kontrasta iz kaliksa za gornji pol. Sve ovo se potvrđuje na MSCT-u bubrega. Pacijent je, od strane urologa, konzervativno tretiran, plasirana je ureteralna sonda, posle čega dolazi do smanjenja sekrecije na drenovima, kao i do prestanka bolova u levom lumbalnom predelu. UZ je praćeno stanje levog bubrega i 23-ćeg dana od povrede, utvrđena je gotovo potpuna regresija intraparenhimskog hematoma. Pacijent je 27-mog dana, u dobrom općem stanju otpušten kući.

ZAKLJUČAK: U preliminarnoj proceni stanja posle zatvorene traume bubrega, UZ omogućava brzu procenu stanja gornjeg abdomena. Smatra se da je u odsustvu masivne hematurije ili hipovolemije UZ dovoljan i nije potrebno sprovesti druge dijagnostičke procedure. U suprotnom potrebno je uraditi CT gornjeg abdomena, čija je prednost brza vizuelizacija stanja svih struktura gornjeg abdomena kao i struktura retroperitoneuma, koje UZ-om mogu biti neprepoznate. Sa druge strane nedostatak CT-a je visoka doza zračenja kojoj je pacijent izložen, te po postavljanju dijagnoze, UZ pregledi trebaju biti, ukoliko je to moguće, modalitet izbora za praćenje stanja organa.

Ključne reči: dijagnostički modaliteti, trauma, bubrezi.

e-mail: drmarijailic@hotmail.com

ULOGA I ZNAČAJ MSCT U DIJAGNOSTICI I EVALUACIJI INTRAKRANIJALNIH HEMORAGIJA

Borislav Miletić, Jasmina Stajnić, Marija Ilić

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR (1)SLUŽBA RADIOLOŠKE DIJAGNOSTIKE

UVOD: Intrakranijalna hemoragija predstavlja prisutvo ekstrasvazirane krvi unutar lobanjskih jama. Po lokalizaciji se deli na intraaksijalnu (intraparenhimatozna hemoragija) i ekstraaksijalnu (epiduralna, subduralna i subarahnoidalna hemoragija), a po mehanizmu nastanka na traumatsku i atraumatsku. Traumatska intrakranijalna hemoragija je najčešće posledica tupe traume glave u okviru saobraćajnog traumatizma, dok atraumatske hemoragije uglavnom nastaju na terenu ruptuirane aneurizme nekog od krvnih sudova mozga.

MSCT zbog svoje relativne dostupnosti, brzine pregleda ali i visoke senzitivnosti i specifičnosti u detekciji krvarenja CNS-a, predstavlja inicijalni pregled kao i "zlatni standard" u dijagnostici pacijenata sa intrakranijalnom hemoragijom. Zbog činjenice da se povrede u saobraćaju i cerebrovaskulne bolesti nalaze u vrhu uzroka smrtnosti u modernom svetu, brza dijagnostika postojanja i lokalizacije intrakranijalne hemoragije često je od kritičnog značaja za zbrinjavanje i tok bolesti kod ovih pacijenata.

CILJ: Ustanoviti učestalost i strukturu pacijenata sa intrakranijalnom hemoragijom u zaječarskoj općini, kao i ukazati na ulogu MSCT dijagnostike kod ovih pacijenata.

MATERIJAL I METODI RADA: Urađena je retrospektivna studija na materijalu radiološke službe Zdravstvenog centra u Zaječaru. Uzorak su činili pacijenti sa intrakranijalnom hemoragijom, dijagnostifikovani MSCT-om. Uzorak je analiziran na osnovu pola, godina, vrste i lokalizacije intrakranijalne hemoragije.

MSCT je kod ovih pacijenata, pored kliničkog pregleda, predstavljao inicijalnu dijagnostičku metodu.

REZULTATI: U periodu novembar 2010.- mart 2012 godine, na MSCT-u je postavljena dijagnoza intrakranijalne hemoragije kod 114 pacijenata. Muškaraca je bilo 68, a žena 46 ($p < 0,05$). Prosečna starost pacijenata bila je $66,41 \pm 12,29$ godina, bez statistički značajne razlike među polovima.

Od svih pacijenata, njih 76 (67%) imalo je intraparenhimatoznu, 23 (20%) subduralnu, 11 (10%) subarahnoidalnu, a 4 (3%) epiduralnu hemoragiju.

Lokalizacija krvarenja bila je sledeća: frontalni režanj 21%, parijetalni 28%, temporalni 26%, okcipitalni 13%, talamus 7%, bazalne ganglije 0,7% i cerebelum 2%.

Intraventrikularnu hemoragiju, tj. prodor krvi u komorski sistem imalo je 4% pacijenata sa intrakranijalnom hemoragijom.

ZAKLJUČAK: U ovom uzorku, intrakranijalna hemoragija je najčešće dijagnostifikovana kod muškaraca, prosečne starosti oko 66 godina. Intraparenhimatozna hemoragija je bila najčešći nalaz na MSCT-u, dok je njena lokalizacija najčešće bila u frontalnom, parijetalnom ili u temporalnom režnju.

Kod pacijenata u saobraćajnom traumatizmu, sa tupom povredom glave, kao i kod pacijenata sa naglo nastalim neurološkim ispadima i sumnjom na postojanje rupture aneurizme ili drugog mehanizma nastanka intrakranijalnog krvarenja, MSCT predstavlja dijagnostičku metodu izbora, koja sa visokom sigurnošću utvrđuje

postojanje intrakranijalne hemoragije, kao i njenu lokalizaciju, što doprinosi bržem i boljem zbrinjavanju ovih pacijenata.

Ključne reči: intrakranijalna hemoragija, MSCT

e-mail: bokisha83@yahoo.com

ZNAČAJ ODREĐIVANJA SRČANE FREKVENCE U PROCENI PROGNOZE KORONARNE BOLESTI I HIPERTENZIJE

Dragana Ilić Videnović

SPECIJALNA BOLNICA ZA REHABILITACIJU GAMZIGRAD, GAMZIGRADSKA BANJA

UVOD: Srčani mišić je pod uticajem Autonomnog Nervnog Sistema (ANS). Simpatovagalni balans je genetski determinisan pa i tako trajnije p talasa, PR, QT, QTc intervala koji su odraz depolarizacije i repolarizacije leve komore. Brojnim radovima dokazana je potreba merenja HRV parametara u prognozi rizika od smrti kod postojanja hronične srčane slabosti. U radovima ruskih naučnika iz oblasti neuro-kardiologije pokazani je da je rizik od smrti 1,7 puta veći u koliko su pacijenti sa srčanim isuficijencijom imali low fr LF manju od 5,2 ms² i nisku eejkcijonu frakciju.

CILJ: Dominantan uticaj potvrđen je novijim radovima italijanskih kardiologa u registru lečenja kongestivne srčane isuficijencije IN-CHF, gde je fr preko 100 otk. u min. značajno doprinela predviđenju kratkoročnog rizika od dekompenzacije srca u 61% sl od 2701 pacijenata.

SAVE studija je potvrdila da prosečna frekvencija u pacijenata sa disfunkcijom leve komore i EF ispod 40% predstavlja značajan prediktor dijastolone dilatacije leve komore i kardiovaskularne smrti. Sve ukupno povećanje mortaliteta povezano je sa klinički značajnim povećanjem srčane frekvence i dupiranjem rizika za svako povećanje frekvence od 40 otk. Uočeno je 5 - 6 puta povećanje rizika od iznenadne smrti kod muškaraca i dvostruko povećanje kod žena pri fr iznad 88,99 u poređenju sa onima koji su imali 65 i 60 u min. Razmatranjem jednačine između srčane frekvence i očekivane dužine života kod sisara došlo je do zaključka da smanjenje srčane frekvence sa 70 na 60 u min. povećalo očekivanu dužinu života od 80 na 93,3 godine života. Merenje srčane frekvence u osoba sa klinički zdravim srcem u opsegu od 180 do 40 otk. u min. moguće je bez hemodinamskih poremećaja. Granice podnošenja tahikardije i bradikardije se sužavaju u osoba sa oboljenjem srca pa je tako 120 i 50 frekvencija koja može da izazove subjektive tegobe, a ako poroži srčana isuficijencija granice podnošenja su još niže.

MATERIJAL I METODI RADA: Korišćeni su podaci iz kardiološke ambulatne Spec. bolnice "Gamzigrad" poslednjih 8 godina na trokanalnom DelMar holter EKGu i holteru TA

REZULTATI: Pregledano je više od 800 bolesnika od kojih je njih 100 imalo rezultate 24 časovnog pritiska i EKGa. Upoređivanjem frekvenci i dijagnoza koronarne bolesti i hipertenzije došlo se do zaključka u koronarnoj bolesti češća viša frekvencija i registrovano je dosta poremećaja ritma visoke frekvence.

ZAKLJUČAK: Blagovremenim sagledavanjem svih faktora rizika pa i srčane frekvence kao važnog prognostičkog indeksa za kardiovaskularni rizik, dobro vođenje terapije i uključivanjem novih lekova izbegle bi se mnogobrojne komplikacije već postojećih kardiovaskularnih bolesti i smanjuju mortalitet.

Ključne reči: srčana isuficijencija, kongestivne srčane isuficijencija, koronarna bolest, hipertenzija, holter monitoring, prevencija, indeks kardiovaskularnog rizika

e-mail: office@gamzigradskabanja.org.rs

NASLOV SESIJE: PREVENTIVNA MEDICINA I JAVNO ZDRAVLJE

- USMENE PREZENTACIJE -

FAKTORI RIZIKA ZA KARDIOVASKULARNA OBOLJENJA (KVO) KOD DEČAKA UZRASTA 10. GODINA U JUSAD STUDIJI

Bratimirka Jelenković (1), Brankica Vasić (2), Ivana. Novaković (3), B. Petrović (4), M. Radičev (5)

(1)ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, PEDIJATRIJSKA SLUŽBA, (2) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, DEČIJI DISPANZER, (3) MEDICINSKI FAKULTET BEOGRAD, INSTITUT ZA BIOLOGIJU, (4) DOM ZDRAVLJA ARILJE, (5) REPUBLIČKI ZAVOD ZA STATISTIKU, BEOGRAD

UVOD: Prema Desetoj međunarodnoj klasifikaciji bolesti gojaznost je označena kao bolest. Mnogobrojna epidemiološka, klinička i eksperimentalna istraživanja pokazala su da postoji pozitivna korelacija između gojaznosti i dislipidemija. Gojazne osobe zbog poremećaja metabolizma masti imaju više vrednosti ukupnog holesterola, LDL holesterola i triglicerida i niže vrednosti HDL holesterola u plazmi od normalno uhranjenih ili pothranjenih osoba. Povećan obim sturka takođe je jedan od činilaca za KVO kao i stil i način života sa manje fizičke aktivnosti.

CILJ: Utvrđivanje učestalosti hipertenzije i dislipidemija povećanog obima struka, potkožnog nabora nad tricepsom, povećane sedanternog načina života, smanjenje fizičke aktivnosti kod dečaka uzrasta 10. godina u odnosu na stepen uhranjenosti.

MATERIJAL I METODI RADA: Istraživanje je sprovedeno u okviru JUSAD studije (Jugoslovenska studija prekursora ateroskleroze u školske dece) u. OŠ u šest Domova zdravlja (Arilje; Beograd-Palilula; Beograd - dr.Simo Milosević; Gradiška, Despotovac; Zaječar; Knjaževac; Užice i Požarevac).Prospektivna studija obuhvatila je 1448 dečaka, u uzrastu od 10. godina. Antropometrijski parametri (telesna visina i telesna masa) i parametri procene stepena uhranjenosti (obim struka i potkožni nabor nad tricepsom) izmereni su standardnim postupkom. Indeks telesne mase (ITM) je izračunat primenom standardne formule. Svi ispitanici su svrstane prema ITM u tri grupe: I-pothranjeni; II-normalno uhranjeni i III-predogojazni i gojazni. Za dislipidemije (više vrednosti ukupnog holesterola, LDL holesterola i triglicerida i niže vrednosti HDL holesterola u plazmi) korišćene su standardne tj granične vrednosti na osnovu NCEP (National Cholesterol Education Program) iz 2001. godine, odvojeno po polu i uzrastu. Merenja arterijskog krvnog pritiska obavljena su standardizovanim postupkom. Statistička značajnost učestalosti faktora rizika testirana je χ^2 testom (SN-statistički neznačajno;p<0,01 p<0,05).

REZULTATI: Od 1448 dečaka uzrasta od 10.godina, na osnovu kriterijuma International Obesity Task Force: pothranjeno je 190 (13,1%), sa prosečnim ITM-13,98±0,61, prosečnim SKP-100,64±10,29 mmHg, prosečnim DKP-65,74±8,32. mmHg Normalno uhranjeno je 1040 (71,82%) sa prosečnim ITM-16,60±1,31; prosečnim SKP- 104,94±10,69 mmHg; prosečnim DKP-67,57±8,53 mmHg. Deca sa rizikom da postanu gojazna i gojazna 218 (15,05%) sa prosečnim ITM-22,37±2,57; prosečnim SKP-110,45±9,77 mmHg, prosečnim DKP-70,59±8,64 mmHg. Sistolni krvni pritisak (SKP) je iznad 95. percentila za uzrast i pol kod: I/II/III grupa- 7,2%/12,5%/23,03%. Oba KP iznad graničnih vrednosti ima: I/II/III grupa-5%/8,49%/16,9%. Hiperholesterolemija je nađena kod I/II/III grupa u 9,7%/11,2%/11%, dok se hipertrigliceridemija sreće kod I/II/III grupa u 3%/5,8%/11,46%. Obim struka iznad 90. percentila za uzrast i pol ima čak 40 % predgojaznih i gojaznih dečaka, dok je taj % kod normalno uhranjenih zanemarljiv (0,4%). Kožni nabor nad tricepsom iznad 90. percentila za uzrast i pol ima čak 34 % predgojaznih i gojaznih dečaka, dok je taj % kod normalno uhranjenih zanemarljiv (2%). Oba parametra procene stepena uhranjenosti sreću se udruženo kod predgojaznih i gojaznih dečaka u 22,4 %. Prosečno dnevno uz TV i kompjuter provedu dečaci iz sve tri grupe od 3,25-3,35 h. Takođe nema razlike ni u stepenu fizičke aktivnosti među grupama, odnosno približno 4 sata nedeljno su fizički aktivni (3,82 h) dečaci iz sve tri grupe.

ZAKLJUČAK: U uzrastu od 10. godina kod dečaka nema razlike u učestalosti dislipidemija u odnosu na stepen uhranjenosti. Predgojazni i gojazni dečaci uzrasta 10. god. u JUSAD studiji imaju veće vrednosti KP i češće

imaju hipertenziju kao i veći obim struka u odnosu na normalno uhranjene vršnjake što je u skladu a podacima iz literature koja se bavila sličnom problematikom. Malo su fizički aktivni dok sede duže nego što je preporučeno. Ključne reči: Dislipidemije, hipertenzija, faktori rizika za KVO kod dece.

e-mail: bratimirkajelenkovic@gmail.com

DOJENJE U PRVIM MESECIMA ŽIVOTA U OPŠTINI ZAJEČAR

Brankica Vasić (1), Bratimirka Jelenković (2), Maja Cukić (1)

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR (1) DEČIJI DISPANZER, (2) DEČIJE ODELJENJE

UVOD: Majčino mleko je maksimalno prilagođen fiziološkim potrebama i mogućnostima deteta. Pored idealnog nutritivnog sastava, ono raspolaže brojnim nenutritivnim činiocima koji kompenzuju fiziološku nezrelost u ovoj fazi rasta i razvoja, štiti dete od različitih infekcija, alergijskih manifestacija, deluje stimulatивно na psihoemotivni razvoj. Dojenje je najjeftiniji i najpraktičniji vid ishrane.

CILJ: zastupljenost dojenja u zaječarskoj opštini, doprinos promociji i podršci dojenju u Srbiji.

MATERIJAL I METODI RADA: Restrospektivnom analizom zdravstvenih kartona, obuhvaćeno je 1179 deteta u tri generacije. Prva grupa su deca rođena 1994. godine, II grupa dece rođena 2004. i III grupa dece rođene 2010. godine. Razmatrali smo zastupljenost dojenja u prvim mesecima života, isključivo dojenje do 6. meseca života, razloge uvođenja adaptiranih formula, kao i psihomotorni razvoj u prvoj godini života i vakcinalni status te dece.

REZULTATI: U prvoj grupi dece dojeno je 79% , u drugoj grupi 86%, a u trećoj grupi 82,7%. Isključivo dojenje do 6 meseci zastupljeno je u prve dve grupe 60- 63%, a u trećoj grupi 45%. Dojenje i adaptirana formula po rođenju kao dopuna obroka : I grupa 19%, II grupa 23%, III grupa 28%. Stagnira procenat dece koji su odmah po rođenju ili u prvom mesecu na formuli od 14 do 18%. Najčešći razlozi uvođenja formule su problemi na rođenju (asfiksija, febrilna stanja, hipotrofična novorođenčad, kongenitalne anomalije srca i dr.). Najveći broj dece ima uredan psihomotorni razvoj (98-99%), obuhvat vakcinacijom je 92%. Nevakcinisano je oko 1% dece po generaciji, a neredovno vakcinisano 9% (nemedicinski razlozi).

ZAKLJUČAK: Dojenje u opštini Zaječar je zastupljeno u većem procentu, ali milenijumski cilj je 60% predominantnog isključivog dojenja do 6. meseca. Potrebno je motivisati i angažovati najširu javnost, profesionalce svih nivoa zdravstvene zaštite u implementaciji standarda za podršku dojenju prilagođenih potrebama majke i deteta, a prema Standardima Nacionalnog koordinacionog tima za implementaciju "Baby friendly plus" programa.

Ključne reči: dojenje, podrška, promocija

e-mail: vasic7@open.telekom.rs

AKUTNA TROVANJA I INGESTIJA KOD DECE I MLADIH KOJI SU OD 2002. DO 2011. GODINE LEČENI U DEČIJEM ODELJENJU ZDRAVSTVENOM CENTRU ZAJEČAR

Ljiljana Jovanović (1), Bratimirka Jelenković (1), Bojana Cokić (1), Mirko Nikolić (1), Brankica Vasić (2)

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (1) PEDIJATRIJSKA SLUŽBA, (2) DEČIJI DISPANZER

UVOD: Akcidentalna trovanja su uglavnom karakteristična za decu uzrasta od dve do tri godine. Ona se javljaju kada deca ostanu bez kontrole makar i vrlo kratko vreme. To se najčešće dešava kada u kući i postoji novorođenče, u toku selidbe ili ako je majka depresivna. Paracetamol i drugi antipiretici, analgetici, antibiotici i oralni kontraceptivi, kao i korozivna sredstva koja se koriste u domaćinstvu, najčešće bivaju ingestirani od dece ovog uzrasta. Pokušaj suicida zloupotreba alkohola su najčešći vid trovanja kod adolescenata. Otrovani se moraju odmah odvesti u bolnicu, gde im se pored toksikološke potpore može pružiti psihijatrijska i socijalna pomoć.

CILJ: Analiza karakteristika trovanja i ingestije kod dece i mladih hospitalizovanih u Dečijem odeljenju ZC Zaječar u periodu od 2001. do 2011. godine

MATERIJAL I METODI RADA: Korišćeni su podaci iz medicinske dokumentacije (istorija bolesti) dece lečene u desetogodišnjem periodu. Analizirani su pol, uzrast, vrsta materije sa kojom se trovanje dogodilo (medikamenti, sredstva iz domaćinstva, pesticidi....), doba godine, doba dana, vreme proteklo od trovanja ili ingestije do hospitalizacije. Zatim su analizirani klinički simptomi, terapija, upućivanje u tercijarnu ustanovu.

REZULTATI: U analiziranom periodu hospitalizovano je 118 (M/Ž-49/72-42%/61%) dece i mladih zbog trovanja i ingestije toksičnih materija. Po uzrastu od 0-4. godine 63/63%; od 5-9. godine 20/17%; od 10-14. godine 12/10% i od 15-18. godine 22/19%. Prosečan uzrast je 11,84 godine, najčešći mesec je bio juli, po podne (16,5 h) je doba dana kada su najčešće u proseku hospitalizovani. Prosečno vreme proteklo od ingestije do hospitalizacije je 5h. Za uzrast do pete godine to vreme u proseku iznosi 2,5 h. Vrsta trovanja zavisi od uzrasta, tako da se deca mlađeg uzrasta češće truju sa preparatima za domaćinstvo i lekovima, zadesno, dok se stariji uzrast a naročito adolescenti češće truju sa alkoholom, bensedinima i često namerno. U kliničkoj slici uglavnom dominira povraćanje i simptomi od strane CNS (pospanost, usporenost, nestabilan hod, halucinacije...). U većini slučajeva gde je bilo dozvoljeno primenjena je gastrična lavaža ili je provocirano povraćanje, u nekoliko slučajeva primenjena je specifična terapija. Četvoro dece je upućeno u tercijarnu ustanovu, dok je jedno odojče egzistiralo zbog trovanja pesticidima.

ZAKLJUČAK: Analiza uzroka trovanja hospitalizovane dece i mladih ne razlikuje se osim nešto veće učestalosti ženskog pola po rezultatima drugih studija koje su se bavile sličnom problematikom.

Ključne reči: trovanja kod dece.

DEPRESIVNOST KOD ADOLESCENATA NA KOSOVU I METOHJI

Dragana Stanojević, Biljana Jaredić

FILOZOFSKI FAKULTET KOSOVSKA MITROVICA

U ovoj epidemiološkoj studiji preseka želeli smo da ispitamo depresivnost kod adolescenata koji žive na Kosovu i Metohiji u jednoj specifičnoj društvenoj situaciji. Osnovni cilj nam je bio da utvrdimo depresivnost, ali i da ispitamo njegovu povezanost sa percepcijom društvene situacije, zadovoljstvom životom i sociodemografskim varijablama (polom, mestom življenja, materijalnim statusom). Uzorak sačinjavaju učenici završnog razreda srednje škole uzrasta od 17-19 godina starosti. Od skala koristili smo Bekov inventar depresivnosti (BDI), Skala zadovoljstva životom (SWLS), skala subjektivne procene društvene situacije, upitnik za prikupljanje sociodemografskih varijabli. Od statističkih metoda korišćene su mere deskriptivne statistike, mere korelacije (linearne i parcijalne) i postupci utvrđivanja značajnosti razlika između aritmetičkih sredina (t- test i analiza varijanse).

Najveći broj ispitanika (66%) ima minimalnu depresivnost, a 18,7% ima blagu depresivnost. Umerenu depresivnost pokazalo je 11,2% ispitanika, a ozbiljnu 4,5% mladih srpske nacionalnosti koji žive na Kosovu i Metohiji. Srednja vrednost dobijenih rezultata na skali SWLS nam može svedočiti o umerenom zadovoljstvu naših ispitanika sopstvenim životom. Korelacije između zadovoljstva životom i depresivnosti je negativna i statistički značajna ($r = -0.353$). Korelacije između subjektivne percepcije društvene situacije i depresivnosti je negativna i statistički značajna ($r = -0.157$), što znači da osobe koje su u većoj meri nepovoljnije procenjuju situaciju u sredini u kojoj žive biće depresivnije, dok je kod osoba čija je slika pozitivnija biće manje depresivne. Uticaj mesta u kome ispitanici žive na zadovoljstvo životom i depresivnost ispitanici se razlikuju značajno u zadovoljstvu životom i depresivnosti zavisno od toga da li žive u enklavi ili u severnom delu Kosovske Mitrovice. Ispitanici koji žive na severu Kosova pokazuju značajno više zadovoljstva sopstvenim životom u odnosu na one koji žive u enklavama (nivo značajnosti 0.01). Takođe, ispitanici koji žive u enklavama imaju značajno više skorove depresivnosti u odnosu na mlade sa severa Kosova, i ta je razlika značajna na nivou 0.05. Uticaj materijalnog stanja na zadovoljstvo životom i depresivnost osobe visokog materijalnog statusa se značajno razlikuju po zadovoljstvu životom u odnosu na sve ostale grupe, dok se osobe srednjeg materijalnog statusa razlikuju samo u odnosu na osobe visokog i niskog, ali ne i u odnosu na osobe veoma niskog materijalnog statusa. Što se tiče depresivnosti ispitanici srednjeg i visokog materijalnog stanja se značajno razlikuju od onih niskog i veoma niskog materijalnog stanja, dok razlike između grupa ispitanika sa srednjim i visokim materijalnim statusom nisu statistički značajne. Depresivnost se pokazala izraženijom kod osoba ženskog pola, što je u skladu i sa opštom populacijom.

Kako je depresivnost kod adolescenata jedan od rizika za suicid, dovodi do problema u školskom postignuću, problema u porodičnom i partnerskom funkcionisanju, probleme sa zloupotrebom supstanci, veoma je važno

ustanoviti je kod one grupe mladih koji su izloženi jednoj specifičnoj društvenoj situaciji koja ima potencijala da razvije mnoge psihogene poremećaje.

Ključne reči: depresivnost, adolescent, zadovoljstvo životom, Kosovo i Metohija, pol

STRUKTURA POREMEĆAJA MENTALNOG ZDRAVLJA RADNIKA HEMIJSKE INDUSTRIJE KRUŠEVAC

Slavica Stojiljković, R. Milivojević, S. Stojiljković, Lj. Milivojević
ZDRAVSTVENI CENTAR KRUŠEVAC

UVOD: Stres je postao osnovni začim života u trećem milenijumu. Mentalno zdravlje je sve ugroženije. Stručnjaci WHO upozoravaju da četvrtina stanovnika ima neki od poremećaja mentalnog zdravlja. Do sličnih zaključaka su došli i stručnjaci Instituta ZZJZ Srbije, 20-25% odrasle populacije ima neki od poremećaja mentalnog zdravlja. Depresije i narkomanija su u porastu. Desetogodišnje sankcije, hiperinflacija, bombardovanje, tranzicija i nesigurnost verovatno su doprineli tome.

CILJ RADA: je da sagledamo strukturu i učešće poremećaja mentalnog zdravlja u morbiditetu kod radnika HI Kruševac za period od 2006 – 2011.g.

MATERIJAL I METOD RADA: Za naše istraživanje smo koristili izveštaje o oboljenjima, stanjima i povredama (obrazac SI-06).

REZULTATI RADA: U posmatranom periodu registrovali smo 8890 prvih pregleda sa dijagnozom nekih od poremećaja mentalnog zdravlja. Najbrojniji su neurotski, stresogeni i somatoformni poremećaji (MKB-10, F40 – F48) 7088(80%), slede afektivni poremećaji (F30 – F39) 817(9,2%), Sch i sumanuti poremećaji (F20 – F29) 641(7,2%), alkoholizam i bolesti zavisnosti (F10 – F19) 188(2%). U grupi sa dijagnozom F40 - F48 najčešći su telesni psihički poremećaji (F45) 3700(52%), zatim neurastenije (F48) 2007(28%), reakcije na stres (F43) su na trećem mestu 900(13%).

ZAKLJUČAK: U našem radu poremećaji mentalnog zdravlja, u ukupnom apsenizmu su bili na četvrtom mestu, iza bolesti respiratornog, KV i bolesti koštanomišičnog sistema. Zabeležen je trend porasta poremećaja mentalnog zdravlja (2003. 6%, 2007. 10,4%). Da bi se donekle zaustavio porast poremećaja mentalnog zdravlja potrebno je edukovati lekare primarne zaštite da prepoznaju problem koji dovodi do poremećaja, ne limitirati vreme posete pacijenta, poboljšati koordinaciju lekar primarne zaštite – psihijatar, uključiti podršku porodice i društvene zajednice. Ocena radne sposobnosti ovih pacijenata je veoma kompleksna i treba je ceniti iz odnosa obolelog prema sebi, prema socijalnoj i radnoj sredini.

Ključne reči: mentalno zdravlje, hemijska industrija

e-mail: stojiljkovicsslavica@yahoo.com

SUICIDUM- TENTAMEN SUICIDII U RADU SLUŽBE HITNE MEDICINSKE POMOĆI U BEČEJU

Milena Jokšić(1), S.Šijačić(2), D.Nikolić(1), E Berčenji(1), L. Andrić(2), M. Dimitrašević(2), R.Jokšić-Mazinjanin(3)

(1) DOM ZDRAVLJA BEČEJ, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI,(2) DOM ZDRAVLJA BEČEJ, SLUŽBA OPŠTE MEDICINE,(3)ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NOVI SAD

CILJ: prikazati učestalost suicida i pokušaja suicida u radu Službe hitne medicinske pomoći Doma zdravlja Bečej (SHMP DZ Bečej) kao i demografske karakteristike pacijenata.

MATERIJAL I METODE: Urađeno je retrospektivno, opservaciono istraživanje u SHMP DZ Bečej. Uključeni su pacijenti koji su u periodu dve kalendarske godine, od 01.01.2010. do 31.12.2011. godine pokušali ili izvršili samoubistvo. Podaci su prikupljeni iz ambulantnih protokola i protokola terenskih ekipa. Prikupljeni su podaci o: starosti, polu, području življenja (selo,grad), nivou obrazovanja, nacionalnoj pripadnosti, zaposlenju, bračnom stanju, postojanju ranijih psihijatrijskih oboljenja kao i daljem tretmanu pacijenata koji su pokušali samoubistvo. Podaci su obrađeni upotrebom statističkih paketa Statistica 7 i SPSS 11.

REZULTATI: Tokom 2010. i 2011. godini u SHMP DZ Bečej pregledano je 18656 pacijenata, od toga 12478 pacijenata u ambulanti i 5138 na terenu. Za dve godine je izvršilo ili pokušalo samoubistvo 86 (0,46%)

pacijenata. Samoubistvo su izvršila 22 (25,58%) pacijenta, a pokušala 64 (74,42%). Od ukupnog broja osoba koje su pokušale ili izvršile samoubistvo bilo je 58 (67,44%) muškaraca i 28 (32,56%). Prosečna starosna dob pacijenata bila je $44,08 \pm 15,79$ godina, muškaraca $45,90 \pm 15,13$, a žena $40,32 \pm 16,73$. Sa gradskog područja bila su 62 (72,09%) pacijenta, a 24 (27,91%) sa seoskog. Samo 1 (1,16%) pacijent je imao visoku stručnu spremu, 38 (44,19%) srednju stručnu spremu, 26 (30,23%) završenu osnovnu školu a njih 21 (24,42%) je bilo bez škole. Uglavnom su samoubistvo pokušali ili izvršili pripadnici srpske nacionalnosti, 41 (47,67%), potom mađarske, 36 (41,86%), hrvatske 6 (6,98%), a 3 (3,49%) osobe su bili Romi. Zaposlene su bile 23 (26,75%) osobe, 18 (20,93%) su bili penzioneri, a 45 (52,33%) je bilo bez posla. Kod psihijatra se lečilo 55 (63,95%) pacijenata, a 31 (36,05%) nikada nije tražio profesionalnu pomoć. Većina pacijenata je trovanjem pokušala samoubistvo, 39 (60,94%), a među onima koji su izvršili samoubistvo 18 (81,82%) je to učinilo vešanjem. Nakon pregleda pacijenata koji su pokušali samoubistvo i pružanja hitne medicinske pomoći, 51 (79,69%) pacijent je upućen sanitetom, u pratnji lekara i medicinske sestre, u bolničku ustanovu (Novi Sad, Vrbas, Senta), a preostalih 13 (20,31%) specijalisti neuropsihijatru u DZ Bečej.

ZAKLJUČAK: Manje od pola procenta pregledanih pacijenata u SHMP DZ Bečej je pokušalo ili izvršilo samoubistvo. Uglavnom su to bili muškarci srednje životne dobi, sa gradskog područja, srpske ili mađarske nacionalnosti koji nisu imali zaposlenje. Većina pacijenata je lečena kod psihijatra. Nakon pregleda lekara SHMP, većina pacijenata koji su pokušali samoubistvo je upućena sanitetom u pratnji lekara u sekundarnu i tercijernu zdravstvenu ustanovu. Svaki vid pokušaja samoubistva treba shvatiti vrlo ozbiljno, i tretirati na odgovarajući način.

Ključne reči: samoubistvo, pokušaj samoubistva

e-mail: milenajoksic@hotmail.com

IMUNIZACIJA STARIH LICA OD INFLUENCE

Ljiljana Pešić (1), Z. Milošević(2)

(1)DOM ZDRAVLJA NIŠ, SLUŽBA KUĆNE NEGE,(2)MEDICINSKI FAKULTET, NIŠ

UVOD. Jedna od najznačajnijih mera specifične prevencije u starijem životnom dobu predstavlja vakcinaciju od gripa (influenca), koja omogućava smanjenje udela smrtnih slučajeva usled komplikacije već postojećih hroničnih bolesti, pre svega astme, nespecifičnih plućnih i kardiovaskularnih bolesti. Aktualna literatura procenjuje da svake godine 10-20% stanovništva oboli od gripa, pri čemu su usled komplikacija i pogoršanja osnovne bolesti najčešći letalni ishodi kod starije populacije. Prema novijim američkim izvorima, smatra se efikasnom odbranom od gripa starijih osoba ukoliko je njom obuhvaćeno preko 90% starijih od 50 godina života, pri čemu se vakcinisanje preporučuje čak i kod obolelih od malignih bolesti i HIV-infekcija. Većina nacionalnih zdravstvenih službi javnog zdravlja u razvijenim zemljama beleže trend kontinuiranog porasta obuhvata starijih osoba vakcinacijama protiv gripa.

Rad predstavlja segment šireg istraživanja, čiji je cilj bio da se utvrde stavovi, ponašanje i motivacioni faktori populacije starije od 65 godina za usvajanje zdravih životnih stilova; poseban segment istraživanja za aktuelnu prezentaciju odnosi se na imunizaciju protiv gripa na gradskom području Niša.

METODOLOGIJA je podrazumevala anketno ispitivanje starije populacije na reprezentativnom uzorku (ukupno 1295 lica iznad 65 godina, muških 579 i ženskih 716), kod kojih su praćeni zdravstveno stanje, socijalne prilike, poznavanje faktora rizika po zdravlje, zdravstveno ponašanje i uslovi pod kojima bi se usvojili zdraviji obrasci života.

REZULTATI ukazuju da se redovno vakciniše 40.76% muškaraca i 44.83% žena, neredovno 34.9% muškaraca i 35.33% žena. U odnosu na zdravstveno stanje najčešće se vakcinišu oboleli od hroničnih bolesti, pri čemu su statistički značajnije razlike u odnosu na zdravstveni status nego na pol ($\chi^2=33.08 > \chi^2(2; 0.05)=5.991$; $p < 0.05$). I pored toga, oko 60% anketiranih iz kategorije "bolesni ili bolešljivi" se ne vakcinišu redovno. Ispitivanje mogućnosti za motivisanje starijih osoba za usvajanjem preporuka o redovnom vakcinisanju ukazuje da bi svoje ponašanje promenilo najviše ispitanika u slučaju pogoršanja zdravlja (42.56% muških i 36.64% ženskih). Na drugom mestu je rangiran veći stepen informisanosti za preko 57% starih lica oba pola, zdravstvenog stanja i svih starosnih podkategorija. Na trećem mestu su rangirani stimulacija i podrška od strane porodice, prijatelja i drugih važnih osoba za stara lica.

Zaključuje se da bi ubuduće odgovarajući segmenti zdravstvene službe, pre svega na nivou primarne zdravstvene zaštite (izabrani lekari, preventivni centri, zavodi za javno zdravlje, patronažna služba) trebalo da usvoje

aktivniji stav prema motivisanju starih lica za redovnim vakcinisanjem protiv gripa. Takođe su od značaja i sama edukacija edukatora za usvajanje posebnih programa unapređenja gerijatrijske zdravstvene zaštite, koji su do sada uglavnom izostajali. U segmentu mera orijentisanih ka zajednici podrazumeva se aktivnija uloga mas-medija u cilju upoznavanja stanovništva sa značajem imunizacije od gripa kako bi se doprinelo unapređenju i očuvanju zdravlja stare populacije.

Ključne reči: stara populacija, vakcinacija protiv gripa

e-mail: mr.ljiljanapesic@gmail.com

VAKINACIJA PROTIV SEZONSKOG GRIPA U PERODU OD 2009-2011.GOD. NA PODRUČJU DZ LESKOVAC

Dragana Petović Kenić, Suzana Cvetković, Dragana Joksimović

DOM ZDRAVLJA LESKOVAC, OGRANAK U VUČJU

CILJ RADA: Procena varijacija vrednosti obuhvata vakcinisanih lica protiv sezonskog gripa u periodu od 2009-2011.godine tj. u periodu od jedne godine pre i jedne godine posle pandemije gripa.

MATERIJAL I METODE: U radu su korišćene izveštajne tabele-imunizacija protiv gripa DZ Leskovac, Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti od 26.11.2004.god., Imunizacija R Petović.

Vršena je statistička obrada podataka i upoređivanje rezultata.

REZULTATI: DZ Leskovac u svom sastavu ima i dva ogranka u Vučju i Grdelici.

U 2009.god. broj vakcinisanih lica protiv sezonskog gripa na teritoriji grada Leskovca, prema kliničkim i epidemiološkim indikacijama je iznosio 5674, što predstavlja 3,78% u odnosu na ukupan broj stanovnika.

U 2010. god. je vakciniano 4113 lica ili 2,74% stanovnika, dok je taj broj u 2011.god. 3665 ili 2,44% stanovnika.

Uporedni prikaz vakcinisanih po godinama prema kliničkim indikacijama i epidemiološkim indikacijama (zdravstveni radnici i lica starija od 65 godina), kao i prema ustanovama gde je izvršena vakcinacija (Leskovac, Vučje, Grdelica), prikazan je tabelom broj 1 a ukupan broj vakcinisanih u DZ Leskovac tabelom 2. dok je ukupan broj vakcinisanih po godinama prikazan grafikonom broj 1.

Ako se uporedi obuhvat vakcinisanih po godinama, može se zapaziti da je obuhvat vakcinisanih u 2010.god. u odnosu na 2009.god. niži za 27,51%, a u 2011.god. u odnosu na 2009.god. obuhvat je niži za 35,41%.

Ako se uporedi obuhvat vakcinisanih protiv gripa u 2011 sa obuhvatom u 2010 on je niži za 10,9% .

ZAKLJUČAK: Evidentno je da u poslednje dve godine na području na kome zdravstvenu zaštitu stanovništvu pruža DZ Leskovac, dolazi do pada obuhvata vakcinisanih lica protiv sezonskog gripa. Zasižno je manji obuhvat vakcinisanih protiv sezonskog gripa posledica čestih medijskih rasprava o bezbednosti vaccine protiv pandemijskog gripa 2010.god. (Focetria), i podeljenog mišljenja lekara a bez oglašavanja struke.

Poverenje građana jeste poljuljano, pa je neophodno da se struka pozabavi ovim problemom, kako ovaj manji obuhvat vakcinisanih protiv sezonskog gripa, ne bi bio uvod u manji obuhvat vakcinacijom lica određenog uzrasta, protiv bolesti koje su predviđene Zakonskim propiima.

Ne sme se zaboraviti da je vakcinacija najefikasnija preventivna mera protiv mnogih zaraznih bolesti a da sada rad na promociji vakcinacije treba intenzivirati na svim nivoima zdravstvene zaštite, kako bi se vratilo poverenje građana u vakcinaciju i zdravstveni sistem.

Ključne reči: Vakcinacija, grip, poverenje

e-mail: kenic.dragana@gmail.com

NASLOV SESIJE: **PREVENTIVNA MEDICINA I JAVNO ZDRAVLJE**

- POSTER PREZENTACIJE -

INTERAKCIJE IZMEĐU EKONOMIJE, ZDRAVLJA I ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Nikola Todorović, Zoran Milošević, Dragan Nikolić, S. Ristić, M. Marjanović, R. Marković

INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE, NIS

UVOD: U poslednja dva veka zdravstvena zaštita postala je važna ljudska aktivnost. Troškovi za zaštitu zdravlja povećavaju se bržim tempom u odnosu na druge servise, bez obzira na model zdravstvene zaštite: socijalni - Evropa, ili dominantno privatno -SAD. U zemljama u tranziciji, posebno u periodima krize, zdravstvena zaštita zahteva povećanje troškova, a finansijske mogućnosti da se zadovolje ovi zahtevi su niske.

METOD: Korišćen je deskriptivno-analitički metod za ekonomiju, zdravstvo i zdravstvenu zaštitu-interakcije u ekonomskom modelu tranzicije.

REZULTATI: Zdravstvene zahteve određuju veličina i struktura stanovništva, zdravstveno stanje stanovništva i faktori sredine koji utiču na stanovništvo kao i dostignuća u medicinskoj tehnologiji. U našoj zemlji u tranziciji, preovlađuje starija populacija, beleži se porast hroničnih masovnih oboljenja, život i okruženje su degradirani sa prisustvom dosta štetnih agenasa. Ekonomske i socijalne karakteristike prelaznog perioda i kriza dovode do povećanja zdravstvenih zahteva i njihovog finansiranja.

DISKUSIJA: Ekonomiste treba osposobljavati za timski rad, zajedno sa lekarima, a lekari treba da poseduju osnovna znanja o zaštiti zdravlja u privredi. Najbolje rešenje bi bilo da ekipe za zaštitu zdravlja-strategije i planiranja obuhvataju pored lekara i ekonomista, pravnike, socijalne radnike, demografe i druge specijalnosti, što omogućava adekvatnije rešavanje problematike zaštite zdravlja u periodu tranzicione krize.

ZAKLJUČAK: Mogući zaključak bi bio u skladu sa stavovima savremenih ekonomista i lekara-ekonomska odgovornost savremenog lekara je neizbežna nova kategorija odgovornosti lekara.

Ključne reči: ekonomija, zdravstvena zaštita, interakcija, tranzicioni izazov

PREVENTIVNI PREGLEDI U TOKU PRVE GODINE ŽIVOTA

Verica Pavlović

DOM ZDRAVLJA BELA PALANKA

UVOD: Sistematski lekarski pregledi u prvoj godini života sprovode se radi praćenja rasta, razvoja, uhranjenosti i zdravstvenog stanja, kao i ranog otkrivanja poremećaja zdravlja. Obavezno se sprovode oko 15. dana života, na kraju prvog meseca, u trećem, šestom, devetom i dvanaestom mesecu.

CILJ: Utvrditi procenat obavljenih sistematskih pregleda, procenat uspešne uredne vakcinacije, kao i procenat kontrolnih pregleda odojčadi kod utvrđenih stanja koja zahtevaju stalni nadzor i "na zahtev roditelja".

MATERIJAL I METODI RADA: Istraživanje je izvršeno u Službi za zdravstvenu zaštitu dece, školske dece i omladine Doma zdravlja Bela Palanka u mesecu martu 2012. godine retrospektivnom analizom zdravstvenih kartona dece rođene u 2010. godini.

REZULTATI: Ukupno je pregledano 78 zdravstvenih kartona. Od ukupnog broja ispitanika 34 (43,5%) čine dečaci, a 44 (56,5%) devojčice. Sistematski pregledi oko 15. dana života obavljeni u 68 (87,1%) novorođenčadi. Sistematski pregledi na kraju prvog meseca života obavljeni su u 77 (98,7%) odojčadi, u trećem mesecu 74 (94,8%), u šestom mesecu 72 (92,3), u devetom mesecu 68 (87,1%) i u dvanaestom mesecu 77 (98,7%). Kompletno uredno vakcinisanih ima 76 (97,4%), a kod dva odojčeta je započeta, ali nemamo podataka da li je vakcinacija kompletno sprovedena zbog preseljenja. Ukupan broj preventivnih pregleda za generaciju 2010. u prvoj godini života iznosi 809, ili po odojčetu 10,3 pregleda. Raspon preventivnih pregleda iznosio je od najmanje 4, do najviše 19 u prvoj godini.

ZAKLJUČAK: Procenat obavljenih sistematskih pregleda odojčadi u prvom, trećem, šestom i dvanaestom mesecu života je sasvim zadovoljavajući. Procenat obavljenih sistematskih pregleda odojčadi u devetom mesecu života je nešto niži, ali zadovoljavajući. U skladu sa procentom obavljenih sistematskih pregleda i procenat uspešno sprovedene vakcinacije je jako visok. Procenat preventivnih pregleda „na zahtev roditelja“ je takođe

visok, ali ne smemo im uskratiti to pravo jer treba razumeti njihovu brigu za zdravo i napredno potomstvo. Ključne reči: preventivni pregledi, novorođenčad, odojčad.

e-mail: tinapavlovic@open.telekom.rs

STANDARDI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE NA SEKUNDARNOM NIVOU OKRUGA ZAJEČAR I BOR

Olica Radovanović, Snežana Tošić, Jasmina Radosavljević, Vlastimir Bađević
ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVLJE "TIMOK" ZAJEČAR

Za ostvarivanje zdravstvene delatnosti pod ujednačenim uslovima i dostupnosti zdravstvenih usluga stanovništvu, kao i definisanje kapaciteta zdravstvene službe u odnosu na aktuelne potrebe i u skladu sa prepoznatim budućim potrebama, kao osnov za korekciju unutrašnje organizacije zdravstvenih ustanova, neophodno je sagledavanje standarda, odnosno, „kriterijuma ili prepoznatih mera za poređenje kvalitativnih ili kvantitativnih vrednosti“ (ICAO,1998; Jelača,2007).

Cilj: Osnovni cilj ovog rada je prikaz standarda sekundarne zdravstvene zaštite u cilju ravnomernijeg razvoja kapaciteta zdravstvene službe i efikasnije korišćenje raspoloživih resursa na teritoriji okruga Zaječar i Bor, prevashodno kadrovskih resursa.

Metodologija: Izvor podataka su: Izveštaj o organizacionoj strukturi, kadrovima i opremljenosti zdravstvenih ustanova Obr.br.3-00-60 i Izveštaj službe za bolničko-stacionarno lečenje Obr.br.3-21-60. Informacije o ukupnom broju radnika u okviru Bolničkog odeljenja Anesteziologije nije moguće dobiti iz prvog navedenog izveštaja, već je prikazan u okviru Izveštaja službe za bolničko-stacionarno lečenje Obr.br.3-21-60 Odeljenja opšte hirurģije, koji sadrži samo podatke o ukupnom broju anesteziologa, a ne sadrži broj zdravstvenih radnika ostalog obrazovnog profila. Za definisanje organizacione strukture i obima i sadržaja aktivnosti zdravstvene zaštite na sekundarnom nivou korišćeni su zakonski akti. U radu su korišćeni: standardi obezbeđenosti bolnički lečenih pacijenata medicinskim kadrom i merila izvršenja – mere produktivnosti.

Rezultati: Najveći broj ispisanih pacijenata po jednom lekaru specijalisti odgovarajuće grane medicine je u hirurģskim granama medicine OB Bor (521,9 prijema-otpusta godišnje, odnosno, 12,4 nedeljno) i u hirurģskim granama OB Majdanpek (504 prijema-otpusta godišnje, odnosno, 12 nedeljno). Pokazatelji opterećenosti sa najmanjim brojem ispisanih pacijenata po jednom izvršiocu su u okviru pedijatrije OB Mjadanpek (115 prijema-otpusta godišnje, odnosno, 2,7 nedeljno) i pedijatrije OB Bor (118,3 prijema-otpusta godišnje, odnosno, 2,8 nedeljno).

Odnos broja medicinskih tehničara sa višom stručnom spremom u odnosu na zdravstvene radnike sa srednjom stručnom spremom odstupa od propisanog minimuma, a najizraženije odstupanje je u OB Majdanpek (odnos od 1,8).

Prateći postojeći broj nemedicinskih radnika u 2011.godini (ukupno 682, od kojih 131 administrativni radnik), u okviru opštih bolnica okruga Bor i Zaječar u odnosu na propisani broj Pravilnikom, može se izvojiti jedino OB Majdanpek u kojoj je odstupanje neznatno, dok je u ostalim opštim bolnicama značajno veći broj nemedicinskog kadra u odnosu na propisani broj. Jedino je u OB Zaječar broj administrativnih radnika manji u odnosu na propisani broj.

Zaključak: Odlike prostora, odnosno, izražene depopulacione karakteristike Timočke krajine, sa intenzivnim migracionim procesima i to prevashodno kod mladih populacionih grupa, determinišu odstupanja u odnosu na pokazatelje opterećenosti medicinskih radnika sekundarne zdravstvene zaštite bolničkim posteljama, u odnosu na broj ispisanih bolesnika, u odnosu na broj bolesničkih dana, na prosečnu dužinu lečenja i na komparativne pokazatelje rada zdravstvenih ustanova po nivoima zdravstvene delatnosti. Sve ovo zahteva kontinuirano istraživanje kvaliteta i efikasnosti bolničke zdravstvene zaštite i prilagođavanje zdravstvenih potreba stanovništva sa kretanjima populacionih potencijala prostora i usklađivanje sa propisanim normativima.

Ključne reči: standard, sekundarna zdravstvena zaštita, kadrovski resurs

PREVALENCA ASTME U DECE ŠKOLSKOG UZRASTANA TERITORIJI OPŠTINE ZAJEČAR

Biljana Kostadinović, Brankica Vasić
ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

UVOD: Alergijske bolesti i astma postale su najčešće hronične bolest kod dece. U različitim zemljama sveta, učestalost se kreće se od 2,1% do 32,2%, prema podacima Internacionalne studije o astmi i alergijama u dečjem uzrastu i u stalnom je porastu poslednjih decenija i kod odraslog stanovništva, ali naročito kod dece. Tačan uzrok tome nije poznat.

CILJ: Utvrditi prevalencu astme u dece školskog uzrasta na teritoriji opštine Zaječar.

MATERIJAL I METODE RADA: Korišćeni su podaci iz zdravstvenih kartona Dečjeg dispanzera ZC Zaječar, koji su potom statistički obrađeni.

REZULTATI: Prevalenca astme u dece školskog uzrasta na teritoriji opštine Zaječar je 4,8% u gradskoj sredini, a značajno manja, samo 2% u seoskim školama. Prevalenca svih drugih hroničnih bolesti zajedno je 1,6%.

Sva deca su u ranom peridu svoje bolesti imala neku od preventivne terapije (Spray Flixotide, Spray Becotide, Spray Symbicort, Sirup Galitifen, tbl.Singulair) u trajanu od oko 2 godine.

U uzrastu preko 9 godina 80% je sa periodičnim napadima koji prolaze uz korišćenje inhalacionih bronhodilatatora, bez prevencije.

Najveći broj prvi napad imalo je u uzrastu do 2 godine i u tom periodu je značajno veći udeo dečaka, dok je u školskom uzrastu broj dečaka i devojčica jednak.

96% rođeno u terminu od čega je 8% imalo asfiksiju na rođenju. 4% rođeno je pre termina. 12% bilo je na mešovitoj ishrani, 40% na prirodnoj ishrani, a ostali na adaptiranim formulama.

5% dece ima udružene druge alergijske bolesti: rinitis, kožne alergije, na hranu ili lek.

Procenat hospitalizacija zbog ove bolesti u 2011. godini je ispod 1%, dok je 2003. godine iznosio 6%, a 1993. 14%.

Nijedno dete nije oslobođeno nastave fizičkog vaspitanja, a izostajanje sa nastave je minimalno.

ZAKLJUČAK: Hronična bolest ograničava fizički, emocionalni i socijalni aspekt života bolesnika. Loše kontrolisana astma dovodi do češćeg izostajanje iz škole i hospitalizacija, a to znači lošiji kvalitet života i veće troškove lečenja. Zato je bitno sprovesti dobru prevenciju kod asmatičnog bolesnika.

Ključne reči: astma, prevencija, deca školskog uzrasta

e-mail : kostadinovic.biljanak.biljana@gmail.com

PUŠENJE ILI ZDRAVLJE

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

(1) DOM ZDRAVLJA ŽITIŠTE, (2) "SPORTREHAMEDICA" ZRENJANIN, (3) DOM ZDRAVLJA NOVI SAD

UVOD: Pušenje je opasna zdravstveno-štetna navika odomaćena u svim dobnim grupama i najraširenija bolest zavisnosti.

CILJ RADA: Sagledavanje učestalosti pušenja među zaposlenima u Domu zdravlja Žitište u Žitištu. Dom zdravlja Žitište je zdravstvena ustanova primarnog nivoa.

METOD RADA: Anonimna anketa 60 zaposlenih radnika u Domu zdravlja Žitište u Žitištu. Od ukupno anketiranih 45 je ženskog pola, a 15 muškog.

REZULTAT I ANALIZA: Od ukupnog broja anketiranih 38% su pušači, a 62% nepušači. Distribucija pušačkog statusa prema polu: 40% muškog pola, 60% ženskog pola. Distribucija pušačkog statusa prema zanimanju: visoko obrazovani stručni kadar 22%, srednje medicinsko osoblje 52%, administrativni radnici 9% i tehničko osoblje 17%.

Distribucija pušača u odnosu na poštovanje Zakona o zabrani pušenja na javnom mestu: 9% ostavilo pušenje u potpunosti, 30% ne puši u toku radnog vremena, a 61% puši za vreme pauze.

Distribucija pušača u odnosu na želju da prekine sa pušenjem: 38% izrazilo pozitivnu želju, 32% želi da smanji broj popušanih cigareta u toku dana, a 30% nastavlja sa pušenjem.

ZAKLJUČAK: Pušenje ili zdravlje? Rečenica koja nam odzvanja u ušima, ali kao i da nas ostavlja ravnodušnim. Svakodnevno pušenje dovodi do zavisnosti, pa se može govoriti o nikotinskoj narkomaniji s obzirom na sve rizike po zdravlje do kojih dovodi.

Ključne reči: pušenje ili zdravlje, nikotinska narkomanija, učestalost pušenja u zdravstvenoj ustanovi

e-mail: buba@dzzitiste.rs

ZASTUPLJENOST INFEKCIJA HEPATITIS VIRUSIMA I HIV VIRUSOM U POPULACIJI JUŽNOBAČKOG OKRUGA

Vesna Milošević, G. Kovačević, I. Hrnjaković-Cvijetković, V. Jerant-Patić, J. Radovanov, V. Filko

INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE VOJVODINE

UVOD: Infekcije hepatitisa B i C, kao i infekcija virusom humane imunodeficijencije (HIV) predstavlja globalni zdravstveni problem. Podaci epidemioloških studija iz različitih regiona sveta pokazuju široku varijaciju u prevalenciji navedenih uzročnika. Njihova učestalost je veća među manje razvijenim zemljama sveta. Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije (WHO) broj osoba zaraženih HBV u svetu kreće se od 200 – 300 miliona, dok se broj zaraženih HCV kreće se od 170 do 200 miliona, odnosno 3% svetske populacije. U svetu sa HIV infekcijom trenutno živi 33,2 miliona osoba, a svake godine se u proseku između 2,3 i 2,8 miliona ljudi inficira ovim virusom. Prema podacima Instituta za javno zdravlje Vojvodine, tokom 2011 godine na području AP Vojvodine zabeleženo je 26 novih slučajeva HIV infekcije.

CILJ: Cilj istraživanja je bio da se utvrdi zastupljenost infekcija HBV, HCV i HIV prema polu i starosti populacije Južnobačkog okruga u trogodišnjem periodu

MATERIJAL I METODI RADA: U trogodišnjem periodu (2008-2011.) testirano je 42229 seruma na HBV i HCV i HIV. Detekcija HbsAg Mikroeliza testom (Hepanostika® HBsAg Ultra, bioMérieux, France) koristila se kao marker za HBV infekciju. Za dokazivanje specifičnih anti HCV antitela korišćen je Elisa test Hepanostika® HCV Ultra (Beijing United Biomedical Co. Ltd. Shanghai, China). Kod pozitivnog ELISA testa raden je potvrđni, Western blot test (Inno-LIA HCV Score, Innogenetics, Belgium) iz drugog uzorka koji je analiziran i na ELISA test. Otkrivanje HIV infekcije vršeno je Elisa testom, kombinacijom HIV antigena i antitela (Vironostika® HIV Uni-Form II Ag/Ab bioMérieux SA, France), a reaktivni serum testirani su Western blot potvrđnim testom (New Lav Blot 1, BioRad, France) nakon predhodne analize ELISA testom u duplikatu.

REZULTATI: Na HbsAg. testirano je 38192 seruma, a 0.46 % je bilo pozitivno. Antitela na HCV dokazana su kod 1.45 % od 22370 pregledanih. Od 19713 testiranih na HIV, 5890 seruma je bilo od osoba visoko rizičnog ponašanja (korisnici intravenoznih droga i homoseksualci). Antitela na HIV potvrđena su kod 0.57% osoba visoko rizičnog ponašanja i kod 0.14% ostalih ispitanika. Najveći broj inficiranih HBV i HCV je bio u grupi mladih osoba oba pola u uzrastu od 20-29 godina. Muškarci od 30-39 godina bili najčešće izloženi HIV infekciji. **ZAKLJUČAK:** U skladu sa opaženim rezultatima HCV infekcija je češće zastupljena u populaciji Južnobačkog okruga u poređenju sa HBV i HIV. Infekcije HBV, HBV i HIV su češće kod muškaraca u poređenju sa ženama. Testiranje populacije sa visokim rizikom za infekciju HBV, HCV i HIV-om savremenim laboratorijskim testovima (treće i četvrte generacije) preporuka je u kontroli ovih infektivnih bolesti.

Ključne reči: Hepatitis B, Hepatitis C, HIV

Ova prezentacija je deo istraživanja u okviru projekta TR3 1084 pod pokroviteljstvom Ministarstva za prosvetu i nauku Republike Srbije

e-mail: vesna.milosevic@izjzv.org.rs

SPECIFIČNOSTI ZDRAVSTVENOG STANJA ZAPOSLENIH U ZONI JONIZUJUĆEG ZRAČENJA

Vesna Glišić (1), G. Papović-Đukić(2), V. Petković (1), Goran Ilić (1)

(1)ZAVOD ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU RADNIKA,KRAGUJEVAC, (2)DOM ZDRAVLJA, VRBAS

UVOD: U profesionalnim uslovima rizik od ekspozicije jonizujućem zračenju postoji u oblasti nuklearne medicine, u industriji svetlećih boja, u industriji satova, u istraživačkim laboratorijama gde radnici rade sa

otvorenim izvorima. Spoljašnjem zračenju kao riziku izloženi su radnici pri radu sa zatvorenim radioaktivnim izvorima i to u medicini i industriji (rentgen aparati, defektoskopi).

CILJ RADA: Analiza zdravstvenog stanja zaposlenih u zoni jonizujućih zračenja i shodno tome primena odgovarajućih mera prevencije.

MATERIJAL I METOD RADA: Korišćena je retrospektivna analitička metoda (2010. godina), kartoni periodičnih pregleda zdravstvenih radnika zaposlenih u zoni zračenja. Srednja vrednost ekspozicionog radnog staža je $10,67 \pm 10,37$ godina, prosečna starost je $39,41 \pm 10,06$ godina, prosečan ukupni staž je $13,47 \pm 10,73$ godina. Korišćeni su rezultati pregleda specijaliste medicine rada i lekara specijalističko-konsultativne službe. Podaci lične dozimetrije za svakog zaposlenog su u granicama referentnih vrednosti. Biodozimetrija je takođe rađena u skladu sa odgovarajućim indikacijama.

REZULTATI RADA: Analizom periodičnih pregleda u toku 2010. godine pokazalo se da je najveći procenat oboljevanja od kardiovaskularnih bolesti (28%), što se može tumačiti opštim trendom porasta kardiovaskularnih bolesti. Ipak, mora se uzeti u obzir i specifičnost posla zaposlenih radnika u zoni jonizujućih zračenja. Na drugom mestu su hiperlipoproteinemije (23%), što se može objasniti načinom ishrane i specifičnošću rada zaposlenih u zoni zračenja. U treću grupu po zastupljenosti spadaju oboljenja oka, refrakcione anomalije (21%), dok oboljenja koja mogu biti vezana za ekspoziciju jonizujućim zračenjima nisu utvrđena (presenilna katarakta). Bolesti krvi i krvotvornih organa verifikovane su kod 11% zaposlenih. Leukocitoza je zastupljena kod 6 ispitanika, leukopenija kod 4 i anemija kod jednog ispitanika. Pozitivan biodozimetrijski test je utvrđen kod 6 zaposlenih (5%). Kod njih je utvrđena privremena radna nesposobnost, koja traje 3 meseca za koje vreme dolazi do reparacije promena na hromozomima. Inače, biodozimetrijski test je na nivou biomarkera i služi da preventivno eliminiše one zaposlene koji imaju hromozomske promene, koje su reverzibilne, a da ne bi došlo do kumulacije efekata i kasnijih posledica. Maligne bolesti nisu utvrđene. S obzirom na ekspozicioni radni staž i prosečnu starosnu dob ovakav prikaz oboljenja se mogao očekivati kod zaposlenih u zoni jonizujućih zračenja, te je stoga neophodna redovna kontrola svih zaposlenih u zoni zračenja radi preduzimanja odgovarajućih i pravovremenih mera prevencije.

ZAKLJUČAK: Zdravstveni radnici, koji su profesionalno izloženi malim dozama jonizujućih zračenja, u najvećoj meri boluju od kardiovaskularnih bolesti i hiperlipoproteinemija, te u tom smislu treba promovisati zdrav stil života. Neophodni su kontrolni pregledi, ocena invaliditeta i promena radnog mesta ukoliko dođe do oštećenja zdravlja i pored primenjenih mera prevencije i poštovanja osnovnih principa radiološke zaštite. Profesionalna ekspozicija je posebno delikatna zbog hroničnog izlaganja malim dozama jonizujućeg zračenja, gde je zbog kumulativnog efekta zračenja važno sagledati biološki odgovor organizma na date uslove ekspozicije.

Ključnereči: jonizujućezračenje, hiperlipoproteinemija, kardiovaskularnebolesti, prevencija

e-mail: dr.vesnaglisic@gmail.com

PERINATALNI MORTALITET ZAJEČARSKOG PORODILIŠTA 2008-2011.

Vera Najdanović-Mandić, Zoran Roško
ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

Uvod: Perinatalna smrtnost objedinjuje sve događaje vezane za stanje ploda i novorođenčeta od 22 nedelje gestacije do navršenog sedmog dana života. Iskazuje se samo pri porodilištima.

Cilj: Cilj rada je prikaz kretanja stope perinatalnog mortaliteta Zaječarskog porodilišta i analiza uzroka smrti od 2008-2011.

MATERIJAL I METODI RADA: Metod rada je retrospektivna analiza podataka dobijenih iz istorije bolesti majke i novorođenčadi kao i godišnji izveštaj odeljenja neonatologije.

Rezultati: U ispitivanom periodu od 2008-2011. U Zaječarskom porodilištu obavljeno je 2056 porođaja sa 2083 novorođenčadi (27 pari blizanaca). Broj carskih rezovaje 663 (32,25%). Prevrmenih porođaja u 2011. godini je 31 (6,61%). Mrtvorodenčadi za ove četiri godine je bilo 12 (5,76‰) i 10 (4,83‰) novorođenčadi umrlih u toku prvih sedam dana. Stopa perinatalnog mortaliteta od 2008-2011. u Zaječarskom porodilištu je 10,59‰ i ona je u opadanju. **ZAKLJUČAK:** Zaključujem, kako etiologija smrti ploda često ostaje nepoznata, a postoje ograničenja kada je u pitanju tretman patoloških stanja koja dovode do neželjenog ishoda, prioritet savetovaništva za trudnice u Zaječaru ostaje rano otkrivanje i adekvatan tretman mogućih patoloških stanja u trudnoći.

Ključne reči: Perinatalni mortalitet, fetalni mortalitet i rani neonatalni mortalitet.

e-mail: veranajdanovicmandic@gmail.com

KOŠTANO-MIŠIĆNI DEFORMITETI UČENIKA OSNOVNIH ŠKOLA U BELOPALANAČKOJ OPŠTINI

Verica Pavlović

DOM ZDRAVLJA BELA PALANKA

UVOD: Deformiteti koštano-mišićnog sistema se veoma često otkrivaju pri sistematskom pregledu u školskom uzrastu. Deformiteti mogu biti urođeni, ali većina je stečena, i u kasnijem uzrastu mogu dovesti do značajnih posledica. Zato je bitno njihovo pravovremeno otkrivanje, lečenje i praćenje, sa posebnim akcentom na prevenciji istih promocijom zdravih stilova života kod školske dece.

CILJ: Analiza zastupljenosti koštano-mišićnih deformiteta učenika osnovnih škola u belopalanačkoj opštini, nakon sprovedenih sistematskih pregleda.

MATERIJAL I METODI RADA: Rezultati izveštaja sa sistematskih pregleda učenika prvog, trećeg, petog i sedmog razreda osnovnih škola u 2011. godini.

REZULTATI: Sistematskim pregledom u 2011. godini obuhvaćeno je ukupno 442 učenika neparnih razreda osnovnih škola i to 217 dečaka (49,05%) i 225 devojčica (50,9%). Deformitete stopala ima 106 učenika (23,9%), i to 62 dečaka (14,02%) i 44 devojčice (9,9%). Deformitete grudnog koša (Pectus carinatus, Pectus infundibuliforme) ima 20 učenika (4,5%) i to 16 dečaka (3,6%) i 4 devojčice (0,9%). Deformacije kičmenog stuba (skolioza, kifoza) su uočene kod 93 učenika (21,04%) i to 44 dečaka (9,9%) i 49 devojčica (11,08%).

ZAKLJUČAK: Na osnovu dobijenih rezultata zapaža se da visok procenat učenika ima neki od deformiteta koštano-mišićnog sistema. Deformiteti stopala i deformiteti grudnog koša su zastupljeniji kod dečaka, a deformitete kičmenog stuba više srećemo kod devojčica. Prema vrsti deformacija najzastupljenija su ravna stopala, zatim slede deformiteti kičmenog stuba, i daleko najniži procenat ima deformitete grudne kosti. Povećana incidenca koštano-mišićnih deformiteta učenika osnovnih škola ukazuje na važnost ranog dijagnostikovanja, lečenja i kontinuiranog praćenja, kao i prevencije promocijom zdravih stilova života u školskom uzrastu, pravilne ishrane, redovne fizičke aktivnosti.

Ključne reči: deformiteti koštano-mišićnog sistema; učenici.

e-mail: tinapavlovic@open.telekom.rs

BEZBEDNO SEKSUALNO PONAŠANJE

Marijana Genić, M. Otašević, R. Kosić, T. Trimčević

DOM ZDRAVLJA ZVEZDARA

UVOD: Prvi seksualni odnos se u većini kultura ostvaruje najčešće u periodu srednje adolescencije. Za mlade ljude je karakteristično da seksualne odluke donose vođeni emocijama ili impulsivno, što može da dovede do posledica. Bezbedno seksualno ponašanje podrazumeva formiranje pravilnih stavova o seksualnosti, seksualnom zdravlju i preuzimanju odgovornosti u polnom ponašanju i mogućim posledicama – neplanirana trudnoća i polno prenosive infekcije. Mladi ljudi pre stupanja u seksualni odnos treba da razmišljaju o svojoj partnerskoj vezi, da razgovaraju sa partnerom o seksu, pa tek onda, ako se odluče za stupanje u seksualne odnose, razmišljaju i primene metode zaštite od polno prenosivih infekcija i neplanirane trudnoće. Bezbedno seksualno ponašanje ima za cilj ostvarenje seksualnih odnosa na način kojim su zadovoljna oba partnera, neometano i zrelo uživanje u seksualnim odnosima, što vodi očuvanju reproduktivnog zdravlja.

CILJ: RADA je da se ispita da li se mladi bezbedno ponašaju pri seksualnim odnosima.

MATERIJAL I METODI RADA: Anonimna anketa učenika jedne srednje škole na Zvezdari obavljena 2011. godine. Anketirano je 263 učenika uzrasta 18-19 godina.

REZULTATI: Od ukupno 263 učenika uzrasta 18-19 godina, anketirano je 215 učenica i 48 učenika. Učenici su najranije stupili u seksualne odnose sa 14 godina (5,26%), a najčešće u 17. godini (34,21%). Učenice su najranije stupile u seksualne odnose sa 15 godina (2,68%), a najčešće u 17. (41,07%) i 18. godini (33,93%). U periodu seksualne aktivnosti učenici su ostvarili kontakt sa jednim partnerom 26,32%, sa tri i četiri partnera po 23,68%, a jedan učenik je imao kontakt sa sedam partnera. Učenice su imale kontakt sa jednim partnerom 57,14%, sa dva partnera 25,89%, a jedna učenica imala je kontakt sa osam partnera. Pod dejstvom psihoaktivnih supstanci seksualni odnos je imalo 7,89% učenika i 3,57% učenica. Na pitanje o polno prenosivim infekcijama svi učesnici ankete naveli su kao odgovor najčešće: HIV/AIDS, sifilis, gonoreja, a u manjem broju naveli su: kondilomi, hepatitis B i C. Svi učesnici su znali da se od polno prenosivih infekcija štiti kondomom. Pri svakom seksualnom

odnosu kondom ne koristi 26,32% učenika i 22,32% učenica. Svi učesnici su naveli da posledica nezaštićenog polnog odnosa može da bude i neplanirana trudnoća. Takođe su naveli i vrste kontracepcije: kondom, hormonske tablete, dijafragma. Kontracepciju pri polnim odnosima ne koristi 41,07% učenica. Dve učenice su imale neplaniranu trudnoću kao posledicu nezaštićenog seksualnog odnosa i one su završene abortusom.

ZAKLJUČAK: Imajući u vidu rezultate ankete nameće se zaključak da mladi ljudi znaju za posledice rizičnog seksualnog ponašanja, ali da u praksi ne koriste zaštitu. Neophodno je intenzivirati rad sa mladim ljudima, kako bi oni svoja znanja i upotrebili, radi očuvanja svog reproduktivnog zdravlja.

Ključne reči: bezbedan seksualni odnos, kondom.

e-mail: genicmarijana@gmail.com

PRVI SEKSUALNI ODNOS – KADA JE PRAVO VREME?

Mila Otašević, R. Kosić, M. Genić, B. Ugrinić-Sklopić

DOM ZDRAVLJA ZVEZDARA

UVOD: Seksualnost predstavlja jednu od značajnijih oblasti ljudskog funkcionisanja. Ona obuhvata osećanja, misli, emotivnu bliskost i seksualnu aktivnost, a oblikovana je vrednostima, stavovima, ponašanjem, emocijama i drugim načinima vaspitanja u kulturi u kojoj živi. Seksualnost počinje još pre rođenja, traje ceo život, menjajući se u načinu ispoljavanja. Na vreme i način seksualnog ispoljavanja mnogo utiču socijalni stavovi o poželjnim, odnosno nepoželjnim obrascima seksualnih ponašanja. Granica početka seksualne aktivnosti pomera se ka ranijim uzrastima. Za mlade ljude uglavnom je karakteristično da odluke donose vođeni emocijama ili impulsivno, ali mogu da nauče da donose i racionalne odluke.

CILJ: RADA je da se ispita kada, kako i zašto mladi ljudi stupaju u prvi seksualni odnos.

MATERIJAL I METODI RADA: Anonimna anketa učenika jedne srednje škole na Zvezdari obavljena 2011. godine. Anketirano je 1452 učenika uzrasta 15-19 godina.

REZULTATI: Od ukupno 1452 učenika anketirano je 1210 učenika ženskog pola i 242 muškog pola. U prvi seksualni odnos stupilo je 28,84% učenica i 57,44% učenika. Najčešći razlog za stupanje u prvi seksualni odnos kod učenika je bio „hteo sam“ 35,97%, a kod učenica „ljubav“ 85,10%. Učenice su najranije stupile u seksualni odnos u 10. godini (0,29%), a najčešće u 17. godini (32,95%). Učenici su najranije stupili u seksualni odnos u 13. godini (4,32%), a najčešće u 15. godini (36,69%). Prilikom prvog seksualnog odnosa kondom nije koristilo 23,74% učenika i 22,64% učenica. Prvi seksualni partner kod učenika je najčešće bio vršnjak (64,03%), a kod učenica to je bio stariji partner (70,20%). Pod pritiskom partnera prvi seksualni odnos je imalo 28,06% učenika i 7,45% učenica. Pod dejstvom psihoaktivnih supstanci (najčešće alkohol), prvi seksualni odnos je imalo 6,47% učenika i 4,87% učenica. Za 5,04% učenika i 9,46% učenica prvi seksualni odnos je bio negativno iskustvo. Na pitanje: „Da li smatraš da si u prvi seksualni odnos stupio/la u pravo vreme?“, negativan odgovor dalo je 8,63% učenika i 16,62% učenica.

ZAKLJUČAK: Pravo vreme za stupanje u prve seksualne odnose je teško iskazati uzrastom. Sa dostizanjem telesne zrelosti stižu se uslovi za ostvarenje seksualnog odnosa, ali je za zrele seksualnost potrebna i zrelost ličnosti. Rezultati ankete ukazuju da je neophodan intezivan rad sa mladim ljudima u cilju donošenja odluka po pitanju stupanja u seksualne odnose, a radi očuvanja reproduktivnog zdravlja.

Ključne reči: prvi seksualni odnos, pravo vreme.

e-mail: otas@beotel.rs

HIPERTENZIJA – KOMPARATIVNI PREGLED NA LEČENJE PRE 10 GODINA I DANAS

Biljana Vukašinić (1), Slađana M. (2)

(1)DOM ZDRAVLJA GORNJI MILANOVAC, (2)ZDRAVSTVENI CENTAR ČAČAK

UVOD: Hipertenzija predstavlja najčešće oboljenje u patologiji KV sistema, ono koje daje malo simptoma a istovremeno izaziva teške posledice na vaskularnom sistemu mozga, srca, bubrega i oka. Ona predstavlja poseban terapijski izazov, posebno što je u 95% slučajeva nemoguće označiti etiološki činilac oboljenja. Pošto esencijalna hipertenzija nije homogena bolest, mehanizmi koji uzrokuju povišen pritisak variraju, tako da određeni lek neće biti efikasan kod svih bolesnika.

CILJ: Uporediti principe farmakoterapije u lečenju hipertenzije kod pacijenata u primarnoj zdravstvenoj zaštiti pre 10 godina i danas.

MATERIJAL I METODI RADA: U periodu od marta 2002. godine do marta 2003. godine, praćeno je 129 pacijenata životne dobi preko 45 godina, koji su duže od 2 godine na farmakoterapiji hipertenzije. Višegodišnja hipertenzija uz prisustvo faktora rizika je kod većine pacijenata dovela do oštećenja ciljnih organa. Od marta 2011. do marta 2012. godine praćeno je 150 pacijenata starosti preko 45 godina, koji leče hipertenziju preko 2 godine. Odluku o započinjanju i modalitetu lečenja AH donosi se na osnovu procene KV rizika. Ako su prisutni svi faktori rizika, prednost se daje antihipertenzivima sa antiaterogenim dejstvom.

REZULTATI: Pre 10 godina: od ukupnog broja pacijenata ACEI koristi 77,5%, a 6% pacijenata je prestalo da ih koristi zbog svog kašlja. Osnovni princip lečenja je monoterapijski pristup, gde se ide od manjih ka većim dozama postepeno. Ukoliko monoterapija sa maksimalnom dnevnom dozom nije dala rezultate, uvode se druge grupe lekova (diuretici, betablokatori, C-antagonisti) u manjim dozama. Poštovan je princip da je optimalno vreme za postizanje maksimalnih kliničkih efekata lekova nekoliko nedelja. Najčešće su korišćeni sledeći ACEI: enalapril, kaptopril i lizinopril.

Danas: od naših pacijenata, 75 koristi fiksne kombinacije ACEI i diuretika (50%); 4 pacijenta koristi fiksnu kombinaciju ACEI i Ca blokatora (2,6%); a 3 pacijenta fiksnu kombinaciju β blokatora i diuretika (2%). Od preostalog broja, 41 pacijent koristi ACEI, diuretik i β blokator; 19 pacijenata ACEI, β blokator i Ca blokator; 10 pacijenata koristi ACEI, β blokator, Ca blokator i diuretik; 10 pacijenata koristi inhibitor angiotenzina 1.

ZAKLJUČAK: Lečenje hipertenzije u današnje vreme podrazumeva lečenje sa više medikamenata u manjim dozama koje se postepeno povećavaju. Prednost se daje fiksnim kombinacijama lekova. Proizvodnja ovih lekova je novijeg datuma i oni su u mnogome pojednostavili doziranje. Pre 10 godina, lečenje se sprovodilo po principu monoterapije, gde se doza leka povećavala do maksimalne dnevne doze, a tek onda uvodio lek iz druge grupe.

Ključne reči: hipertenzija, monoterapija, fiksne kombinacije lekova, inhibitori AT1

e-mail: drbiljanagm@gmail.com

UNOS VITAMINA C I ANEMIJA KOD DECE MLAĐEG ŠKOLSKOG UZRATA

Snežana Markišić Milojković, Merima Atanasković

DOM ZDRAVLJA SOKOBANJA

UVOD: Anemija je čest problem u pedijatrijskoj praksi i najčešće je nutritivnog porekla, usled nedovoljnog unosa gvoždja hranom. Vitamin C je odgovoran za apsorpciju istog, te stoga njegov nedostatak dovodi i do anemije.

CILJ: Da utvrdimo učestalost pojave anemije kod dece mlađeg školskog uzrasta, prosečan dnevni unos vitamina C, kao i povezanost navika u ishrani i pojavu anemije.

MATERIJAL I METODE: Ispitivanje je izvršeno na populaciji od 317 dece, uzrasta 7 (145 dece) i 9 godina (172 dece), koje smo grupisali po polu, uzrastu i mestu stanovanja (ruralna i semiurbana sredina). Za graničnu vrednost indikativne sideropenijske anemije uzeta je vrednost Hb manja od 115 g/l (SZO 1997.god.), a hemoglobin je određivan iz kapilarne krvi metodom po Sahlju. Unos vitamina C izračunavan je korišćenejm Tablica o sastavu i prehrambenoj vrednosti namirnica, a posle sprovedene ankete ishrane 24-h recall.

Studentov t-test i analiza varijanse korišćena je za testiranje značajnosti razlike, odn. povezanosti vrednosti Hb sa unosom vitamina C.

REZULTATI: Od ukupno 317 dece, vrednosti Hb niže od 115 g/l imalo je 47 dece ili 14,83%, bez značajnih razlika po polu, mestu stanovanja ili uzrastu dece. Zadovoljavajući unos vitamina C imalo je ukupno 118 dece (37,3%), odnosno nedovoljni 2/3 ili 63,2% (199 dece). Minimalni unos ovog vitamina (manje od 30 mg/dan) ima 25,5% ili 79 dece. Nema razlike u unosu vitamina C u pogledu pola, dok deca u ruralnoj sredini imaju u većoj meri zadovoljavajući unos u odnosu na decu iz semiurbane sredine. Testirana je i zavisnost vrednosti Hb od unosa vitamina C: dobili smo da deca koja unose više vitamina C imaju i veće vrednosti Hb, nezavisno od mesta stanovanja, odn. da devojčice koje unose više vitamina C imaju i veće vrednosti Hb.

ZAKLJUČAK: Dobili smo potvrdu o postojanju povezanosti između unosa vitamina C i deficita gvoždja, odn. anemije. Rezultati nam govore, na posredan način, o nedovoljnoj ishrani u smislu loših navika u ishrani i nedovoljnog unosa svežeg voća i povrća.

Ključne reči: anemija, vitamin C, unos gvoždja, hemoglobin

e-mail: snezana.milojkovic2011@gmail.com

ELEKTRONSKI KARTON U SLUŽBI OPŠTE MEDICINE DOMA ZDRAVLJA U ZAJEČARU – ZAPAŽANJA IZABRANIH LEKARA I MEDICINSKIH TEHNIČARA

Miloš Protić, Ljiljana Jovanović

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR DOM ZDRAVLJA, SLUŽBA OPŠTE MEDICINE

UVOD: Medicinska informatika ili zdravstveni informacijski sistem, klinička informatika, biomedicinska informatika, jeste naučna disciplina koja je nastala susretom informatičke nauke i zdravstvene zaštite. Ona se bavi sredstvima, uređajima, metodama potrebnim za optimizaciju, sticanje, stvaranje baze podataka, pronalaženje i korišćenje informacija u zdravstvu i medicini, uključuje i alate (softver-aplikacijske programe), ne samo računare, kao i kliničke smernice (vodiči dobre prakse)... (definicija medicinske informatike iz Wikipedie).
CILJ: Cilj je sagledati stavove lekara i medicinskih tehničara u službi opšte medicine u Zaječaru o zaštićenosti podataka (bezbednosti) i olakšanosti u svakodnevnom radu korišćenjem elektronskog kartona.

MATERIJAL I METODI RADA: Sekcija opšte medicine Srpskog lekarskog društva, rukovodeći se Strategijom Ministarstva Zdravlja Republike Srbije o informatizaciji zdravstvenog sistema u Republici do 2015. godine, je predložila da se od 7. do 11. marta 2011. godine provede multicentrična studija preseka "Elektronski karton u radu izabranog lekara" i to anonimnim anketnim upitnicima dizajniranim prema specifičnostima posebno za lekare odnosno medicinske tehničare koji su se dobrovoljno opredeljevali za učešće u Studiji, a što je dokumentovano njihovim pisanim pristankom. Pravo učešća u anketiranju imali su samo oni izabrani lekari i njihovi timski medicinski tehničari, kao i medicinski tehničari na poslovima pružanja previjališnih usluga u službi opšte medicine Doma zdravlja koji su se služili elektronskim kartonom u svakodnevnoj praksi (inkluzioni kriterijumi). Studija je provedena u Zaječaru.

REZULTATI: Od 37 anketiranih ispitanika, lekara je 11-oro, a medicinskih tehničara je 26. Većina ispitanika je ženskog pola, njih 34, muškog pola je 3-oje. 11-oro anketiranih je mlađe od 40 godina, u petoj deceniji je 11, a u 6. deceniji života je 14-oro, a 1 anketirani ima preko 60 godina. Od anketiranih lekara 7 je specijalista opšte medicine, 4 lekara opšte medicine. Prosečan radni staž je kod lekara 23,55 godina, a kod medicinskih tehničara 21,00 godinu. Da su podaci u elektronskom kartonu nezaštićeni izjasnilo se 10-oro lekara i 18 medicinskih tehničara, da su podaci delimično zaštićeni reklo je 5 medicinskih tehničara, a da ne znaju da li su podaci zaštićeni izjasnilo se 2 tehničara i 1 lekar. 13 medicinskih tehničara i 2 lekara upotrebom elektronskog kartona smatra da je rad olakšan, da nije olakšan misli 9 medicinskih tehničara i 2 lekara, dok 6 lekara misli da je delimično olakšan rad, čije mišljenje deli i 3 medicinska tehničara. Po 1 lekar i 1 tehničar smatra da im rad nije olakšan.

ZAKLJUČAK: Evidentno je da je većina ispitanika stariji od 40 godina, kao i da je prosek radnog staža duži od polovine radnog veka. Većina lekara su specijalisti opšte medicine. Većina lekara i medicinskih tehničara se slaže da su podaci nezaštićeni u smislu bezbednosti. Postoji razilaženje u mišljenju o olakšanosti svakodavnog rada korišćenjem elektronskih kartona, tako da polovina medicinskih tehničara smatra da im je rad olakšan, da je delimično olakšan smatra nešto više od polovine lekara. Ima se utisak da je različitost u mišljenju o olakšanosti svakodavnog rada posledica, kako razlika u softveru koji koriste lekari odnosno tehničari, tako i nedovoljne informatičke edukovanosti, a da je zaštićenost-bezbednost podataka posledica manjkavosti softvera (naime, softver nije zaštićen od naknadne izmene podataka-prim. aut.)

Ključne reči: Medicinska informatika, izabrani lekar, elektronski karton, opšta medicina

EPIDEMIOLOŠKE KARAKTERISTIKE BAKTERIJSKIH MENINGITA NA PODRUČJU NIŠAVSKOG I TOPLIČKOG OKRUGA

Marina Kostić

INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE NIŠ

UVOD: Bakterijski meningitisi se najčešće javljaju kod dece starosti do 5 godina ali i kod starijih osoba sa oslabljenim imunitetom. Za razliku od virusnih meningitisa koji imaju blaži kliničkin tok i gde je oporavak potpun, kod bakterijskog se dešavaju i smrtni ishodi i trajna oštećenja ukoliko se terapija ne sprovede na vreme. Pojava rezistentnih sojeva uzročnika oteževa i produžuje lečenje.

CILJ: sagledati epidemiološke karakteristike i učešće dečje populacije u morbiditetu i mortalitetu od bakterijskih meningitisa na teritoriji Nišavskog i Topličkog okruga u periodu od 2002-2011. godine.

MATERIJAL I METODI RADA: Primenjen je deskriptivni metod rada. Kao izvor podataka korišćene su prijave oboljenja-smrti od zaraznih bolesti i godišnji izveštaji IZJZ Niš. Stope su izračunavane na 100000 stanovnika po popisu stanovništva iz 2002. godine.

REZULTATI: U periodu od 2002-2011. godine na području Nišavskog i Topličkog okruga od meningitisa čiji su uzročnici bakterije ukupno je obolelo 169 osoba. Prosečna godišnja stopa oboljevanja iznosi 3,64 na 100000 stanovnika sa prosečnim godišnjim letalitetom od 15,42%. Od ukupnog broja umrlih 66,67% čine stariji od 60 godina. Najviše obolelih je u 2005. god. – 15,38%. Veću specifičnu stopu oboljevanja imale su osobe muškog pola (39,15 vs. 28,27 kod žena). Iako osobe starije od 60 godina čine 30,77% obolelih, najveću specifičnu stopu imaju deca do četvrte godine starosti - 119,44. U manjim opštinama više je obolevalo seosko stanovništvo, a u opštini Niš gradska populacija. U distribuciji po zanimanju penzioneri zauzimaju vodeće mesto sa 28% a slede deca predškolskog uzrasta sa 19% i učenici sa 18%. Avgust je mesec sa najviše registrovanih slučajeva – 19. Generalno patogeni uzročnik nije izolovan kod 97 slučajeva, dok je stafilokok uzročnik u 13,02%. Kod dece do pet godina vodeći uzročnik je hemofilus – 28,57%. Rezistentni ESBL+ sojevi beleže se u 3 slučaja. U posmatranom periodu na teritoriji Nišavskog i Topličkog okruga od bakterijskog meningitisa umrlo je dvoje dece starosti do 5 godina i 18 starijih od 60 godina. Na Klinici za zarazne bolesti KC Niš hospitalizovano je više od dve trećine obolelih.

ZAKLJUČAK: Vakcinacija lica protiv bakterijskih meningitisa za koje postoji vakcina značajno smanjuje oboljevanje, pojavu komplikacija i smrtnosti, naročito kod novorođenčadi i male dece. Time se smanjuje mogućnost pojave epidemija u dečjim kolektivima. Vakcinacija protiv haemophilusa influenzae tip B uvedena je u sistematsku vakcinaciju od 2006. godine, ali i dalje postoje problemi u nabavci vakcine.

Ključne reči: bakterijski meningitis, vakcinacija, epidemija.

e-mail: marinakosticnis@gmail.com, zarazne@izjz-nis.org.rs

UČESTALOST KARCINOMA PROSTATE U VALJEVSKOJ OPŠTINI, OKRUG KOLUBARA, U PERIODU JANUAR 2002 – DECEMBAR 2011

Nadežda Đurić, R. Mitrović, B. Jeremić, M. Matović, Z. Đurić, N. Pakević

ZDRAVSTVENI CENTAR VALJEVO

UVOD: U muškoj populaciji, u Evropi, karcinom prostate je prvi po učestalosti (21%) a treći kao uzrok smrti, (9,2%) iza karcinoma pluća, (26,6%) i kolorektalnog karcinoma, (11,3%)

CILJ: Cilj rada je da prikaže učestalost karcinoma prostate u opštini Valjevo za desetogodišnji period

MATERIJAL I METODE: nakon RT, određivanja vrednosti PSA i F/T PSA, učinjene biopsije, za deset godina dijagnostikovano je 338 karcinoma prostate. Do juna 2006. rađene su transperinealne, a od juna 2006. rađene se TRUS biopsije prostate.

REZULTATI: Od ukupno dijagnostikovanih 338 karcinoma prostate u 2002. bilo ih je 19, u 2003. dijagnostikovano je 25, predominantno u 8. deceniji; 15 karcinoma otkriveno je 2004. U 2005. god. bilo je 23 karcinoma prostate, a u 2006. 49 karcinoma i to od juna do decembra 30. U 2007. bilo je 43 karcinoma prostate, a u 2008. dijagnostikovano ih je 34. 2009. bila je godina sa najviše otkrivenih karcinoma (54). U 2010. dijagnostikovano je 30 karcinoma. 43 karcinoma prostate dijagnostikovano je u 2011.

ZAKLJUČAK: U analiziranom periodu evidentan je porast karcinoma prostate što se uklapa u trend porasta ovog malignog oboljenja u Evropi i svetu. Značajno povećanje od juna 2006. pa do decembra 2011. poklapa se sa uvođenjem TRUS biopsije prostate kao preciznije dijagnostičke metode u odnosu na transperinealnu biopsiju koja je rađena do juna 2006.

Ključne reči: karcinom prostate, učestalost, TRUS biopsija prostate

e-mail: nadezda.djuric70@gmail.com

**NASLOV SESIJE:
HIRURGIJA I SRODNE GRANE****- UVODNO PREDAVANJE -****MELANOM KOŽE - EPIDEMIOLOGIJA, ETIOLOGIJA, FAKTORI RIZIKA I
PREVENCIJA NASTANKA***Ljubomir Panajotović(1) , R. Panajotović(2), M. Panajotović (2)*

(1)AMERICAN SCHOOL OF MEDICINE AT BELGRADE, (2)MEDICINSKI FAKULTET UNIVERZITETA U BEOGRADU

Melanom je najagresivniji tumor kože. Iako je zastupljen sa samo 5% kožnih kancera, uzrok je više od tri četvrtine smrtnih ishoda zbog malignoma kože. Nagli porast incidence melanoma širom sveta u proteklih pedeset godina primio je epidemijske razmere. Prema epidemiološkim studijama incidenca melanoma se udvostručuje svakih 10 godina i raste brže od incidence drugih solidnih tumora. Ona se, takođe, uvećava brže u grupi osoba mlađih od 40 godina. Melanom je češći kod osoba bele rase od osoba Afričkog i Azijskog porekla. Incidenca je veća u zemljama severne Evrope (Danska) od južnoevropskih zemalja (Grčka). Stopa incidence melanoma je najviša u Australiji (55,8 kod muškaraca i 42.9 kod žena), u SAD je 21.8 kod muškaraca i 14.5 kod žena. U Evropi je najveći stepen incidence u Skandinavskim zemljama (oko 15), a najniži u Mediteranskim (između 5 i 7). U Srbiji (bez Vojvodine) su 2009.g. otkrivena 453 (241 muškarac, 212 žena) nova slučaja melanoma (stopa incidence 8,5), dok su iste godine umrla 183 obolela (stopa mortaliteta 3,4). Statistike ukazuju da osobe ženskog pola u Evropi obolevaju 1,3 puta češće od muškaraca. Kod muškaraca melanom je najčešći na koži trupa, a odmah zatim na koži skalpa, dok je kod žena najčešći na koži donjih i gornjih ekstremiteta. Melanom je češći kod osoba starijih od 65 godina.

Melanom kože (MK) je malignitet sa multifaktorskom etiologijom. Razvoj melanoma je rezultat interakcije između različitih faktora životne sredine, genetskih i konstitucionalnih faktora koji se odnose na obolelu osobu. Izlaganje suncu je jedini ekološki faktor koji je stalno povezan sa melanomom. Do nastanka melanoma dovodi interakcija između prirode izlaganja suncu i fototipa kože. Intermitentno izlaganje suncu predstavlja veći rizik od ukupne izloženosti tokom života. Štetni efekti UVB zračenja, prirodnog (sunce) i veštačkog (solarijum) su jednaki. Između 5-12 % ljudi sa melanomom ima porodičnu istoriju ove bolesti. Četiri gena su izolovana u porodicama sa povećanom incidencom melanoma, a najveći značaj pridaje se CDKN2A (p16) bez obzira da li se radi o sporadičnom ili hereditarnom melanomu.

Kao faktori rizika za nastanak melanoma mogu se označiti: a) faktori životne sredine i profesije, b) individualni faktori (konstitucionalni, nasledni, polni, starosni, delovi tela) i c) njihova kombinacija. Osobe svetle kože, plave ili crvene kose, plavih ili zelenih očiju, sa sunčevim pegama (fototip I i II), sa više od 120 nevusa dijametra većeg od 2 mm, sa multipnim displastičnim nevusima, opekotinama od sunca tokom detinjstva, drugim kožnim kancerima su osobe sa povećanim rizikom pojave melanoma.

Melanom spada u malignome kod kojih postoji velika mogućnost prevencije. Primarna prevencija ima za cilj smanjenje incidence melanoma dejstvom na etiološke i faktore rizika, a sekundarna podrazumeva rano prepoznavanje, dijagnozu i početak lečenja melanoma. Programi prevencije i rane detekcije tumora kože izazvanih suncem podržani su od velikog broja zdravstvenih organizacijau SAD i Evrope. Najznačajnija primarna prevencija melanoma je zaštita kože od prekomernog UVB zračenja: izbegavanjem boravka na otvorenom u periodu najintenzivnijeg UVB zračenja (između 10 i 15h), korišćenjem zaštitne odeće, kape i naočara, upotrebom krema sa zaštitnim faktorom na izloženim delovima tela, praćenjem ultravioletnog indeksa, izbegavanjem korišćenja solarijuma.

Ključne reči: melanom kože, epidemiologija, etiologija, faktori rizika, prevencija

NASLOV SESIJE: HIRURGIJA I SRODNE GRANE

- USMENE PREZENTACIJE -

HIRURŠKI TRETMAN POVREDA DEBELOG CREVA

Stojan Sekulić(1), A.Sekulić-Frković(2), A.S.Sekulić(1)

(1)KBC PRIŠTINA-GRAČANICA, MEDICINSKI FAKULTET, GRAČANICA HIRURŠKA KLINIKA,

(2)KBC PRIŠTINA-GRAČANICA, MEDICINSKI FAKULTET, GRAČANICA, PEDIJATRIJSKA KLINIKA

UVOD: Povrede debelog creva su 5 – 15% povreda abdominalnih organa.

METODOLOGIJA: Na Hirurškoj klinici, KBC Priština - Gračanica u petnaestogodišnjem periodu imali smo 9.359 operacija na organima trbušne duplje. Svi povređeni su operisani u periodu od 4-12 sati po dolasku na kliniku.

REZULTATI: Povrede abdominalnih organa bilo je kod 873(9,3%) povređenih. Od svih povređenih 695(79,6%) su bili starosti ispod 40 godine života a 178(20,4%) preko 40 godina. Muških je bilo 683(78,2%) i ženskih 190(21,8%). Udružene povrede abdominalnih organa imali smo kod 603(69,1%), izolovane kod 207(30,9%) povređenih. Povrede debelog creva imali smo kod 137(15,7%); Izolovane povrede debelog creva bilo je kod 27(19,7%), udružene kod 110(80,3%). Desni kolon je bio povređen kod 27 ili 19,7%, transversum kod 22 ili 16,1%, levi kolon i rektum kod 87 ili 63,5%. Svi su posle kratke i efikasne reanimacije hirurški zbrinuti. Hartmann je urađen kod 31 ili 22,6%, prizidna kolostoma kod 16 ili 11,7%, hemikolektomija ili parcijalna resekcija sa ili bez protektivne kolostome kod 77 ili 56,2%, sutura sa kolostomom kod 13 ili 9,5% povređenih.

Postoperativne komplikacije smo imali kod 36 ili 26,3%, infekciju operativne rane kod 14 ili 38,8%, komplikacije stome kod 4 ili 11,1%, dehiscencija anastomoze ili suture zida debelog creva kod 3 ili 8,3%. Smrtni ishod je bio kod 11 ili 8,02% povređenih.

ZAKLJUČAK: Povrede debelog creva su veoma teške za zbrinjavanje, daju septičke komplikacije i veliki mortalitet.

Ključnereči: debelocrevo, povrede, hiruršk tretman, komplikacije

e-mail:kbc_pristina@yahoo.com

MINI INCIZIONA HIRURGIJA KUKA

Boris Gluščević, Branimir Kraljević, Veljko Jovanović, Predrag Stošić, Danijel Milosavljević, Radimir Radivojević, Vukašin Jovanović

INSTITUT ZA ORTOPEDSKO-HIRURŠKE BOLESTI "BANJICA", BEOGRAD

UVOD. Primarna totalna artroplastika kuka izvedena kroz inciziju manju od 10 cm se već uobičajeno naziva minimalno invazivnom tehnikom. Nekoliko prospektivnih studija je već prikazalo određene prednosti mini incizionog postupka u odnosu na klasičnu artroplastiku kuka. Naša hipoteza je bila da pacijenti tretirani mini incizionim postupkom imaju bolje rezultate od onih tretiranih klasičnim pristupom u pogledu manjeg stepena bola, ranijeg funkcionalnog oporavka i bržeg odlaska iz bolnice.

METODE. Ukupno je bilo lečeno 80 pacijenata od koji je 35 imalo mini incizioni postupak, a 45 je tretirano na klasičan način. Zadnji pristup je upotrebljen kod svih pacijenata. Dužina incizije je merena u vreme operacije i određivana na osnovu habitusa svakog pacijenta. Procena je pravljena na osnovu izjave o stepenu bola, na osnovu potrebe za uzimanjem analgetika, potrebe za pomagalom u toku hoda i na osnovu vremena otpusta iz bolnice.

REZULTATI. Prosečno vreme ostajanja u bolnici je bilo 8 dana \pm 2 u mini incizionoj grupi, i 14 \pm 4 dana u klasičnoj grupi. Većina u mini incizionoj grupi je mogla da hod uz pomoć jednog pomagala. Rezultati verbalne analogne skale za bol /0 do 10/, za mini incizionu grupu su bili prosečno 2,2 \pm 1 i 3,2 \pm 1 za klasičnu grupu, p=0,002. Nakon otpusta nisu postajale kliničke razlike u bolu ili funkciji između ove dve grupe pacijenata.

ZAKLJUČAK. Poredeći sa klasičnom artroplastikom kuka izvedenom kroz zadnji pristup, zadnji mini incizioni postupak omogućava bolju neposrednu postoperativnu kontrolu bola, brži odlazak iz bolnice i manje pomagala za hod i naravno bolji estetski efekat.

Ključne reči: artroplastika kuka, mini incizionna tehnika

e-mail: borismm@sezampro.rs

SUBTOTALNA ENDOPROTEZA KUKA KOD STARIH OSOBA

Veljko Jovanović, Branimir Kraljević, Predrag Stošić, Danijel Milosavljević, Boris Gluščević, Radomir Radivojević, Vukašin Jovanović

INSTITUT ZA ORTOPEDSKO-HIRURŠKE BOLESTI "BANJICA", BEOGRAD

UVOD: Prelom vrata butne kosti (FCF) je sve češći u industrijskim zemljama. Trauma može da provocira komplikacije i ugrozi život bolesnika.

METOD: Retrospektivno su analizirane istorije bolesti pacijenata lečenih zbog ove povrede na našem odeljenju od 1993. do 2011.

REZULTATI: na naše odeljenje je zbog FCF u ovom periodu primljeno 1018 bolesnika starijih od 65 godina. Subtotalna proteza kuka je urađena kod 725, a 283 nije operisano. Prosečna starost operisanih je bila 77,46 godina, a neoperisanih 79,82.

Intrahospitalni mortalitet je u prvoj grupi 41 (5,67%), a u drugoj grupi 59 (20,86%).

Isključivši hirurške, broj komplikacija kod operisanih je 107 (14,75%), a kod neoperisanih 41 (14,11%). U ovaj broj nisu ušli pacijenti sa smrtnim ishodom.

Komplikacije su češće u grupi neoperisanih (kardiorespiratorne - 9,09/30,43%, embolija pluća – 9,09/13,04%, gastrointestinalne - 5,45/8,70%, tromboflebitis - 0,9/4,35%, flebotromboze - 2,73/4,35%, dekubitusi - 4,54/17,39%).

ZAKLJUČAK: Na osnovu ovih rezultata, smatramo da je subtotalna endoproteza kuka metod izbora u lečenju FCF starijih bolesnika. Operacija smanjuje učestalost posttraumatskih komplikacija i intrahospitalni mortalitet, a poboljšava kvalitet života.

Ključne reči: prelom vrata butne kosti, subtotalna proteza

e-mail: rajs@bvcom.net

TOTALNA ARTROPLASTIKA KUKA KOD OBOLELIH OD REUMATOIDNOG ARTRITISA

Danijel Milosavljević, Branimir Kraljević, Veljko Jovanović, Predrag Stošić, Boris Gluščević, Radomir Radivojević, Vukašin Jovanović

INSTITUT ZA ORTOPEDSKO-HIRURŠKE BOLESTI "BANJICA", BEOGRAD

UVOD: Lečenje reumatske afekcije kuka je timsko i hirurg mora da bude uključen od samog početka lečenja, kada su mogući i pošteniji operativni zahvati. Cilj operacija je da eliminiše bol, poveća obim pokreta u kuku i poboljša kvalitet života obolelih od RA. Hirurško lečenje obolelih od reumatizma značajno se razlikuje od obolelih od degenerativnih bolesti. Oblici hirurškog lečenja su: sinoviektomija, resekcija, artodeza i endoproteza kuka.

METODE: Na gerijatrijsko reumatološkom odeljenju našeg instituta, u periodu od 1976-2011. godine ugrađeno je 547 totalnih proteza kuka kod obolelih od reumatske bolesti. Starost bolesnika se kretala od 21-79 godina. Bolesnici su praćeni u periodu od 12 do 235 meseci. Ispitivani su klinički i radiografski parametri, kao i subjektivna procena bolesnika.

REZULTATI: Više od 77 procenata je ocenjeno kao odličan i vrlo dobar, a 23 procenta kao dobar i loš rezultat a koji su izraženi u brojevima pacijenata. Učinjena je i analiza po oblicima endoproteza (cementna i bescementna) kao i broj komplikacija operativnog lečenja.

ZAKLJUČAK: Što se bolesnik oboleo od RA ranije javi hirurgu sa problemima kuka mogući su i pošteniji operativni zahvati.

Ključne reči: endoproteza kuka, reumatoidni artritis

e-mail: mozaik@bvcom.net

LIGAMENTOPLASTIKE PREDNJEG UKRŠTENOG LIGAMENTA KOLENA U SUBOTICI

Vladimir Ristić

OPŠTA BOLNICA SUBOTICA, ODELJENJE ORTOPEDSKE HIRURGIJE I TRAUMATOLOGIJE

CILJ: Utvrđivanje uzroka povređivanja, analiza rezultata i komplikacija nakon artroskopskih rekonstrukcija prednjeg ukrštenog ligamenta.

MATERIJAL I METODI: Tokom 2010. i 2011. godine izvršili smo 59 ligamentoplastika kost-ligament patele-kost kalemom. Operativno je lečeno 53 pacijenta muškog pola (90%) i 6 ženskog (10%). Starosna dob se kretala između 16 i 47 godina (prosečno 28,6). Desno koleno je operisano kod 36 pacijenata (61%), a levo kod 23 (39%). Izvršeno je anketiranje pacijenata o uzrocima povređivanja. Poređene su preoperativne i postoperativne vrednosti rezultata Tegnerovom i Lysholmovom bodovnom skalom i analizirane komplikacije prosečno tokom 14 meseci nakon operativnog lečenja.

REZULTATI: Među uzrocima povređivanja prednjeg ukrštenog ligamenta dominirala je sportska trauma kod 88% ispitanika, a fudbaleri (aktivni i rekreativci) su činili čak 68% povređenih sportista. Prosečna preoperativna vrednost Lysholmove bodovne skale iznosila je 57,7 poena, što je postoperativno korigovano na 93,5 (od maksimalnih 100 poena). Tegner skor je prosečno pre operacije iznosio 2,1, a nakon iste 7,1 (od maksimalnih 10 bodova). Kod 7 pacijenata (12%) su zabeležene komplikacije: po 2 infekcije i kontrakture, po jedan: prelom čašice, tromboembolija i ruptura neoligamenta. Kod pet pacijenata reoperacijom su komplikacije uspešno sanirane. Stafilokokne infekcije uspešno su lečene protočnom drenažom i antibioticima, prelom čašice osteosintezom, kontrakture redresmanom i intenzivnom rehabilitacijom, a tromboembolija antikoagulantnom terapijom.

ZAKLJUČAK: Mladi sportisti su najvulnerabilniji deo populacije za povrede prednjeg ukrštenog ligamenta kolena. Najrizičniji sport u Subotici je istovremeno i najmasovniji: na fudbalu se povredilo više od dve trećine svih operisanih sportista. Postoperativno su postignuti veoma dobri rezultati i pored komplikacija kod svakog osmog pacijenta. Komplikacije se uspešno mogu sanirati ukoliko se blagovremeno prepoznaju i adekvatno leče.

Ključne reči: koleno, prednji ukršteni ligament, rezultati, komplikacije

e-mail: ristic@tippnet.rs

REZULTATI LEČENJA OŠTEĆENJA HRSKAVICE KOLENOG ZGLOBA

Vladimir Ristić

OPŠTA BOLNICA SUBOTICA, ODELJENJE ORTOPEDSKE HIRURGIJE I TRAUMATOLOGIJE

UVOD: Lezije hrskavice predstavljaju značajan problem u lečenju, zbog njenog slabog regenerativnog potencijala.

CILJ STUDIJE je da uporedi rezultate lečenja među pacijentima sa oštećenjem I-III stepena hrskavice kolena, lečenih različitim metodama.

MATERIJAL I METODI: Uzorak je sadržao 58 pacijenata, sa prosekom od 46,3 godine, od kojih je 57% bilo ženskog pola. Oni su podeljeni u pet grupa: prva grupa je lečena peroralnim preparatima na bazi glukozamin sulfata u trajanju 2 meseca; druga pomoću dve intraartikularne injekcije depo kortikosteroida; treća uz četiri intraartikularne aplikacije preparata hijaluronske kiseline; četvrta artroskopijom kolena sa postoperativnim infiltracijama hijaluronske kiseline i peta fizikalnom terapijom. Praćeni su: bol, otok i funkcija kolena, prosečno godinu dana nakon lečenja.

REZULTATI: Najviše zadovoljavajućih rezultata (odličnih i dobrih) postignuto je u četvrtoj grupi (80%), potom u trećoj (70%), pa drugoj (50%), a najslabiji u prvoj i petoj (po 33%).

ZAKLJUČAK: U lečenju niskogradusnih hondralnih oštećenja zglobova kolena ne postoji idealna metoda lečenja, ali smo najbolje rezultate postigli lokalnim infiltracijama hijaluronske kiseline, nakon prethodne artroskopije kolena. Nelečena i neadekvatno lečena degenerativna oštećenja hrskavice kolena za posledicu imaju: bol, otok, kontrakturu i često završavaju protetskom zamenom zglobova.

Ključne reči: koleno, hrskavica, rezultati, artroskopija

e-mail: ristic@tippnet.rs

TOTALNA ARTROPLASTIKA KOLENA KOD OBOLELIH OD REUMATOIDNOG ARTRITISA

Branimir Kraljević, Veljko Jovanović, Predrag Stošić, Daniel Milosavljević, Boris Gluščević, Radomir Radivojević, Vukašin Jovanović

INSTITUT ZA ORTOPEDSKO-HIRURUŠKE BOLESTI "BANJICA", BEOGRAD

UVOD: Reumatoidni artritis (RA) obično zahvata više velikih zglobova. Zglob kolena je u oko 85% slučajeva obostrano zahvaćen.

METOD: Retrospektivnom studijom je analiziran funkcionalni i radiografski nalaz kao i subjektivna procena bolesnika. U protekle 22 godine na našem odeljenju je operisano 137 pacijenata obolelih od RA; ugrađeno je 168 totalnih endoproteza kolena. Bilo je 28 muškarca i 109 žena sa rasponom starosti od 21 do 74 godine; većina ih je u petoj i šestoj deceniji života. Period praćenja se kreće od jedne do petnaest godina.

REZULTATI: Ispitivani su klinički i radiografski parametri, kao i subjektivna procena bolesnika. Kao dobar završni rezultat klasifikovano je 124, zadovoljavajući 30, a loš rezultat kod 14 operisanih kolena. Kao komplikacije smo imali usporeno zarastanje rane kod 22, a tranzitorni neurološki poremećaj kod 6 bolesnika. Kod 7 bolesnika se javila tromboembolija donjih ekstremiteta. Dislokacija patele se javile kod troje, duboka infekcija je nađena kod 5 a lezija LCM kod dva pacijenta.

ZAKLJUČAK: Ugrađnjom totalne endoproteze kolena se stvaraju funkcionalno bolji uslovi za tretman mekih tkiva (kapsula, tetive, mišići).

Ključne reči: endoproteza kolena, reumatoidni artritis

e-mail: rajs@bvcom.net

HIRURŠKO LEČENJE REUMATSKOG DEFORMITETA PREDNJEG STOPALA

Radomir Radivojević, Branimir Kraljević, Veljko Jovanović, Predrag Stošić, Daniel Milosavljević, Boris Gluščević, Vukašin Jovanović

INSTITUT ZA ORTOPEDSKO-HIRURUŠKE BOLESTI "BANJICA", BEOGRAD

UVOD: Deformitet prednjeg stopala je vrlo čest kod obolelih od reumatoidnog artritisa (RA) i iziskuje hirurško rešavanje. Deformitet najčešće čine udružen valgus palca i luksacija metatarzofalangealnih zglobova.

CILJ RADA je uočavanje postignutih korekcija primenom resekcionih artroplastika i njihove prednosti nad ostalim tehnikama.

METOD: Retrospektivnom studijom analizirali smo 387 operisana stopala kod 204 pacijenata metodom Keller-Hoffman. Operacije su radene na našem odeljenju u poslednjih 25 godina.

REZULTATI: Prosečni period praćenja je 13 godina. Analizirani su klinički i radiografski nalaz, kao i subjektivna procena bolesnika. Završni rezultat je odličan kod 174 stopala, zadovoljavajući kod 186 a loš kod 27 stopala. Recidiv valgus deformiteta se javio kod 28 stopala. Površna infekcija se javila kod 104 a ishemična nekroza kože kod 16 stopala.

Od 1988. godine primenjujemo dinamičku longitudinalnu trakciju (DLT), našu modifikaciju originalne tehnike; od tada nismo imali vaskularnih komplikacija.

ZAKLJUČAK: Resekciona artroplastika stopala daje odlične i zadovoljavajuće rezultate u preko 90% operisanih pacijenata koji boluju od RA. Primena DLT skraćuje trajanje operacije i smanjuje rizik od vaskularnih komplikacija.

Ključne reči: reumatoidni artritis, deformitet

e-mail: rajs@bvcom.net

NASLOV SESIJE:
HIRURGIJA I SRODNE GRANE

- POSTER PREZENTACIJE -

HIRURŠKO REŠAVANJE PERIPROTETIČKIH PRELOMA

Predrag Stošić, Branimir Kraljević, Veljko Jovanović, Danijel Milosavljević, Boris Gluščević, Radomir Radivojević, Vukašin Jovanović

INSTITUT ZA ORTOPEDSKO-HIRURUŠKE BOLESTI "BANJICA", BEOGRAD

UVOD: Tretman preloma femura kod pacijenata sa ugrađenom endoprotezom kuka predstavlja poseban problem sa svim svojim mehaničkim i biološkim specifičnostima, posebno kod pacijenata starije životne dobi.

METODE: Cilj ove studije je da analizira funkcionalne rezultate lečenja preloma femura kod pacijenata sa ugrađenim veštačkim zglobovima kuka i potvrdi prednosti operativnog lečenja

REZULTATI: Na Gerijarijsko-reumatološkom odeljenju našeg Instituta lečeno je 35 pacijenata tokom poslednjih 15 godina. Bilo je 6 muškaraca i 29 žena. Prosečna starost lečenih pacijenata bila je 70 godina, a period od ugradnje endo-proteze do preloma femura u proseku je iznosila 6 godina. Kod 24 pacijenta bila je implantirana cementna endoproteza kuka a kod ostalih bescementna. Operativno je lečen 31 pacijent.

ZAKLJUČAK: Operativno lečenje preloma femura kod pacijenata sa ugrađenom endoprotezom kuka daje bolje funkcionalne rezultate. Rana mobilizacija sa prevencijom tromboembolijskih, pulmonalnih i urinarnih komplikacija, takođe govori u prilog operativnom lečenju preloma femura u pacijenata sa prethodno ugrađenim veštačkim kukom.

KLJUČNE REČI: periprotetički prelom, endoproteza kuka

e-mail: pstosic@eunet.rs

PRVA ISKUSTVA SA PRIMJENOM ORALNOG ANTIKOAGULANSA (PRADAXA) U TROMBOPROFILAKSI KOD ELEKTIVNE ALOPLASTIČNE HIRURGIJE KUKA

Novica Lučić, Nenad Pavlović, Dragoslav Jovanović, Željko Ilić, Branko Živković, Miodrag Jovanović, Miodrag Kostić

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, SLUŽBA ORTOPEDIJE SA TRAUMATOLOGIJOM

UVOD: Tromboembolizam predstavlja jednu od najtežih ranih komplikacija nakon velikih ortopedskih zahvata na kuku. Profilaksa se uobičajeno provodi niskomolekularnim heparinima subkutano. Oralna trombopofilaksa predstavlja značajan novitet i vjerovatno budućnost u ovoj oblasti.

CILJ RADA: Pokazati naša iskustva u primjeni oralne trombopofilakse u poređenju sa konvecijalnim načinom profilakse, te ukazati na, dosada zapažene prednosti i nedostatke.

METODOLOGIJA: Radom su obuhvaćeni pacijenti podvrgnuti operacijama ugradnje vještačkog kuka usljed koksartroze, u periodu od 1.10.2011- 1.02.2012.

Jedna grupa pacijenata je tretirana tabletama Pradaxa-e, od 110 mg i 75 mg. Lijek je ordiniran u duploj dozi 4-8 h nakon operacije, zatim u istoj dozi svakog dana narednih pet nedelja. Druga grupa pacijenata tretirana je klasično niskomolekularnim heparinom (Clexane) u dozi 6000 IU koju smo davali jednom dnevno i to veće pre operacije, te se kontinuirano nastavljalo svakog dana narednih pet nedelja. Kod obe grupe provedena je rana mobilizacija i druge metode fizičke profilakse.

REZULTATI: Rane tromboze nismo imali ni u jednoj grupi. Komplikacije u vidu pojačanog i produženog krvarenja, većih hematoma i sl. smo imali sporadično u manjoj mjeri bez značajne razlike kod pacijenata u obje grupe.

ZAKLJUČAK: na našem uzorku možemo zaključiti da oralna trombopofilaksa ima svoje mjesto u aloplastici kuka, te da u najmanju ruku zadovoljava iste kriterijume kao i konvecionalna subkutana profilaksa.

e-mail: gocalea@open.telekom.rs

TUR(P) SINDROM - ANESTEZIOLOŠKA RAZMATRANJA

Aleksandar Ćirić (1), Danijela Stanković (2)

(1) OPŠTA BOLNICA PIROT, (2) ZDRAVSTVENI CENTAR NEGOTIN

UVOD: TUR(P) sindrom je ozbiljna komplikacija endoskopskih uroloških procedura i operacija (najčešće transuretralne resekcije prostate) kod kojih se koristi tečnost za irigaciju.

CILJ: Ukazujemo na posledice neprepoznatih simptoma i značaj dobre saradnje operatora sa anesteziologom u prevenciji i terapiji ovog sindroma.

MATERIJAL I METODI RADA: Radi postizanja bolje vidljivosti u toku endoskopske operacije, mokraćna bešika se sve vreme ispira neelektrolitskim rastvorom, koji u sebi sadrži sorbitol, manitol i glicin. Ranije se u istu svrhu koristila destilovana voda i 5% glukoza. Patofiziologija se svodi na hipervolemiju, dilucionu hiponatremiju i hipoosmolalnost plazme, hemolizu i hipotermiju, koji nastaju zbog primene velike količine irigacionog rastvora ili predugog trajanja operacije. Preko otvorenih venskih krvnih sudova rastvor za ispiranje se resorbuje u sistemsku cirkulaciju (10-30 ml za minut resekcionog vremena). Ukoliko operacija traje preko sat vremena ili u slučaju reintervencije u razmaku od nekoliko dana, velike su šanse da dodje do pojave TUR(P) sindroma. Početni simptomi, kao što su glavobolja, konfuzija i dezorijentacija, somnolencija, nauzea, povraćanje, znojenje, tremor, pad saturacije, bradikardija i hipertenzija mogu se javiti za vreme, pri kraju, ali i 24 h nakon operacije. Resorbovani sastojci irigacionog rastvora diluiraju krv i u početku, zbog povećanja ukupnog cirkulatornog volumena, izazivaju hipertenziju. Smanjuje se onkotski pritisak, što dovodi do kretanja intravaskularne prema intersticijskoj tečnosti, a to može dovesti do kongestije i edema pluća i edema mozga. Udruženi sa intraoperativnim gubitkom krvi, ovi simptomi brzo prerastaju u ozbiljnu hipotenziju, cijanozu i dispneju. Glicin i njegovi metaboliti prelaze hematoencefalnu barijeru i distribuiraju u CNS, što ponekad izaziva encefalopatiju i prolazno slepilo. Nivo natrijuma od 118-120 mmol/L smatra se granicom ispod koje se javljaju pomenuti teži simptomi. U literaturi su opisani i letalni ishodi na vreme neprepoznatih TURP sindroma. Perioperativni gubitak krvi je teško organoleptički proceniti zbog dilucije sa irigacionim rastvorom, a fiziološki odgovor u vidu tahikardije i hipotenzije kod gerijatrijskih pacijenata može zakasnuti ili izostati. Gubitak krvi moguće je odrediti spektrofotometrijom ispirka mokraćne bešike.

REZULTATI: Izbor anestezije zavisi od kardiopulmonalnog i mentalnog stanja bolesnika. TURP je elektivna operacija a većina pacijenata pripada gerijatrijskoj ASA 3 populaciji. Naš izbor bio je spinalna anestezija. Izbegavanjem opšte anestezije smanjujemo uticaj pratećih oboljenja i mogućnost nastanka postoperativne konfuzije i delirijuma. Regionalna anestezija omogućava nam perioperativnu verbalnu komunikaciju sa pacijentom, što je od neprocenjivog značaja za rano prepoznavanje simptoma.

U trogodišnjem periodu (2009, 2010. i 2011. god.) kod 17 bolesnika došlo je do pojave blažih simptoma, kod 4 bolesnika do izražene hipotenzije, konfuzije i dispneje, a jednom je operacija (reintervencija) morala biti prekinuta.

ZAKLJUČAK: Suština prevencije je u razumevanju nastanka ovog sindroma, iskustvu i veštini operatora i dužini trajanja intervencije. Lečenje je simptomatsko: oksigenoterapija, transfuzija pune krvi, korekcija hiponatremije, diuretici. Kod konvulzija benzodiazepini, a kod najtežih oblika i intubacija sa asistiranom ventilacijom. Ako se simptomi jave u toku operacije, ista se što pre privodi kraju.

PRELOMI PROKSIMALNOG OKRAJKA BUTNE KOSTI U BOLESNIKA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

Z. Antić(1), J. Vidić(2), Z. Antić(1), A. Rakonjac(1), G. Vidić(3), D. Mustur(4), J. Terzić(1)

(1)ZDRAVSTVENI CENTAR ALEKSINAC, (2)RZZOZ NIŠ, (3) ORTOPEDSKA KLINIKA KC. NIŠ, (4)INSTITUT "SIMO MILOŠEVIĆ" IGALO

UVOD: Prelomi proksimalnog okrajka butne kosti u starijih osoba zbog osteoporoze aktuelan su problem. Ova populacija opterećena je i brojnim hroničnim bolestima što dodatno opterećuje i otežava hirurško lečenje povređenih.

CILJ RADA: Utvrditi uticaj hroničnih bolesti na mortalitet i kvalitet života u operativno lečenih bolesnika sa prelomima proksimalnog okrajka butne kosti.

MATERIJALI I METODE: Ovom retrospektivnom studijom obuhvaćeno je 466 bolesnika sa prelomima proksimalnog okrajka butne kosti za period od 2003 god. do 2010 god., a koji su u odnosu na vrstu terapije podeljeni u dve grupe (Grupa A-operativno lečeni i grupa B-konzervativno lečeni).

Od operativnih tehnika koji su korišćene za lečenje ovakvih preloma su ugradanja totalne i parcijalne endoproteze kuka, DHS i ugradnja unutrašnjeg fiksatora po Mitkoviću.

Klinički važne promene u operisanih ispitanika, tj. funkcionalni status, praćen je Womak indexom 6 meseci nakon terapije. Podaci su analizirani i testirani metodama deskriptivne statistike-aritmetička sredina, standardna devijacija; Pearson-ova korelacija

REZULTATI: Prosečna starost ispitanika koji su operativno lečeni je bila $68,9 \pm 5,78$, a ispitanika B grupe $76,8 \pm 4,49$ godina.

Za potrebe ovog rada uporedili smo rezultate ortopedskog lečenja preloma proksimalnog okrajka butne kosti i konstatovali smo da je od ukupnog broja ispitanika 205 tj. 43.99% bilo operativno zbrinjavano. Konzeravantivno je lečeno 56,01% ispitanika. Razlog za ovakav terapijski pristup u rešavanju preloma proksimalnog okrajka femura je postojanje vitalnih kontraindikacija i postojanje pridruženih hroničnih bolesti povređenih.

U odnosu na ukupan broj operativno lečenih preloma, kod 16,71% bolesnika su ugrađene totalne proteze kuka, 45,95% parcijalne proteze, 8,93% ispitanika je lečeno DHS i 28,41% ugradnjom unutrašnjeg fiksatora po Mitkoviću.

U odnosu na ukupan broj ispitanika B grupe 49,46% je bolovalo od srčane insuficijencije, 20,87% od dijabetes melitusa, 2,19% hroničnog opstruktivnog bronhitisa i 27,48% od senilne demencije pri čemu se mora naglasiti da su 5 ispitanica bolovala od Alchajmerove bolesti.

Analizom funkcionalnog statusa (Womac index) šest meseci nakon operacije, konstatovano je da se funkcionalni status bolesnika operativno zbrinjavanih značajnije poboljšava u odnosu na ispitanike B grupe (Pirsonova korelacija $p < 0,001$).

ZAKLJUČAK: Na osnovu naših rezultata zaključili smo da konzervativno lečeni ispitanici starije životne dobi nisu mogli biti operativno zbrinuti prvenstveno zbog srčane insuficijencije, a da operativno lečenje ima velike prednosti i predstavlja metodu izbora u zbrinjavanju ove patologije.

Ključne reči: Prelomi, femur, terapija, kontraindikacije.

e-mail: ortreum1@gmail.com

POREMEĆAJ STATIKE UNUTRAŠNJIH POLNIH ORGANA ŽENE I NJIHOVA OPERATIVNA KOREKCIJA 2002 – 2011.

Ljubica Milošević, Miodrag Jevremović, Stevan Meilanović

ZDRAVSTVENI CENTAR BOR, GINEKOLOŠKO AKUŠERSKA SLUŽBA

UVOD: Vaginalne korekcije karlične prečage (diaphragma pelvis) rade se kod žena kod kojih je došlo do popuštanja karličnog dna i razmicanja i labavljenja mišićnih snopova mišića podizača čmara (mm levathor anii). Materične veze tada jedine održavaju unutrašnje polne organe u normalnom položaju, ali vremenom se i one istežu pa prvo dolazi do retroverzije uterusu i spuštanja materice ispod lineae spinalis. To se dešava naročito u postmenopauzi i senijumu kod žena, kada nastupa i atrofija vezivno mišićnih struktura karlične dijafragme. Nije retko da se slični problemi spada i ispada vagine i materice nađu i kod žena kasnog generativnog doba i u perimenopauzi, gde je uz teške, duge i mnogobrojne porodaje prisutna i urođena sklonost vezivnog tkiva ka stvaranju kila, tj. descenzusa i prolapsa – subtotalnog i totalnog, kako vagine tako i uterusu.

MATERIJAL I METODE: Retrospektivnim pregledom operativnih protokola Ginekološko akušerskog odeljenja ZC Bor u periodu 2002 – 2011. praćen je broj svih operacija, ginekoloških operacija, vaginalnih operacija te operacija zbog poremećaja statike unutrašnjih organa žene. Praćen je podatak o godinama, tj. životnom dobu žene, u trenutku operativnih procedura.

CILJ RADA: Prikazati učestalost operacija poremećaja statike unutrašnjih polnih organa žena u desetogodišnjem periodu.

REZULTATI RADA: U periodu 2002 – 2011. na Ginekološko akušerskom odeljenju ZC Bor urađeno je ukupno 2611 operacije. Ginekoloških operacija bilo je 1311 (50,21%), vaginalnih 350 (26,70%) a operacija zbog korekcije poremećaja statike unutrašnjih polnih organa 126 (9,61%) – plastike vagine i vaginalne histerektomije. Na našem materijalu najveći broj operisanih žena je preko 51 godine.

ZAKLJUČAK: Vaginalna histerektomija, prednja i zadnja plastika vagine sa ojačanjem mm levathor anii zbog male traume organizma, kraćeg trajanja operacija, brzog postoperativnog oporavka i posledično manjeg broja komplikacija ima svoje prednosti u ginekološkoj hirurgiji. Poštovanjem indikacija i kontraindikacija, uz saradnju

sa anesteziolozima, trajno rešavaju poremećenu statiku unutrašnjih polnih organa i oslobađaju pacijentkinje mnogih tegoba. Na taj način rešavaju se i socijalni i higijenski problemi koje pacijentkinje imaju.

Ključne reči: Operacija poremećaja statike ženskih polnih organa

e-mail: dumil019@ptt.rs

BILIJARNI ILEUS NA NAŠEM ODELJENJU U PROTEKLIM 10 GODINA

Miroslav Miljković, I. Matić

ZDRAVSTVENI CENTAR ALEKSINAC, HIRURŠKO ODELJENJE

UVOD: Bilijarni ileus je potpuna ili delimična opstrukcija crevnog lumena žučnim kamenom. Javlja se kod 1-4% svih mehaničkih opstrukcija intestinuma. Nastaje kao posledica prelaska žučnog kamenca u lumen digestivnog trakta kroz patološke komunikacije između ova dva organska sistema. Najčešći razlog tome je postojanje spontanijih biliogestivnih fistula čija je učestalost 0,3 do 5% svih oboljenja biliogestivnog trakta. Bilijarni ileus je bolest starijih osoba, iznad 65 godina, i predstavlja oko 25% svih opstrukcija intestinuma u ovom životnom dobu.

CILJ RADA: Cilj našeg rada bio je da izvršimo analizu bolesnika sa bilijarnim ileusom koji su operisani na našem odeljenju u desetogodišnjem periodu.

MATERIJAL I METODA: Urađena je retrogradna analiza istorija bolesti pacijenata operisanih od bilijarnog ileusa na našem odeljenju. Rad obuhvata period od 2002-2011 godine. U ovom periodu operisano je ukupno 6 bolesnika i to 1 muškarac i 5 žena starosne dobi između 60 i 82 g. Svi bolesnici su imali klasičan bilijarni ileus odnosno opstrukciju creva inkaviranim kalkulusom u terminalnom ileumu.

REZULTATI: Kliničke manifestacije bilijarnog ileusa kod većine bolesnika nisu bile dovoljno izražene. U 4 slučaja (89,9%), bila je prisutna abdominalna distenzija i povraćanje. Vremenski interval od pojave tegoba vezanih za bilijarnu opstrukciju do hospitalizacije, kretao se od 3 do 12 dana. Pet bolesnika je imalo pozitivnu istoriju bilijarne bolesti i bolove bilijarnog-tipa. Radiografski znaci mehaničke opstrukcije creva bili su prisutni kod svih bolesnika. Radiološka senka u abdomenu je bila prisutna kod 3 bolesnika a kod 1 bolesnika je UZ nađen pneumobilija. Kod svih pacijenata je urađena enterotomija i ekstrakcija kalkulusa. Ranih intestinalnih posleoperativnih komplikacija nije bilo. Međutim, učestalost posleoperativnih neintestinalnih komplikacija je iznosila oko 50%. Kod dva bolesnika se javila infekcija operativne rane, jedan bolesnik je dobio trombozu dubokih vena noge. Hospitalni mortalitet je bio 30% (jedan bolesnik je preminuo od posledica moždanog infarkta a drugi od posledica srčane slabosti, jer se radi o starijim bolesnicima sa pridruženim bolestima.)

ZAKLJUČAK: Intestinalne opstrukcije žučnim kalkulusom se javljaju u manje od 0,5% bolesnika koji imaju kalkuloznu bolest bilijarnog trakta, sa prevalencijom kod žena u šestoj i sedmoj deceniji života. U literaturi postoji evidencija da je bilijarni ileus pet do deset puta češći kod žena. Mesto intestinalne opstrukcije, uglavnom, zavisi od veličine i broja kalkulusa, kao i od dijametra lumena creva. Ovo je razlog što u daleko najvećem broju slučajeva dolazi do opstrukcije terminalnog ileuma, eventualno ileocekalne valvule bilijarnim kalkulusom. Za opstrukciju intestinuma na ovom nivou često se koristi termin klasični bilijarni ileus. Analiza je pokazala da su naši bolesnici pripadali tipičnoj grupi pacijenata sa bilijarnim ileusom. Prosečna starost je bila oko 69 godina. U 90% slučajeva u pitanju su bile žene i u svim slučajevima kalkulus je bio impaktiran u terminalnom ileumu.

Ključne reči: bilijarni, ileus, kalkulus, opstrukcija,

e-mail: drmiljko@medianis.net

EFIKASNOST PREEMPTIVE ANALGEZIJE KOD KRATKOTRAJNIH GINEKOLOŠKIH INTERVENCIJA

Danijela Stanković (1), B. Stošić (2), A. Čirić (3), N. Rangelov (1), S. Petrović (1)

(1) ZDRAVSTVENI CENTAR NEGOTIN, (2) KLINIČKI CENTAR NIŠ, (3) OPŠTA BOLNICA PIROT

UVOD: Preemptive analgezija je tretman koji se započinje pre, i traje za vreme hirurške procedure, u cilju da smanji fiziološke konsekvence nociceptivne transmisije provocirane hirurškom procedurom. Bol asociran sa ozledom tkiva rezultira prolongiranom modulacijom somatosenzornog sistema, sa povećanim odgovorom kako u perifernim, tako i u centralnim putevima bola. Poželjno je prevenirati, ili "sprečiti ulazak" neurofizioloških i

biohemijskih noksi u CNS, radije nego započeti tretman kad se bolni input već desio i posledični procesi već uspostavili.

CILJ: Utvrditi da li preoperativna primena ketorolaka, nesteroidnog antiinflamatornog analgetika, utiče na smanjenje percepcije bola nakon kratkotrajnih ginekoloških intervencija, kao i da li vrsta intervencije utiče na intenzitet bola.

MATERIJAL I METODE: Klinički prospektivno istraživanje kojim je obuhvaćeno 25 pacijentkinja, starosti od 17-61 godine, podvrgnutih kratkotrajnim ginekološkim intervencijama.

REZULTATI: 11 pacijentkinja (44%) je podvrgnuto namernom prekidu trudnoće, 7 pacijentkinja (28%) je podvrgnuto kiretaži zbog metroragije, a 4 (16%) zbog praznog gestacijskog meška. Kod 2 pacijentkinje (8%) su tretirani kondilomi, a kod jedne pacijentkinje (4%) je urađena revizija nakon spontanog abortusa.

Svim pacijentkinjama je 30 minuta pre intervencije intravenski aplikovan ketorolak 30 mg. Premedicirane su sa 0.05 mg/kg midazolama. Neposredno pre intervencije dat je alfentanil, intravenski opioid kraćeg dejstva, 10 µg/kg, a anestezija vođena intravenskim anestetikom propofolom 1-1.5 mg/kg, pri protoku O₂ 6 l/min, preko facijalne maske.

Procena bola je vršena pomoću numeričke skale za određivanje bola od 0-10, gde 0 označava odsustvo bola, a 10 najjači bol, neposredno nakon anestezije, i 2 h nakon intervencije. Nijedna pacijentkinja se nije žalila na bol neposredno nakon intervencije (ocena 0), a nakon 2 h, dve pacijentkinje (8%) kojima su tretirani kondilomi su se žalile na blage bolove u vidu pečenja (ocena 2), dok ostale 23 pacijentkinje (92%) negiraju bol (ocena 0).

ZAKLJUČAK: Preemptivna analgezija ketorolakom značajno smanjuje intenzitet i percepciju bola nakon kratkotrajnih ginekoloških intervencija, povećava zadovoljstvo pacijentkinja i ubrzava otpust iz bolnice. Tretman kondiloma je, čini se, bolniji od drugih kratkotrajnih ginekoloških intervencija.

Multimodalni pristup u terapiji bola, i primena analgetika pre iniciranja bolnog stimulusa je opravdana i efikasna.

Ključne reči: preemptivna analgezija, ketorolak, kratkotrajne ginekološke intervencije

e-mail: stankovic.danijela8@gmail.com

PERKUTANO LEČENJE VELIKIH CISTA BUBREGA SKLEROZACIJOM I PRODUŽENOM DRENAŽOM

Radovan Mitrović, N. Pakević, N. Đurić, M. Matović, Z. Đurić, B. Jeremić

ZDRAVSTVENI CENTAR VALJEVO, UROLOŠKA SLUŽBA

UVOD: Ciste bubrega su veoma česte i mogu se naći u svako životno doba a najčešće su obične ili benigne serozne ciste. Male ciste ne izazivaju simptome već se otkrivaju akcidentalno. Velike ciste izazivaju bolove u slabinama u vidu punoće, nelagodnosti, pritiska a ponekad poremećaje zbog kompresije okolnih organa (gastrointestinalni poremećaji, žutica itd.) ili hipertenzije usled ishemijske bubrežne parenhime. Velike ciste se mogu palpirati u vidu glatkog, elastično napetog tumefakta koji je pokretan sa bubregom pri disanju i daje pozitivan lumbalni kontakt.

CILJ: Kroz prikaz slučajeva pokazujemo da velike ciste bubrega prečnika većeg od 8 cm iako nisu indikacija za ovakvu vrstu lečenja mogu se uspešno lečiti ovom metodom u slučajevima kada je operacija veliki rizik za bolesnika sa pridruženim oboljenjima.

MATERIJAL I METODI RADA: U poslednjih nekoliko godina na urološkom odeljenju lečeno je 12 bolesnika s cistama većim od 8 cm (prosečna veličina 9,5cm) a koji zbog pridruženih oboljenja (kardiovaskularnih, cerebrovaskularnih) nisu mogli biti operisani. Pod kontrolom ultrazvuka uradi se punkcija a preko žice vodilje plasira nefrostomski kateter u lumen ciste. Punkcija ciste iako je bistar, serozan, pošalje se na biohemijski, bakteriološki i citološki pregled. Nakon rendgenskog snimka (radi isključivanja komunikacije ciste sa kanalikularnim sistemom bubrega) i evakuacije sadržaja kao i lokalnog anesteziranja zidova ciste uradi se sklerozacija apsolutnim alkoholom u količini 70-100 ml i nakon 10-15 minuta evakuiše apsolutni alkohol a nefrostomski kateter ostavi 24.h. pri čemu dolazi do slepljivanja zida ciste i prestanka sekrecije.

REZULTATI: Od ukupno 12 lečenih bolesnika samo u dva slučaja urađena je ponovna punkcija i sklerozacija recidiva ciste dok u ostalim slučajevima nema recidiva. Takođe, nisu zabeležene komplikacije sem prolazne hematurije u jednom slučaju.

ZAKLJUČAK: Punkcija i evakuacija sadržaja ciste uz sklerozaciju zidova ciste je uspešna metoda lečenja (samo punkcija nije dovoljna jer se većinom javljaju recidivi) dok punkcija s produženom drenažom može takođe

biti metoda izbora za lečenje velikih cisti bubrega naročito u bolesnika gde bi operativni zahvat predstavljao rizik po bolesnika.

Ključne reči: ciste bubrega, sklerozacija, ultrazvuk

e-mail: radovanmitrovic09@gmail.com

ANESTEZIOLOŠKI PRISTUP KOD OBOLELIH OD AKUTNE INTERMITENTNE PORFIRIJE

Mila Stošić, Mladen Dostanić, Milan Stamenić, Branko Milaković, Branislava Baljuzović, Valentina Aleksić
INSTITUT ZA ANESTEZIJU I REANIMACIJU, ODELJENJE PRI INSTITUTU ZA NEUROHIRURGIJU
KCS

UVOD: Porfirije spadaju u grupu naslednih metaboličkih oboljenja. CILJ nam je bio da ovim radom prenesemo naše iskustvo u izvođenju anestezije i postoperativnom lečenju bolesnice sa akutnom intermitentnom porfirijom. KRATAK SADRŽAJ: Anestezilog je uključen u preoperativnu procenu i pripremu ovih bolesnika, intra i postoperativno u medikamentoznu terapiju i lečenje, i aktivno učestvuje u respiratornoj i kardiovaskularnoj potpori tokom zbrinjavanja akutne porfirijske krize. Da bi uspešno rešio ove zahteve neophodno je da dobro poznaje patofiziologiju, kliničku sliku i terapiju ove bolesti. Akutnu porfirijsku krizu (jak bol u abdomenu, paraliza, konvulzije, hipertenzija i tahikardija), koja može da ima i smrtni ishod, mogu da izazovu mnogi faktori kao što su: lekovi, gladovanje, infekcija, metabolički stres i dr. Njihovim blagovremenim prepoznavanjem, izbegavanjem, korekcijom i lečenjem može se izbeći akutno pogoršanje, a time se bolesnik može uspešno provesti kroz operativni i postoperativni period.

ZAKLJUČAK: Za uspešno izvođenje anestezije i adekvatno postoperativno lečenje neophodno je poznavanje tipa porfirije (akutna vs. ne-akutna), razlikovanje akutne od latentne faze, dobro poznavanje kliničkih simptoma u akutnom napadu i terapijskih postupaka u njihovom rešavanju. Pravilan izbor lekova i anestetika kod bolesnika sa bilo kojim oblikom akutne porfirije, omogućava bezbedno i sigurno izvođenje i najtežih hirurških intervencija uz smanjenje intra i postoperativnog rizika na minimum.

Ključne reči: porfirija (akutna hepaticička); anestezija

e-mail: milastos@gmail.com

UČESTALOST POROĐAJA SA KARLIČNOM PREZENTACIJOM U PORODILIŠTU OB "STEFAN VISOKI"

Nada Radulović

OPŠTA BOLNICA "STEFAN VISOKI" SMEDEREVSKA PALANKA

UVOD: Karličnu prezentaciju predstavlja uzdužni položaj fetusa sa prednjačecom karlicom i sreće se u 3-4% monofetalnih porođaja. U zavisnosti od postavljenih nožica postoje i različiti oblici karličnih prezentacija. Sam porođaj je komplikovan kako za majku tako i za plod, pa je i prognoza lošija u odnosu na prezentaciju glavom. Najčešće povrede ploda u porođaju su povrede mozga, kičmene moždine, brahijalnog plexusa, abdominalnih organa kao i mišića vrata. Najdramatičnije komplikacije pri vaginalnom porođaju su prolaps pupčanika i stezanje grlića oko vrata ploda usled nedovoljne prethodne dilatacije. Zbog mogućih teških komplikacija po plod i majku, u zadnjih desetak godina raste broj carskih rezova pa samim tim i broj carskih rezova kod karlične prezentacije. CILJ RADA je da ukaže na učestalost porođaja sa karličnom prezentacijom na našem odeljenju osvrnuvši se na paritet, starost pacijentkinja, način završavanja porođaja kao i vitalnost rođenih beba.

MATERIJAL I METODI RADA: Korišćene su istorije bolesti, porođajni protokoli i operativni protokoli za period I. I 2006 – 31. XII 2011. g.

REZULTATI: U ovom, sedmogodišnjem periodu u porodilištu je obavljeno 3752 porođaja, od čega je karličnih porođaja bilo 150 što ukupno čini 4% porođenih pacijentkinja. U ovom periodu je obavljeno 37 vaginalnih porođaja i 113 carskih rezova. Ovim se uočava da je 75% pacijentkinja porođeno operativnim putem a 25% vaginalnim putem. U odnosu na paritet najviše je bilo prvorođakinja i to 91 kod kojih je učinjeno 77 carskih rezova a potom 41 drugorođakinja kod kojih je učinjeno 28 carskih rezova. Najviše karličnih porođaja je bilo u starosnoj grupi od 21-25 godine - 50 porođenih (13 vaginalnih i 37 carskih rezova) i u starosnoj grupi od 26-30 god.-38

porođenih (9 vaginalnih i 29 carskih rezova) a potom slede pacijentkinje od 31-35 god. – 28 porođenih (6 vaginalnih i 22 carska reza); sa dvadeset i manje od dvadeset je bilo 22 porođaja (7 vaginalnih i 15 carskih rezova) i na kraju sa 36 godina i više – 12 (2 vaginalna i 10 carskih rezova). Kod svih vaginalnih porođaja korišćena je ručna pomoć po Brachtu a u dva slučaja ručna pomoć po Smellie-Veitu uz obaveznu epiziotomiju. U ovom periodu prevremeno je rođeno 20 beba i dve pacijentkinje su primljene sa mrtvim plodom u materici, pri čemu su rođene bebe sa 800 gr i 3140 gr telesne težine. U ovom periodu je rođeno 113 beba sa Apgar skorom od 8-10, 33 bebe su rođene sa Apgarom od 4-7, dve bebe su rođene sa Apgarom od 1-3 i dve bebe su bile mrtvorodne.

ZAKLJUČAK: U obrađenom vremenskom periodu učestalost i broj operativno završenih porođaja kod karlične prezentacije se uklapa u podatke iz stručne literature. Operativno završavanje porođaja je u porastu kako kod nas, tako i u svetu pa samim tim i kod karličnih prezentacija je sve učestalije. Smatram da savremena žena ima na to pravo, pogotovo ako se ima na umu kasnija odluka za rađanje, sterilitet, dugotrajno školovanje kao i želja žene da pokaže svoje kvalitete ne amo kao majka već i u svojoj struci.

Ključne reči: karlična prezentacija, učestalost, vaginalni porođaj, carski rez.

e-mail: ranikola@open.telekom.rs

UROĐENI MEGACOLON KAO POSLEDICA MEHANIČKOG ILEUSA

Miroslav Miljković, I. Matić, O. Matkić

ZDRAVSTVENI CENTAR ALEKSINAC, HIRURŠKO ODELJENJE

Uvod: Kongenitalni megacolon je stanje koje karakteriše dilatacija colona. Dilatacija colona postoji ukoliko je dijametar debelog creva veći od 12cm u predelu slepog creva i veći od 6,5cm u predelu sigmoidnog colona. Pošto postoji dilatacija colona, dolazi do paralize i pareze peristaltičkih talasa u crevima što prouzrokuje zatvor i često, konsolidaciju fekalnih masa u crevima, što se može iskomplikovati pojavom ileusa, zapaljenskih procesa, rupturom creva, pojavom peritonitisa, sepse i smrtnog ishoda

CILJ RADA je da prikazemo tri slučaja urođenog megacolona kod pacijenata koji su operisani na našem odeljenju u proteklih pet godina.

MATERIJAL I METODE. U proteklih pet godina na našem odeljenju je operisana su tri mlada pacijenta od ileusa a u čijoj je osnovi bio urođeni megacolon. Nakon postavljanja dijagnoze ileusa pacijenti su operisani a dijagnoza megacolona je postavljena intraoperativno.

REZULTATI: Pacijenti su se javljali na naše odeljenje zbog bolova u truhu, osećaja nadutosti i izostanka stolice i vetrova. Od tri pacijenta dva su bila ženskog pola starosti 18 i 19 godina i jedan muškarac starosti 22 godine. Samo je jedna pacijentkinja već bila lečena od sličnih tegoba pre oko 8 meseci kada je došlo do poboljšanja i debalansirana na konzervativnu terapiju. Nakon uobičajene procedure, pokušaja konzervativnog lečenja i kraće preoperativne pripreme pacijenti operisani i intraoperativno se postavlja dijagnoza torkvacije urođenog megacolona. Radiološka slika kod sva tri pacijenta upućivala je na ileus debelog creva. Kod sva tri pacijenta je urađena detorkvacija i manuelna pasaža sadržaja per rectum kako bi se crevo debalansiralo i truh mogao da zatvori. Do torkvacije u sva tri slučaja je došlo na nivou sigmoidnog colona tako da je intraoperativno rađena i pexija sa po tri šava za peritoneum prednjeg trbučnog zida. Jedna pacijentkinja je operisana po drugi put zbog istog problema, tako da je nakon 6 meseci posle druge operacije pripremljena u elektvnom programu i operisana tako što je urađena resekcija sigmoidnog colona i T-T anastomoza. Operisana pre tri godine i od tada više nema tegoba tako da je definitivno izlečena.

ZAKLJUČAK: Kongenitalni megacolon se naziva i Hiršprungova bolest i nastaje jer ne postoje nervne ćelije unutar mišićnog zida (ganglije) koje su bitne za normalno funkcionisanje crevne peristaltike i retka je bolest koja se javlja na svakih 5000 ljudi. Muškarci boluju od ove bolesti četiri puta više od žena statistički, što na našem materijalu nije slučaj ali je naša serija jako mala da bi bila statistički značajna. Ne postoji lek za kongenitalni megacolon. Primena laksativa i unos većih količina vlakana u ishrani može da pomogne da pražnjenje debelog creva bude redovnije. Ukoliko se simptomi pogoršaju, dolazi u obzir hirurško lečenje koje podrazumeva kolektomiju, odnosno hirurško uklanjanje delova debelog creva. Postoje teorije da je prognoza bolja ukoliko se hirurško lečenje ranije sprovodi, ali ovo nije definitivno ispitano i hirurško lečenje treba ostaviti kao krajni metod lečenja.

Ključne reči: Megacolon, Ileus, Torzija, resekcija

email: drmiljko@medianis.net

TRANSFUZIJSKA TERAPIJA KOD AKUTNOG MASIVNOG GUBITKA KRVI

Biljana Paraskijević, Biljana Todorović-Kazimirović

ZDRAVSTVENI CENTAR NEGOTIN

UVOD: Urgentna hemoterapija bolesnika sa akutnim gubitkom krvi, najčešće podrazumeva primenu masivne transfuzije.

CILJ: Cilj rada je analiza sopstvenih iskustva u zbrinjavanju akutnog gubitka krvi.

MATERIJAL I METODE: Retrospektivnom metodom analiziran je broj i trasfuziološki tretman bolesnika sa akutnim masivnim gubitkom krvi u periodu od 2008. do 2011. godine u jedinici intenzivne nege Zdravstvenog centra Negotin.

REZULTATI: U analiziranom četvorogodišnjem periodu bilo je 11 pacijenata sa životno ugrožavajućim akutnim gubitkom krvi koji su zahtevali primenu masivne transfuzije. Ovi bolesnici su u toku lečenja primili u proseku po 2,3 jedinice cele krvi, 6,9 jedinica deplazmatisane krvi, 6,8 jedinica zamrznute sveže plazme i 2,8 jedinice Albumina(28 grama).

ZAKLJUČAK: Na osnovu naših iskustva može se reći da je transfuziološko zbrinjavanje alogenom krvlju i hemoproduktima vitalno ugroženih bolesnika sa akutnim krvarenjem veoma složeno i zahteva timski rad. Raniji stav, da zbrinjavanje akutnog masivnog gubitka krvi zahteva isključivo nadoknadu svežom celom krvlju, uvođenjem principa usmerene hemoterapije je promenjen. Primena cele krvi nije opravdana, nedovoljno je efikasna i u tretmanu većine bolesnika neracionalna.

Ključne reči: usmerena hemoterapija, masivni gubitak krvi

e-mail: binpa@open.telekom.rs

DNEVNA HIRURGIJA U SPECIJALNOJ HIRURŠKOJ BOLNICI "MG STENS" U PIROTU

Miomir Marković, J. Marković, B. Jovanović, M. Jovanović

SPECIJALNA HIRURŠKA BOLNICA "MG STENS" PIROT

UVOD: Specijalna hirurška bolnica "MG STENS" radi po principu dnevne (ambulantne) hirurgije za većinu hirurških intervencija. Pacijenti primljeni i operisani u toku prepodneva kući idu uveče, a oni koji se primaju i operišu popodne kući idu ujutru. Boravak pacijenata je do 23h.

CILJ: Prikazati prednost dnevne hirurgije u svakodnevnom radu.

MATERIJAL I METODI RADA: Urađeno je 1612 operacija. U preoperativnoj pripremi su tražene osnovne laboratorijske analize (KSS, ŠUK, urea, kreatinin), EKG je rađen kod osoba strajjih od 40-45 godina, a Rtg pluća starijim od 60 godina. Uzimali su preoperativno redovnu terapiju, čvrstu hranu 6-8h, a tečnu 2-3h pre operacije. Izbor za ambulantnu anesteziju zavisi od vrste operativnog zahvata, saradnje bolesnika, siguran pratilac, transport, telefon u stanu. ASA I ili II su operisani u opštoj anesteziji, a ASA III u lokalnoj. Sve su operacije prosečno trajale do 1h. Otpuštanje iz bolnice kada su stabilni vitalni znaci preko 30 minuta, bez novih simptoma, bez krvarenja, spontano mokri, orjentisan je, bez vrtoglavica u sedećem položaju, bol (Th per os), otpuštanje uz pratnju.

REZULTATI: U Specijalnoj hirurškoj bolnici "MG STENS" u Pirotu urađeno je 1612 hirurških intervencija.

ZAKLJUČAK: Brzi oporavak je cilj u dnevnoj hirurgiji, brzo otpuštanje iz bolnice i zadovoljstvo pacijenata.

e-mail: mgstens@ptt.rs

BENIGNI TUMORI ŽUČNE KESE U NAŠOJ PRAKSI

Ivan Matić, Miroslav Miljković, Marija Anđelković Matić, Zdravko Habe

OPŠTA BOLNICA ALEKSINAC, HIRURGIJA

UVOD: Benigni tumori žučne kese i nisu tako retka pojava u kliničkoj praksi. Zahvaljujući ultrasonografiji preoperativna dijagnoza se postavlja sve češće, ali je to vrlo često uzgredan nalaz kod holecistektomije zbog kalkuloze žučne kese. Kad se postavi dijagnoza polipa lečenje je operativno, uglavnom iz preventivnih razloga, zbog mogućnosti da se radi o inicijalnom karcinomu ili mogućoj malignoj alteraciji polipa.

KLINIČKI MATERIJAL: U Bolnici Aleksinac u periodu od januara 2006 do januara 2012 urađeno je 160 holecistektomija zbog hroničnog kalkuloznog holecistitisa, od čega je 7 sa benignim polipoidnim lezijama žučne kese. Bilo je 5 žena i 2 muškarca. Najmlađi je imao 30god, a najstariji 73 godine. Najčešći subjektivni simptomi bili su povremeni uglavnom lakši, ataci bola pod desnim rebarnim lukom uz povremene dispeptične smetnje. Preoperativna dijagnoza polipa postavljena je u 5 slučajeva. Indikacija za operaciju bila je pomisao na moguću malignu alteraciju, i u 1 slučaju kalkulozni holecistitis. U svih bolesnika urađena je pažljiva eksploracija abdominalnih organa i nisu nađena druga oboljenja kojima su se mogle objasniti tegobe bolesnika. Kod 4 bolesnika je nađen holesterolski polip a u 3 slučajeva adenomatozni polip žučne kese. Znaci maligne alteracije nisu nađeni ni u jednom slučaju. Postoperativni tok je u svih bolesnika bio bez ikakvih komplikacija.

DISKUSIJA: Incidencija-Prema Almagru, Mayo Klinika je imala na 2540 holecistektomija 107 polipa ili 4,2%, I Hirurska prema Čoloviću je imala na 476 bolesnika 11 bolesnika sa polipom, odnosno oko 2,31%. Naša Incidenca je oko 4%, od 160 bolesnika, 7 bolesnika sa polipom žučne kese.

Patologija-Prema Walkeru razlikuju se 3 grupe benignih tumora žučne kese: Epitelijalni tumori u koje spadaju papilomi, adenomi, 2. Mezenhimalni tumori, 3. Pseudotumori-holesterolski i inflamatorni polipi. Holesterolski polipi čine 1/3 benignih lezija žučne kese, veličine od 1-6mm, imaju oblik ploda duda a boja varira od bleđožute do bele. Adenomi se javljaju isključivo u predelu infundibuluma žučne kese gde se jedino i nalaze žlezde iz kojih se razvijaju. Histološki gledano oni su izgrađeni od gusto zbijenih žlezdanih i tubularnih struktura. Papilomi su fokalne epiteloidne proliferacije sa jasno formiranim bazom sa finom vezivno vaskularnom stromom prekriven epitelom žučne kese. Karcinom je često udružen sa rezidualnim papilarnim i adenomatoznim strukturama atipičnih citomorfoloskih osobina. Proliferativni glandularni holecistitis je difuzna inflamatorna lezija znatnim zadebljanjima zida žučne kese. Ispupčenja su mnogobrojna, sesilna, tvrda promera 3-6mm. Diferencijacija prema ranom infiltrativnom karcinomu može biti teška. Inflamatorni polipi su kao skup 2 do 3 diskretne lezije bez difuznih proliferativnih promena.

ZAKLJUČAK: Maligni potencijal je različit. Smatra se da holesterolski polipi ne podležu malignoj alteraciji. Prema Almagru i saradnicima nalaz Panethovih ćelija u papillomu predstavlja znak metaplazije. Polip treba pregledati na velikom broju preparata jer se dešava da su promene u smislu metaplazije i maligne alteracije vrlo lokalizovane.

Poželjno je postoperativno praćenje pacijenta oko 2 god.posle operacije ultrazvučnim pregledima i laboratorijskim analizama sa posebnim osvrtom na hepatogram.

DA LI SU APSORPTIVNE OBLOGE POMAK U LEČENJU OPEKOTINA?

Tatjana Milačević, Ivica Milosavljević

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, HIRURGIJA

Opekotine su termičke povrede nastale dejstvom visoke temperature. Hirurgija se bavi lokalizovanim oblikom opekotina, dok su generalizovane forme (toplotni udar, sunčanica) rezervisane za internu medicinu. Dejstvom prekomernog termičkog agensa (preko 45 stepeni), a u zavisnosti od dužine i površine dejstva nastaju opekotine različite površine i dubine (pravilo "devetke", četiri stepena dubine). Ove povrede zahtevaju dugotrajno i skupo lečenje, a posledice su, često, trajne.

Cilj našeg rada je uočavanje razlike u lečenju opekotina već oprobanim, rutinskim postupcima koji su opisani u udžbenicima opšte hirurgije i primenom savremenih apsorptivnih obloga. Pomenuta sredstva se primenjuju poslednjih nekoliko godina, rezultat su tehnološkog napretka, sadrže kompleksna hemijska sredstva koja postepeno oslobađaju aktivne supstance u ranu, te time omogućavaju veće pauze između obrade i previjanja rane, uz istovremenu izdašnu apsorpciju eksudata.

U Službi opšte hirurgije našeg Zdravstvenog centra hospitalno se leče bolesnici IIa stepena opekotina površine 10-30%, II-b stepena površine 5-15% i III stepena površine 2-5%. Opekotine veće površine zahtevaju lečenje u specijalizovanim centrima. Godišnje se hospitalno zbrine 20-30 bolesnika sa ovim povredama, a u našem radu prikazana je dužina lečenja, posledice povreda i ekonomski aspekt čitavog lečenja.

Možemo zaključiti da je nakon primarne obrade opekotina, koja je ista u oba načina lečenja, primena apsorptivnih obloga omogućila previjanje sa većim pauzama, manju potrošnju materijala, manje bola i nelagodnosti pacijentu, manje angažovanje osoblja, raniji ambulantni tretman i brže postizanje pune radne sposobnosti uz, svakako, prihvatljiviji izgled ožiljnih promena.

e-mail: tanjam5555@gmail.com

REKONSTRUKTIVNA HIRURGIJA DOJKE

Igor Maljković

ZDRAVSTVENI CENTAR BOR

UVOD: Dijagnoza i radikalno lečenje karcinoma dojke, čak i sa najboljim ishodom, traumatično je iskustvo za pacijentkinju i njenu najbližu okolinu. U poslednjih 40 godina pređen je dug put od radikalnog uklanjanja žlezde i pektoralnog mišića do pošteđenih operacija, segmentektomija i subkutanih mastektomija. Rekonstruktivna hirurgija dojke sporo se razvijala i danas u razvijenim zemljama tek svaka treća žena sa mastektomijom dolazi na rekonstrukciju dojke. U našoj zemlji pokazatelji su daleko lošiji, a ovaj tip operacija do skora je bio rezervisan samo za velike centre.

CILJ RADA: upoznavanje sa mogućnostima rekonstrukcije dojke.

MATERIJAL I METODE: Od 2011 se u ZC Bor rade rekonstrukcije dojke posle mastektomije i u radu su prikazane korišćene rekonstruktivne mogućnosti i tehnike, kao i estetski rezultati operacija. Sem rekonstrukcija dojke radi se i rekonstrukciju kompleksa areola-bradavica i korekcija položaja i veličine kontralateralne dojke, što je takođe prikazano, kao i rekonstrukcija urođenih anomalija dojke.

ZAKLJUČAK: Kod nas još uvek postoji otpor od strane onkologa i opštih hirurga prema ovom tipu procedura i veoma malom broju pacijenata se nudi opcija rekonstrukcije dojke, iako je to operacija koja "vraća osmeh", omogućujući pacijentkinji sa mastektomijom da izađe na plažu, ode na letovanje, sagne se bez straha od ispadanja epiteze, te da ima normalan socijalni i seksualni život. Ono čemu treba težiti je poboljšanje kvaliteta života bolesnice sa tumorom dojke, a ne samo produžavanju istog, a ovo je jedan od najboljih načina za to.

Ključne reči: mastektomija, dojka, rekonstrukcija dojke, plastična hirurgija

e-mail: igormaljkovic@yahoo.com

NASLOV SESIJE: ISTORIJA MEDICINE UMETNOST I MEDICINA

- USMENE PREZENTACIJE -

DOPRINOS SLUŽBE ZA NUKLEARNU MEDICINU ZDRAVSTENOJ ZAŠTITI STANOVNIŠTVA JUGOISTOČNE SRBIJE

Nebojša Paunković, Džejn Paunković, R. Paunović

POLIKLINIKA "PAUNKOVIĆ", ZAJEČAR

Službaza Nuklearnu medicinu pod imenom Radioizotopska laboratorija Internističke službe u Zaječaru, osnovana je polovinom 1969 godine. Kao jedna od retkih jedinica te vrste (sem nje su postojale institucije na fakultetskim klinikama u Beogradu, Nišu i Novom Sadu) imala je veliki i vrlo specifičan dopinos zdravstvenoj zaštiti stanovništva u toku ovih 40 godina.

Služba je bila dizajnirana kao rutinska (mada se bavila i istraživačkim radom), što znači da je bila osposobljena da pruža veliki broj "zdravstvenih usluga" na vrlo praktičnom nivou.

Pored doprinosa zdravstvenoj zaštiti služba je, što je i bio njen osnovni cilj, dala veliki dopinos radu i razvoju drugih medicinskih disciplina, drugim ustanovama nuklearne medicine u Srbiji, kao i sekciji nuklearne medicine Srpskog lekarskog društva i Udruženja za nuklearnu medicinu Jugoslavije.

Ključnereči: nuklearna medicina, dopinos, Srpsko lekarsko društvo

e-mail: npaunkovic@sezampro.rs

O RADU ŠKOLSKIH POLIKLINIKA I AMBULANTI TIMOČKE OBLASTI MORAVSKE BANOVINE I DEČJEG OPORAVILIŠTA NA OZRENU - IZMEĐU DVA SVETSKA RATA

Petar Paunović

RAJAČKA ŠKOLA ZDRAVLJA

Autor o svome radu, na osnovu arhivskih dokumenata opisuje organizaciju i rad školskih poliklinika i ambulanti, U Zaječaru, Knjaževcu i Negotinu i rad dečjeg odmarališta na Ozrenu, tridesetih godina XX veka. Iz rada se može saznati kakvo je zdravstveno stanje školske dece, kako se prema zdravlju oko 120 000 dece na području Timočke oblasti Moravske banovine dece odnosila zajednica i šta su lekari sve preduzimali da bi se održalo i poboljšalo dečje zdravlje.

Rad ima istorijsko medicinski značaj

Ključnereči: zdravstvenazaštita dece, školske poliklinike i ambulante, Timočka oblast Moravske banovine.

e-mail: rajački@ptt.rs

PRIKAZ KNJIGE „OSNOVI IZ RENTGENOLOGIJE“ IZDATE 1934. GODINE

Tomislav D. Jovanović

MEDICINSKI FAKULTET PRIŠTINA-KOSOVSKA MITROVICA.

UVOD: Prva generacija studenata novoosnovanog Medicinskog fakulteta u Beogradu upisana je školske 1920/21 godine. Godine 1933. izabran je i privatni docent dr Sava Janković, rendgenolog, šef Rendgen odeljenja Opšte državne bolnice u Beogradu. Katedra za kliničku radiologiju i rendgenologiju osnovana je 1935. godine i na njenom je čelu bio novoizabrani docent dr Stojan Dedić. Nastava se odvijala u okviru interne propedeutike sa sedištem u Internoj klinici "B", sada Institutu za endokrinologiju. Prema podacima iz dostupne literature prvi studentski udžbenik pod nazivom "Osnovi rendgenske dijagnostike" autora prof. dr Stojana Dedića štampan je 1952. godine u izdanju "Naučne knjige".

Autor ovog prikaza je sticajem okolnosti došao do knjige pod naslovom "Osnovi rentgenologije" autora A.P. Bogičevića. Knjiga je kupljena na "buvljoj" pijaci u Leskovcu novembra 2010. godine po ceni od 50 dinara.

PRIKAZ KNJIGE: Prikazana je veoma retka, najverovatnije najstarija knjiga udžbeničkog tipa na srpskom jeziku iz oblasti radiologije. Naslov knjige je "Osnovi rentgenologije" autora A.P. Bogičevića. Knjiga je štampana 1934. godine u Beogradu, Štamparska radionica Ministarstva Vojske i Mornarice

Knjiga je štampana ćirilicom, na B5 formatu, u mekom povezu i ima ukupno 75 strana. Na 5. strani ispod naslova knjige "Osnovi iz rentgenologije" stoji puno ime autora: Sanitetski potpukovnik dr Aleksandar P. Bogičević, zatim podnaslov Uvod.

U uvodu autor govori o značaju i napretku rentgenologije i izražava zahvalnost brigadnom đeneralu Aleksandru S. Markoviću i dr. Savi Jankoviću šefu Zavoda za rendgenologiju pri Opštoj državnoj bolnici za kolegijalnu pažnju i pomoć.

Na 75 stranica napisan je uvod, fizika rendgenskih zraka, rendgenska aparaturu, pregled pojedinih organa, rendgenografija kostiju i zglobova, primena kontrastnih sredstava i rentgen terapija. Knjiga ima ukupno 16 delova-poglavlja.

Na stranicama od 59. do 74. prikazano je u veoma kvalitetnoj štampi ukupno 45 nativnih i kontrastnih rendgenografija.

ZAKLJUČAK: Najverovatnije se radi o najstarijoj knjizi na srpskom jeziku iz oblasti radiologije. Prema sadržaju i načinu izlaganja ima sve osobine udžbenika. Obuhvata fiziku rendgenskih zraka, rendgensku aparaturu, pregled pojedinih organa, rendgenografiju kostiju i zglobova sa opisima rendgenske slike bolesti, primenu kontrastnih sredstava i rentgen terapiju.

e-mail: jovato@info-net.rs

ČEŠKO-SRPSKA PORODICA BURIAN: PROF.ING VOJTEH ADALBERT, JOVANKA, ING.JAROSLAV I PROF.DR JOVAN V. BURIAN - ZNAČAJ ZA ISTORIJU NAUKE I MEDICINE TIMOČKE KRAJINE I SRBIJE U 19. I 20.VEKU

Tomislav I. Nedeljković (1), Ivan I Nedeljković (2)

(1)KLINIČKI CENTAR KRAGUJEVAC, (2) DOM ZDRAVLJA "DR CVJETKOVIĆ" NOVI SAD

Češko-srpsku porodicu Burian čine otac i suprug Vojteh Adalbert, majka i supruga Jovanka i njihovi sinovi, braća Jaroslav i Jovan. Otac Vojteh (1860-1933.), pomolog i nastavnik, doselio se iz rodne Češke, tada pod Austro-Ugarskom, još krajem 19.veka, u Timočku ili Negotinsku krajinu, tačnije u selo Bukovo kod Negotina. U Poljoprivrednoj školi u Bukovu, radio je kao nastavnik, bavio se pomologijom i vinogradarstvom, a bio je jedno vreme i direktor iste škole. Zavoleo je Srbiju, postao njen podanik, a zavoleo je i srpkinju Jovanku (1875-1946.), koja je bila domaćica i koja je rodila dva sina. Stariji, Jaroslav (1900-1936.) bio je inženjer-geometar, iako je kratko živio, jer je umro od TBC-a, ostao je poznat kao Upravnik parka "Kalemegdan", o kojem su pisale "Beogradske novine" i "Politika". Mlađi, Jovan (1904-1989.), lekar specijalista interne medicine, posle povratka iz vojnog zarobljeništva u Nemačkoj, posle Drugog svetskog rata, postaje i profesor Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Majka Jovanka, iako samo domaćica, veoma je polagala na obrazovanje i vaspitanje njenih sinova, slično Pupinovoj majci. Stoga, ne čudi velika ljubav i žurba dr Jovana, sanitetskog poručnika da se vrati iz zarobljeništva iz Nemačke u Beograd svojoj majci, koja je ostala u Beogradu, u stanu u ulici Stojana Protića na Vračaru iako je mogao da ostane u Pragu ili Beču da živi i radi, jer je imao tamo rođake i prijatelje. Na žalost, majka je još kratko živela, samo do 1946.g. Povratkom na Internu kliniku "A" organizuje rad, biva Šef jednog od Odseka, a jedno vreme i zamenik Direktora iste klinike, na Medicinskom fakultetu postaje asistent, pa docent i profesor interne medicine, piše udžbenike sa Akademikom Prof.dr Stanojem Stefanovićem, Interna medicina i Specijalna klinička fiziologija, a sa studijskih putovanja iz Nemačke, Austrije, Švajcarske, Češke, Mađarske, Rumunije, Bugarske, Grčke i Italije donosi nove metode u dijagnostici i terapiji, pre svega bolesti organa za varenje, nakon čega postaje i subspecijalista gastroenterolog. Ostaje u rezervnom sastavu JNA, sada već kao rezervni sanitetski kapetan da bi za svoje doprinose u zaštiti vojnika i uvođenjem u udžbenik Interne medicine, novih entiteta iz oblasti vojna i ratna interna medicina, kao što su ileus vrenja i ratni nefritis dobio i čin rez.san.kapetana I klase. Nosioc je i Ordena sa crvenom zastavom. Porodica Burijan sahranjena je u PORODIČNOJ GROBNICI PROF.MED.FAKULTETA Dr JOVANA BURIJANA na NOVOM GROBLJU U BEOGRADU, parcela 57, preko puta Aleje velikana.

DR MILORAD (MILUTINA) GLIŠIĆ (1896 - 1968)

Miomir Marković, J. Marković, B. Jovanović, M. Jovanović

SPECIJALNA HIRURŠKA BOLNICA "MG STENS" PIROT

UVOD: Dr Milorad Glišić bio je upravnik bolnice, šef hirurgije u Pirotu posle drugog svetskog rata.
CILJ: Prikazati ličnost dr Milorada Glišića. Njegovo pregalaštvo i stručni rad u oblasti opšte hirurgije.
MATERIJAL I METODI RADA: Korišćeni su podaci Arhiva Pirota i Opšte bolnice u Pirotu.
REZULTATI: Rođen je 1896. godine u Šapcu u trgovačkoj porodici. Gimnaziju je učio u Šapcu do sedmog razreda kada je počeo Prvi svetski rat. Mobilisan je 1915. godine u dačku četu. Povlačio se sa srpskom vojskom preko Albanije, pa brodom do Soluna, iz kog je 1917. godine francuskim vojnim brodovima odveden u Bizertu u Tunisu gde su boravile rezervne jedinice srpske vojske. Godine 1918. iz Bizerte Francuska vlada organizuje odlazak đaka narednika u Francusku gde završava veliku gimnazijsku maturu. Studira medicinu na fakultetima u Parizu i Strazburu i završava 1924. godine. Kao "sekundarni lekar" 1924/1925 radi u okružnoj bolnici u Šapcu. Od 1925. godine do 1929. godine radi kao vojni lekar u Sarajevu. Specijalizaciju hirurgije završava 1929. godine u Monpeljeu. Od 1929. godine radi kao privatni lekar u Kragujevcu. Od oktobra 1944. godine do novembra 1945. godine mobilisan je kao hirurg u XVII udarnoj diviziji. Rešenjem Ministarstva narodnog zdravlja jula 1946. godine postavljen je za upravnika okružne bolnice u Pirotu. Takođe je vršio obaveze šefa hirurškog odeljenja i šefa ginekološko-akušerskog odeljenja. U Pirotu je radio do 01.X 1956. godine, posle toga u Šapcu kao direktor Doma zdravlja gde je osnovao i prvi Onkološki dispanzer. U penziji je otišao 31.XII 1958. godine. Preminuo je 1968. godine i sahranjen je u porodičnoj grobnici u Šapcu.

ZAKLJUČAK: Čak i danas, toliko godina posle njegove smrti, teško je reći šta je bilo najveće, najbolje i najtrajnije u njegovom radu

e-mail: mgstens@ptt.rs

RAZVOJ ZDRAVSTVA U DRAGAČEVU DO DRUGOG SVETSKOG RATA

Tanja Šuluburić (1), D. Šuluburić (2)

(1) ZDRAVSTVENI CENTAR ČAČAK, (2) DOM ZDRAVLJA GUČA – LUČANI

UVOD: Dragačevo je geografski pojam i predstavlja brdsko-planinsku oblast u Zapadnoj Srbiji. Naseljeno je sa oko 22000 stanovnika koji se nazivaju Dragačevci. Najvećim delom pripada opštini Lučani koja zauzima 454 kilometra kvadratna. Ima dva gradska naselja, Lučane i Guču i 39 sela. U svetu je poznato po Saboru trubača koji se održava u Guči preko 50 godina.

CILJ: Cilj nam je da širu stručnu javnost upoznamo sa razvojem zdravstvene zaštite u našoj sredini, a u vremenu kada su lekari bili retki i kada je do njih zaista bilo teško doći.

MATERIJAL I METODI RADA: Za pisanje rada smo koristili obimnu literaturu u vlasništvu Doma zdravlja Lučani, Istoriskog arhiva Čačak i biblioteke u Guči.

REZULTATI: Za oganizovani početak savremene medicine u Dragačevu se može uzeti 1875.g. kada je, na teritoriji tadašnjeg sreza, uveden prirez za stipendiranje prvog lekara. Bio je to dr Mijailo Cvetić koji je po završenim studijama bio sreski lekar u Guči. Već 1887.g. na njegovo mesto dolazi dr Mihailo Leščinski, Poljak, rođen u Rusiji, koji je u Guči radio čitavih 19 godina. Od 1906.g. pa do Prvog svetskog rata su se u Guči menjali lekari na po 2-3 godine. U vreme tog rata Guča nije imala lekare, izuzev vojnih lekara koje su dovodile okupacione vlasti i koji su samo zapisnički konstatovali ubijanja i vešanja stanovnika Dragačeva.

Prva apoteka je u Guči otvorena 1910.g., a 1912.g. je stigla i prva babica, gospođa Persida Božić.

Od 1908.g. je počelo prikupljanje sredstava za izgradnju bolnice u Guči, ali će do ostvarenja te plemenite ideje proći čitave 23 godine.

Posle rata u Dragačevu su se često menjali lekari, a zanimljivo da je među njima bio i dr Aksevold Johansen, Danac iz Rejkjavika, koji se u Guči i oženio i 1922.g napustio Guču sa svojom porodicom.

Četvrtog Juna 1931.g. otvorena je bolnica u Guči koja je proglašena za banovinsku i koja je imala pet stalnih radnika: jednog lekara, dve bolničarke (jedna Margita Matijašević rođena u Beču) i dva nemedicinska radnika.

Konačno 09.01.1934.g. u Guču je stigao dr Ljubo Popović koji će ceo svoj radni vek provesti u Dragačevu. Stekao je nadimak Dragačevska majka. Proširio je bolnicu i u Dragačevu bio i lekar i prosvetitelj i po kazivanjima savremenika, izrazito dobar čovek. Sve do početka Drugog svetskog rata bio je jedini lekar, a pred sam rat je uspeo i da otvori prvu laboratoriju u Guči. Bio je žestok protivnik sujeverja i vraćanja u lečenju, a itekako je poštovao dobra iskustva narodne medicine.

ZAKLJUČAK: Od davne 1875.g. do danas zdravstvo u Dragačevu se stalno razvijalo. Danas u Dragačevu postoji savremen, akreditovan Dom zdravlja sa 148 stalno zaposlenih radnika.

Ključne reči: istorijat, 1875-1941

e-mail: domzdravljuguca@open.telekom.rs

NEUROBIOLOŠKI ASPEKTI KREATIVNOSTI

Emil Vlajić(1), Ada Vlajić(2)

(1) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, ZAJEČAR, (2) UNIVERZITET UMETNOSTI, BEOGRAD

UVOD: Kreativnost je osnova razvoja ljudske civilizacije i igra glavnu ulogu u stvaranju ljudske kulture, ali su neurološki mehanizmi koji leže u pozadini kreativnog procesa nedovoljno poznati. Postoje mnoga istraživanja koja pokušavaju da odrede za koji deo mozga je vezana kreativnost i koje su to moždane aktivnosti koje prate kreativni proces.

CILJ: Ovaj rad revijski prikazuje empirijska istraživanja kreativnost kroz neuromiaging metode.

Materijal i metodi rada: Analizirano je 59 radova koji su objavljeni u periodu od 1975 do 2011 godine u kojima se kreativnost povezuje za neku od tehnika prikazivanja mozga. Radovi su analizirani u odnosu na A) model

eksperimenta, B) tip testa kreativnosti koji je korišćen u eksperimentu, C) tehniku registracije promena u mozgu i D) lokacije mozga koja se aktivira tokom kreativnog procesa.

REZULTATI: Eksperimenti koji su korišćeni se mogu svrstati u tri grupe, i to (a) registracije tokom rešavanja kreativnog zadatka (40 radova je koristilo ovaj model eksperimenta); (b) razlike kod rešavanja kreativnih u odnosu na nekreativne zadatke (15 radova); (c) razlike subjekata koji su pokazali više skorove pri testu kreativnosti u odnosu na one koji su bili manje kreativni (5 radova). Heterogenost tipa testa kreativnosti je velika, većina radova je koristila sopstveno dizajniran test kreativnosti, dok je manji broj radova koristio neki od tipiziranih testova kreativnosti (15).

Metode registracije se mogu svrstati u dve grupe, one koje registruju i analiziraju direktnu aktivnost mozga (EEG, EP, MEG..) i one koje registruju indirektnu aktivnost mozga u kreativnom procesu (fMRI, SPECT, PET, rCBF..). 38 radova je analiziralo EEG signale sa posebnim osvrtom na "snagu" određene frekvence (16 radova) i sinhronizaciju (16 radova). U 21 radu se analizirala povezanost kreativnosti sa merenjem indirektnosti mozga.

Regioni mozga koji su povezani sa kreativnošću u ovim radovima se pojavljuju 18 puta u levoj hemisferi, 24 puta u desnoj hemisferi a 37 puta su nadjeni u obe hemisfere. Što se specifičnih regiona tiče, EEG registracijama je nadjeno da se kreativnim proces povezuje sa frontalnim regionom 9 puta, centralnim 6 puta, parijetalnim 10 puta, okcipitalnim 3 puta i temporalnim 4 puta. fMRI i ostalim metodama protoka se nalazi da se kreativni proces može povezati sa aktivnošću u frontalnom regionu 22 puta, parijetalnom 5 i temporalnom regionu 7 puta, a ostali regioni koji se pominju su cerebelum (2 puta) i corpus calosum (1).

ZAKLJUČAK: Otkrivanje suštine kreativnog procesa je aktuelna tema u neuro-istraživanjima i mnogi autori pokušavaju da dokuče osnovne procese u mozgu koji su povezani sa kreativnošću. Međutim, ne postoji konsenzus oko modela eksperimenta, a još je manja saglasnost oko testa kreativnosti koji treba da se koristi u ovakvim istraživanjima. Različiti regioni mozga koji se aktiviraju tokom eksperimenata ukazuju na dve mogućnosti: ili je svaki region test specifičan, ili sam kreativni proces nema moždanu lokalizaciju u užem smislu reči. Predstoji nam interesantan period u daljim istraživanjima neurobioloških aspekata kreativnog procesa, naredni radovi će biti više standardizovani, približiće nas shvatanju funkcionisanja ljudskog mozga i doprineće daljem rasvetljavanju kreativnosti kao osnove ljudske civilizacije.

Ključne reči: Kreativnost, kreativni proces, neuroimaging

e-mail: vemil@open.telekom.rs

MEDICINA I UMETNOST

Bojana Cokić

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

UVOD: Kao što reče Jorge Luis Borges: "nije umetnost napraviti nešto novo već staro ispričati na novi način". A Oskar Vajld je umeo reći da život imitira umetnost. Mnogo češće, međutim, umetnost je ta koja imitira život.

CILJ: Cilj rada je bio da analizom umetnosti kroz vekove potvrdimo poštovanje i povezanost medicine i umetnosti.

MATERIJAL I METODI RADA: Analizirana su brojna umetnička dela kroz vekove, dela nastala pre nove ere i dela posle nove ere, sa istoka i zapada. Brojni veliki umetnici podjednako opisuju i lepotu života i patnju života kao što su mnoge bolesti.

REZULTATI: Vekovima su naučnici i umetnici shvtili iste obrasce iz prirode. Ideal renesansnog čoveka, univerzalni genije, Leonardo da Vinči je bio veliki majstor takvih efekata i najistaknutiji među umetnicima u poznavanju procesa i obrazaca iz prirode. Genijalno otkriće Dr Francis Cricka i dr James Watsona 1953.god. je bilo dešifrovanje DNK. Genijalnost Salvadora Dalija je uobličila molekul DNK 1957. god. na slici "Krajolik leptira" i olakšalo ilustriranje nasledne osnove čoveka. Brojni genetski sindromi su oslikani na platnima velikih renesansnih slikara nekoliko vekova pre nego se znalo da je u pitanju bolest.

ZAKLJUČAK: Jedna slika vredi hiljadu reči, a hiljadu slika... Medicina nije ništa drugo do podržavanje prirode, a priroda je ispiracija za brojne umetnike.

e-mail: laboca@open.telekom.rs

NASLOV SESIJE:
**ISTORIJA MEDICINE
UMETNOST I MEDICINA**

- POSTER PREZENTACIJE -

"ENCIKLOPEDIJA ZDRAVLJA"

Goran Čukić

DOM ZDRAVLJA BERANE, CRNA GORA

UVOD: Opšta teorija znanja o suštini života svodena je na pitanja šta je: život, zdravo društvo itd. Život je trajna inspiracija, predmetna brojnim naukama, ali i pesnicima.

CILJ: "život" je više od iracionalnih psihizama, načela i principa; pa traži postojanje izvorišnih znanja zdravog življenja čoveka – enciklopedija.

MATERIJAL I METODI RADA: Biologika je ontologija filozofije života, eksperimentalna filozofija logike organizma.

REZULTATI: Ako krenemo po hrišćanskom da je življenje greh, onda grešan sa rođenjem ima "krivičnu prijavu" koja se podnosi "tužilaštvu". Našavši manje življenju na tom pravcu je i filozofski "kritički humanizam". "Pojavljuje se problem" ko dokazuje "optužbu", a) "tužilac" napada tuženog argumentima, ili b) tuženi se brani od optužbe, navodeći razloge protiv navoda optužbe. Život će biti ili ne biti grešan. Bezgrešni – dalje živi bezgrešno imajući na raspolaganju sačuvani "život". Ko je tužilac? Isto tako "grešnik", koji zna kako se postaje bezgrešan: ako se ne čini grešno. Živi se grešno jer – postoji "krivični zakon", skup grešnih radnji. Otuda ko zna za "grehove" izbegavajući ih će živeti bezgrešno. Onom što živi grešno – će "tužilac" staviti na dušu greh, od koga će se braniti pokazujući da je sposoban da živi. Sve što se ne sme po "krivičnom zakonu" – sme se u životu, jer je "odobreno" (dok se ne sankcioniše da je nešto novo loše, do tada nepoznato). Prosperitet zdravlja se ogleda u povećanju broja zabrana. Logika je zakona – da se eliminiše bolesno življenje ("Ime pravde ljudi ne bi poznavali da nema nepravde"). Tako, može da se živi samo zato što se rađa zdravo, pa zdravlje treba održati eliminacijom "po-grešnog". Zato, u početku zdravog rađanja grešnog ima pre ništa nego nešto – doturanjem sebi zdravog će da se živi pod veštačkim zvonom (radom stečenog zdravlja – veštačkog zdravlja kojim se po-grešno eliminiše). Doprinosilo se vremenom obilatim zdravlju. Posledično život sve više postaje "radom obrađen, obogaćen"; sve je dalji od "prirodnog". "Bez rada na sebi" se prirodno, pre grešno. Znanjima o zdravom življenju je uvećan kvalitet življenja, postiže se "veštački život, veštačko zdravlje". Uvećava zapravo "iskustvo" ("ispravna" hipoteza), koje u praktičnom življenju postaje "istinita hipoteza". Ova gubi odlike "hipoteze" i prerasta u "znanje", a to je – "enciklopedija zdravlja" naučnika i zdravo-razumskog laika. Život u svom bitisanju proverava a) ispravno (uz još obilnije ponavljanje već iskušenog b) istinitog) pa se dobije – enciklopedija: skup principa po kojima treba živeti itd. Pravila življenja neko prihvata, a neko ne prihvata. Ako je iskustvo laika "naučno" (odlika naučnih znanja bez obzira koliko su naučnici po zvanju), s toga provereno – vrlo je umesno takvo "valjano" ponoviti u "sledećoj generaciji življenja", predati ga potomstvu. Da li treba upražnjavati upotrebu alkohola u preteranim količinama, da li treba ratovati itd. – nije dilema. No, i dalje se pije preterano; i dalje se ratuje... Brojni su naučno interesantni problemi: rak itd. Time pokolenja već imaju principe, model ponašanja; kosmopolitski, svugde primenljiv. Biti "bezgrešan" znači živeti po modelu "zdravog življenja" - koji prati psihički razvoj čoveka, kroz njegovu "sui generis" istoriju svesti, koja nije završena...

ZAKLJUČAK: Naučno se stiče znanje o zdravlju logičkim proživljavanjem – otuda postoji mogućnost formiranja enciklopedijskih znanja o zdravlju. Zdravlje nastaje eliminacijom: bolesnog, grešnog, pogrešnog itd., ili/i realizovanjem: zdravlja, bezgrešnog, moralnog itd. Koliko god bio pristup redukovana apstrahovanjem, "zdrav život" ipak je epistemološki nesvodljiv na aspekt.

Ključne reči: veštačko zdravlje, hipoteza ispravna, hipoteza istinita

e-mail: epid.dz.berane@t-com.me

**NASLOV SESIJE:
KAZUISTIKA****- USMENE PREZENTACIJE -****UDRUŽENA POJAVA GRAVES-OVE I PLUMMER-OVE BOLESTI – PRIKAZ
BOLESNIKA***Nebojša Paunković(1), Džejn Paunković(1), Kosta Nikolić(2)*(1)POLIKLINIKA "PAUNKOVIĆ", ZAJEČAR, (2)ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, NUKLEARNA
MEDICINA

Prikazali smo slučaj jedne bolesnice sa istovremeno ispoljenom autoimunom (Graves- Basedowljeva bolest) i autonomnom (Plummer-ova bolest) hipertireozom. Bolesnica se godinama kontrolisala kod nas zbog eutireoidne strume, ali su se poslednjih meseci ispoljili znaci "hipertireoidnog sindroma". Izvršeno je detaljno ispitivanje štitaste žlezde. Udržena pojava ove dve vste hipertireoza dokazana je na osnovu kliničkog stanja hipermetabolizma, maksimalno suprimiranog TSH, povišenog "slobodnog" tiroksina, i pozitivnog nalaza antitela na TSH receptore, i scintigrafskog prikaza "vrućih" nodusa sa delimično suprimiranim paranodalnim tkivom. U radu su komentarisana predhodna iskustva autora i poređena su sa iskustvima drugih istraživača.

Ključne reči: Graves-Basedow-ljeva bolest, Plummer-ova bolest, hipertireoza, udružena pojava

e-mail:npaunkovic@sezampro.rs

TETANUS – BOLEST KOJA JE PALA U ZABORAV*Aleksandra Paunović, S. Petrović, S. Strainović*

ZDRAVSTVENI CENTAR NEGOTIN

UVOD: Tetanus je akutna infektivna bolest koju uzrokuje anaerobna bakterija Clostridium tetani , karakterizirana intermitentnim toničkim grčevima voljne muskulature.

CILJ: Cilj rada je da prikazom bolesnika ukažemo na značaj pravovremenog postavljanja dijagnoze i upućivanju pacijenta na odgovarajuće odeljenje.

MATERIJAL I METODI RADA: Materijal korišćen u pisanju rada je protokol SHMP ZC Negotin, izveštaji hirurga, anesteziologa i neurologa i otpusna lista sa infektivnog odeljenja KC Niš.

Pacijentkinja se javlja (ne prvi put) u SHMP dana 02.11.2011. godine i žali se na bol u vratu. Anamnestički ne dolazimo do značajnijih podataka. Pacijentkinja biva puštena kući sa analgetskom i antiedematoznom terapijom pod Dg: Sy cervicobrachiale i savetom da se javi izabranom lekaru. Sutradan, 03.11.2011. godine dobijamo poziv na 94 da se pacijentkinji koja je bila juče stanje pogoršalo, da je potpuno ukočena i ne može da govori. Ekipa SHMP dovozi pacijentkinju sa kliničkom slikom kojom dominira blaži opistotonus i trizmus. Pacijentkinja je svesna i žali se da ne može da diše. Govori kao da šišti kroz stegnute vilice , usne su razvučene u bolan osmeh, izraz lica ciničan i odmah je bilo jasno o čemu se radi. Detaljnijom anamnezom tj. ciljanim pitanjem da li je pacijentkinja imala neku povredu u skorije vreme, rečeno nam je od strane rođake da je povredila nogu pre dve nedelje i da se nije odmah javila lekaru, već nakon 10 – tak dana, tj. tačnije 30.10.2011. godine.

Pregledom protokola SHMP i protokola prijemne ambulante hirurškog odeljenja pronađeno je da se pacijentkinja prvi put javlja 30.10.2011. godine kada je povreda stopala koja je bila naizgled bezazlena prvih dana, bila uzrok ove opake bolesti.

Istog dana pacijentkinja biva pokrivena antitetanusnom, antibiotskom i analgetskom terapijom, a rana biva sanirana.

Međutim, period inkubacije je itekako prošao i bolest se javila sa potpuno izraženom simptomatologijom.

Pacijentkinja je poslata kao hitan slučaj u KC Niš – infektivno odeljenje, gde je nakon hospitalizacije od dva meseca i niza terapijskih procedura vraćena kući sa minimalnim sekvelama.

ZAKLJUČAK: Kao zaključak možemo navesti da i dan danas kada smatramo da je vakcinacijom uglavnom pokriveno kompletno stanovništvo, moramo misliti na ovu bolest upravo zbog toga što smo tetanogeno područje, pravovremeno postavljanje dijagnoze može dovesti do izlječenja.

Ključne reči: tetanus, povreda, dijagnostika

e-mail : drsandrapaunovic@gmail.com

SPONTANA RUPTURA BUBREŽNOG ANGIOMIOLIPOMA

N. Pakević, R. Mitrović, Z. Đurić, B. Jeremić, M. Matović, N. Đurić
ZDRAVSTVENI CENTAR VALJEVO, UROLOŠKO ODELJENJE

UVOD I CILJ: Angiomiolipomi su retki, benigni tumori bubrega koji se najčešće javljaju kod pacijenata sa tuberoznom sklerozom (48-80%), obično su obostrani i asimptomatski. Takođe, mogu nastati i kao izolovani tumori kod pacijenata koji ne boluju od ove bolesti. Cilj našeg rada je da prikazemo akutno nastali Wunderlichov sindrom kod pacijentkinje sa izolovanim angiomiolipomom koja ne boluje od tuberozne skleroze.

MATERIJAL I METOD RADA: Wunderlichov sindrom predstavlja spontano, netraumatsko i akutno nastalo bubrežno krvarenje unutar bubrežne kapsule ili Gerotove fascije. Kao takvo može biti prva manifestacija bubrežnog angiomiolipoma. Ovo spontano krvarenje često je masivno, intenzivno i može se završiti fatalno po pacijenta. Uvidom u literaturu objavljeno je 4410 radova vezanih za spontano retroperitonealno krvarenje od kojih je 882 slučaja (20%) spontanih retroperitonealnih krvarenja uzrokovano rupturom angiomiolipoma bubrega.

U novembru 2010.g, žena stara 59 godina, primljena je u bolnicu zbog jakih bolova u truhu koji su se širili ka levoj slabini, izrazite malaksalosti, slabosti i anemije. Pri prijemu učinjene su sledeće dijagnostičke procedure: Laboratorijska evaluacija/Hgb 62g/l, Hct 22%/. Fizikalni pregled, EHO i CT abdomena koji opisuju uvećan levi bubreg dimenzija 130x90mm uz pojavu ekspanzivne formacije na konveksitetu levog bubrega dimenzija 55x70mm koja pokazuje centralno krvarenje i nekrozu unutar tumora. Takođe opisan je i veliki retroperitonealni hematoma koji se protezao od gornjeg pola levog bubrega do ilijačne jame.

REZULTATI: Shodno dijagnostičkim nalazima i kliničkoj slici, pacijentkinja je uz prethodnu stabilizaciju i rehidraciju, hitno operisana. Učinjena je levostrana nefrektomija.

Ph-Dg-Angiomiolipoma renis l.sin. Makroskopski – žučkast tumor dimenzija 77x70x55mm sa ognjištima nekroze i centralnog krvarenja, izrazito vaskularizovan uz prisustvo masti i glatkih mišićnih vlakana.

Postoperativni tok protekao je uredno i pacijentkinja je dobrog opšteg stanja otpuštena iz bolnice.

ZAKLJUČAK: Wunderlichov sindrom predstavlja spontano, atraumatsko retroperitonealno krvarenje i može biti prva manifestacija bubrežnog angiomiolipoma. Spontana ruptura bubrežnog angiomiolipoma nije retka i može biti fatalna po pacijenta. Spontane ruptore najčešće se javljaju kod pacijenata sa tuberoznom sklerozom. CT abdomena je najbolja dijagnostička procedura a optimalno lečenje zavisi od veličine tumora i da li je prisutno krvarenje iz bubrega ili ne. Lečenje se sastoji od kliničkog praćenja, embolizacije, organ- poštedne hirurgije do nefrektomije.

Ključne reči: Angiomiolipomi bubrega, Wunderlichov sindrom, spontana ruptura angiomiolipoma bubrega, načini lečenja.

e-mail: dusicapak@ptt.rs

METAHRONI KOLOREKTALNI KARCINOM– PRIKAZ SLUČAJA

Zoran Joksimović (1), Hakija Bašić (2), Dušan Bastać (3)

(1)INTERNISTIČKA ORDINACIJA "JOKSIMOVIĆ" BOR, (2)LABORATORIJA "BIOMARKER" NIŠ,
(3)INTERNISTIČKA ORDINACIJA "DR.BASTAĆ" ZAJEČAR

CILJ RADA je ukazati na značaj praćenja bolesnika posle uklanjanja primarnog kolorektalnog tumora. Osnova Kolorektalni karcinom (CRC) je značajan medicinski problem. Inicijalno se može prezentovati kao solitarni ili multipli. Multipli primarni CRC mogu biti sinhroni ili metahroni zavisno od dužine intervala proteklog između postavljenih dijagnoza. CRC koji se dijagnostikuje 6 meseci od otkrivanja inicijalnog CRC se

smatra metahronim. Sinhroni CRC su oni koji su otkriveni istovremeno ili unutar perioda od 6 meseci od prvobitne dijagnoze. Metahroni CRC se otkrivaju u 0,5-9% slučajeva.

PRIKAZ SLUČAJA. D.Z. rođen 1949.god. iz Bora. Od 2007.godine "pati od hemoroida". Od novembra 2008. primećuje učestale sluzavo krvave stolice sa tenezmima i osećajem nepotpunog pražnjenja. Fiberoptička rektosigmoidoskopija 14.02.2009: Neo colonis sigmoidei, Stenosis colonis sigmoidei, Polypus colonis sigmoidei. Operisan marta 2009.godine u Beogradu I hirurška klinika. dg: Resectio colonis sigmoidei pp.adenocarcinoma. Kolonoskopija u Z.C.Bor jula 2010 god.: bez znakova recidiva i de novo malignoma. Od septembra 2011.godine lečen od anemije mikrocitnog tipa. Samoinicijativno dolazi na kolonoskopiju. Kolonoskopija u našoj ordinaciji 23.02.2012.god: Neo colonis ascendens, Polypus colonis ascendens, Polypus recti.

DISKUSIJA. Smatra se da inicijalni uznapredovali i maligno alterisani adenomi predstavljaju dodatni rizični faktori za razvoj metahronih adenoma. Pored kliničkih kontrola i serijskog praćenja tumorskih markera kolonoskopija je osnovna dijagnostička procedura u detektovanju metahronih tumora kolorektuma. Nerazjašnjena anemija je alarmni simptom koji indikuje kolonoskopiju.

ZAKLJUČAK. Redovne, pravilno izvedene kolonoskopije posle polipektomije ili operacije primarnog CRC su neophodne i obavezne. Ovako izvedene kontrole mogu smanjiti rizik pojave metahronih karcinoma. Kontrolne kolonoskopije mogu da otkriju metahrone CRC u ranom stadijumu. Lečiti anemiju i pritom sa sigurnošću ne isključiti sinhroni ili metahroni CRC posle operacije primarnog CRC je vitium artis.

Ključne reči: kolorektalni karcinom, metahroni tumor, kolonoskopija

e-mail: joksaz@ptt.rs

LIPOSARKOM NOSA - PRIKAZ SLUČAJA

Ivana Stojanovic, D. Mladenović

INSTITUT ZA PATOLOGIJU, KLINIČKI CENTAR NIŠ

UVOD: Nazalni i paranazalni maligni tumori čine manje od 5% svih malignih tumora glave i vrata. Maligni tumori epitelnog porekla dominiraju, tj najčešći su planocelularni karcinomi ove regije. Meko-tkivni tumori su jako retki i to su obično rabdomiosarkomi ili fibrosarkomi, dok su liposarkomi izuzetno retki, a posebno predela sinusa. Diferencijalno-dijagnostički oni su važni zbog opsruktivnih promena koje su česte u ovoj regiji. Liposarkomi su maligni tumori mekih tkiva koji se najčešće javljaju retroperitonealno, na trupu, ekstremitetima i javljaju se u oko 20% kod odraslih osoba. U oblasti glave i vrata, oni se izuzetno retko javljaju. Mogu biti dobro-diferentovani, miksomatozni, pleomorfni.

CILJ: Rad ima za cilj da prikaže slučaj liposarkoma, kao izuzetno retke neoplazme, posebno u predelu sinusa.

Materijal i metodirada: Naš pacijent je bila žena, starosti 46 godina, sa progresivnom nazalnom opstrukcijom, koja nije reagovala na standardnu kliničku terapiju. Endoskopski je utvrđeno postojanje jasno ograničene submukozne mase, u srednjoj i zadnjoj trećini septuma nosa. Masa je odstranjena i poslata na patohistološki pregled. Za postavljanje dijagnoze, pored patohistološkog pregleda, bile su potrebne i dopunske imunohistohemijske analize.

REZULTATI: Pregledom preparata utvrđeno je da promena liči na dobro-diferentovan liposarkom, i uradjene su dodatne IHH analize – na keratin, S-100 protein, dezmin. U submukozi su prisutni dobro-diferentovani lipoblasti, bez evidentne mitotske aktivnosti, keratin je bio negativan, S-100 i dezmin pozitivan.

ZAKLJUČAK: Dijagnoza liposarkoma u oblasti sinusa je veliki dijagnostički izazov za patologa. Radi se o neoplazmi koja je izuzetno retka u oblasti sinusa, obično praćena opsruktivnim promenama, i jakom inflamacijom, pa se obično sumnja na inflamatorni polip ili hronični sinuzitis. Važno je dobiti IHH potvrdu tumora, posebno kada se radi o slabije diferentovanim formama liposarkoma. Kao terapija primenjuje se hirurško odstranjenje promene i zračna terapija, mada ovi tumori mogu da recidiviraju i da budu lokalno agresivni.

Ključne reči: mekotkivne neoplazme, nazalni maligni tumori, paranazalni maligni tumori, liposarkom.

e-mail: ivana.stankovic1509@gmail.com

OSTEOSARKOM EWING

Nataša Stanulov, Dragana Dujin Pecarski, Mirna Kuzman
DOM ZDRAVLJA NOVI BEČEJ

UVOD: Osteosarkom je najčešći primarni tumor kosti. Češći je u period od 15-te do 19-te godine. U 13-oj godini je izjednačena incidenca kod dečaka i devojčica, a u starijoj dobi je učestaliji kod dečaka. Najčešći je osteosarkom femura 60%, tibije 30% i humerusa 10%.

PRIKAZ SLUČAJA: Dečak se u pratnji majke javlja zbog bolova u levoj natkoljenici koje ima unazad godinu dana. Pregledom se ustanovljava bolna fleksija natkoljenice, dete šteti nogu pri hodu. Upućuje se ortopedu. Na osnovu RTG snimka postavlja se sumnja na Tu femoris l.sin. Dalje se upućuje u Klinički centar Novi Sad radi dodatne dijagnostike. Na MR leve natkoljenice uočava se ekstenzivna lezija levog femura, agresivnih karakteristika sa ekstraosealnom mekotkivnom ekstenzijom u predelu dijafize. Uz korelaciju RTG lezije u prvom redu odgovara Ewing sarkomu. Na Institutu za onkologiju i radiologiju Srbije na osnovu PH nalaza potvrđuje se pretpostavljena dijagnoza i uočavaju se meta promene na plućima. Ordinira se hemioterapija po odgovarajućem protokolu. Nakon prve terapije, koju pacijent dobro podnosi, metastaske promene su u regresiji te se operativnim putem vrši resekcija dijafize femura sa transplantacijom. Sledi nastavak hemioth a zatim se sprovodi zračna terapija "kupanja pluća" uz dalju hemioterapiju. Nakon osam meseci radi se reosteosinteza i plastika pomoću homografta. Nakon mesec dana se konstatuju prvi znaci kalusa na proksimalnoj osteotomiji. Kontrolni UZ abdomena je bez patoloških promena.

ZAKLJUČAK: Dobro uzetom anamnezom i pravovremenim upućivanjem pacijenta u sekundarne i tercijalne zdravstvene ustanove uspevaju se staviti pod kontrolu i bolesti sa vrlo lošom prognozom kao što je osteosarkom Ewing. Sve ovo povećava šanse za kvalitetniji i duži život što je od neprocenljivog značaja a naročito kada je mlađa populacija u pitanju kao što je u ovom primeru slučaj.

Ključne reči: osteosarkom, ekstenzivne lezije, transplantacija, hemioterapija

e-mail: natasa063@yahoo.com

POREMEĆAJI REPOLARIZACIJE MIOKARDA KOD SPORTISTA - PRIKAZ SLUČAJA

Slobodan Stojiljković
ZDRAVSTVENI CENTAR KRUŠEVAC

UVOD: T talas elektrokardiografski beleži procese repolarizacije u miokardu. On je, po pravilu, negativan u odvodu aVR i pozitivan u II standardnom odvodu. Takođe, normalno je pozitivan u prekordijalnim odvodima V2-V6. U desnom prekordijalnom odvodu V1 on može biti negativan, bifazičan ili pozitivan. Kod dece je negativan T talas u desnim prekordijalnim odvodima fiziološki nalaz i predstavlja tzv. Juvenilnu sliku EKG-a. Geneza promena T talasa kod sportista dovodi se u vezu sa poremećajima vegetativnog nervnog sistema, hipertrofijom miokarda, elektrolitskim disbalansom i dr. Pravilno tumačenja promena repolarizacije kod sportista nije jednostavno i zahteva poseban oprez, pogotovu ako liče na nalaze koji se viđaju u nekim bolesnim stanjima (perikarditis, ishemijska bolest srca, metabolički poremećaji i dr.).

CILJ: Prikaz poremećaja repolarizacije miokarda kod sportiste i procena njegove sportske sposobnosti.

MATERIJAL I METODI RADA: Korišćeni su rezultati pregleda, testiranja i kliničkih ispitivanja u periodu mart 2008-decembar 2010. Fudbaler N.M. (11. 02. 1988.) student Fakulteta za fizičku kulturu, član nižerazrednog fudbalskog kluba javio se na sistematski pregled sportista 20. 03. 2008.g. Anamnestički: fudbal aktivno trenira 6 godina, puši 3 godine po 15 cigareta dnevno, otac boluje od arterijske hipertenzije. Negira ranija oboljevanja, teža povređivanja i hirurške intervencije. EKG snimak od 06. 11. 2002.g. negativan T talas u odvodima II, III, aVL i aVF, pozitivan u odvodu aVR i inkompletan blok desne grane Hisovog snopa. Ehokardiogram – nalaz uredan.

Na urađenom EKG-u registruju se negativni T talasi u odvodima I,II,III aVL, aVF i levim prekordijalnim odvodima V4-V6, pozitivan T u aVR kao i inkompletni blok desne grane. Isti nalaz reistruje se i 21. 03 2008.g. kada je upućen kardiologu kruševačke bolnice na pregled. Odbio hospitalizaciju. Na kardiološkom pregledu EKG nalaz identičan predhodnim, ehokardiogram u granicama normale, kardijspecifični enzimi (CK, CK-MP, LDH I troponin I) u fiziološkim granicama. EKG nalaz u toku testa opterećenja i nakon njega sličan predhodnim. Na holter monitoringu EKG nalaz identičan predhodnim, registruje se frekvenca od 40-120/min, bez poremećaja

ritma i AV sprovođenja. Dodatna ispitivanja urađena su na Institutu za kardiovaskularne bolesti Kliničkog centra Srbije i VMA. U toku 2008.g. urađena su 4 ehokardiograma, 4 testa opterećenja, 2 holter monitoringa, dopler protoka na srčanim ušćima, MSCT koronarografija, MZ srca i AT na coxaci viruse. Svi nalazi su bili u fiziološkim granicama, osim EKG nalaza. Radna dg. Promene u EKG-eu. U toku 2009.g. regidtruje se negativizacija T talasa I u odvodu V3. Tokom 2009.g. urađena su još 2 ehokardiograma i 2 testa opterećenja, ponovljen titar na coxaci viruse, nalazi su bili identični onim iz 2008.g. Marta 2010.g. urađena je transezofagealna ehokardiografija kojom je otklonjena sumnja na postojanje aneurizme interatrijalnog septuma. Na zadnjem kontrolnom pregledu decembra 2010.g. EKG nalaz identičan predhodnim.

ZAKLJUČAK: Iz navedenog prikaza može se, a i mora, sagledati dijagnostički značaj elektrokardiograma. EKG i dalje predstavlja moćno dijagnostičko sredstvo pomoću koga dobijamo saznanja o procesima polarizacije i repolarizacije miokarda i sprovođenju srčanih impulsa, kao i njihovim poremećajima. Svakom sportisti neophodno je pri svakom pregledu uraditi EKG a što je i preporuka evropskog Udruženja kardiologa. I pored svih navedenih dijagnostičkih ispitivanja ostalo je nerazjašnjeno zbog čega je došlo do poremećaja repolarizacije kod navedenog sportiste. Njemu je zabranjeno dalje aktivno bavljenje sportom.

Gljučne reči: T talas, repolarizacija, EKG, ehokardiogram, test opterećenja, holter

e-mail: stojiljkovicslobodan@yahoo.com

DEČAK SA METILMALONSKOM ACIDEMIJOM-PRIKAZ SLUČAJA

Mirko Nikolić (1), Bojana Cokić (1), Bratimirka Jelenković (1), Ljiljana Jovanović (1), Brankica Vasić (2)
ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (1) PEDIJATRIJSKA SLUŽBA, (2) DEČIJI DISPANZER

Metilmalonska acidemija je autozomnorecesivna nasledna bolest. Postoji defekt enzima metilmalonil-CoA mutaze ili defekt u stvaranju adenoilkobalamina, vitamin B12 kofaktora za pomenuti enzim. bolest se javlja sa učestlošću 1 u 50000 do 100 000 ljudi.

Klinički se karakteriše povraćanjem, dehidratacijom, mišićnom slabošću, zastojeom u rastu i razvoju, preteranim umorom (letargija) i usporenom napredovanju u težini. Dugoročni problemi uključuju probleme u ishrani, intelektualni invaliditet, hronična bolest bubrega. Bez lečenja ovaj poremećaj može dovesti do kome i smrti u određenim slučajevima.

Odojčad i deca sa metilmalonskom acidemijom (MMA) u povećanom su riziku od metaboličke dekompenzacije naročito tokom epizoda povećanog katabolizma (npr infekcije, trauma, hirurška intervencija, psihosocijalni stres...).

LIČNA ANAMNEZA: Drugo dete iz uredne trudnoće, porođaj završen u terminu carskim rezom. PM-2 900 g.U četvrtom danu upućen u Institut za Neonatologiju zbog gubitka u telesnoj masi. U Institutu za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije "Dr Vukan Čupić" Novi Beograd postavljena dijagnoza METILMALONSKA ACIDEMIJA. Uredno vakcinisan. Inače više puta hospitalizovan zbog pogoršanja osnovne bolesti i u IMD i u Dečijem odeljenju ZC Zaječar.

PORODIČNA ANAMNEZA: dete iz prve trudnoće egzistiralo u sedmom danu života pod slikom teške metaboličke acidoze, precizna dijagnoza nije postavljena. Mlađi brat zdrav.

Opis šest hospitalizacija u periodu januar 2011.- januar 2012. godine (u uzrastu od sedme do osme godine života) u Dečijem odeljenju ZC Zaječar. Tokom svih hospitalizacija glavna tegoba je povraćanja koje je dva puta bilo praćeno i respiratornim infekcijama. Nekoliko dana pred svaki prijem počinje da povraća, slabije unosi tečnost i hranu, malaksao je. U statusu dominira dehidratacija, miris na aceton i malkasalost. Ostali nalaz po organima i sistemima je uglavnom bio uredan (osim kod pridruženih respiratornih infekcija). Telesna masa je 14,5-14,14,7 kg. redovno uzima svoju terapiju iz IMD propisanu od strane metabologa i nutricioniste (Acidi citrici, K-Citrici, carnitin, Folan, Alopurinol). U KS Hb ispod graničnih vrednosti, ukupni proteini-55 g/l, albumini-55 g/l, urea, kreatinin, transaminaze, CPK, LDH u granicama referentnih vrednosti. pH se kretao od 7,01-7,35. Najmanja vrednost pH-6,99. BE do minus 25. TCO₂-7,2. Lečen po preporukama za osnovnu bolest i u dogovoru sa metabologom iz IMD- nakonada tečnosti, sprečavanje hipoglikemije, nadoknada bikarbonata i pp kalijuma kada je bio onemogućen peroralni unos tečnosti. Tokom dve od šest hospitalizacija upućen je u IMD zbog teške kliničke slike uprkos adekvatnoj terapiji.

Prikazan je dečak koji boluje od retke metaboličke bolesti koji se leči i kontroliše u tercijarnoj ustanovi zbog multidisciplinarnog tima, ali je povremeno potrebno da se leči u ustanovi sekundarnog nivoa.

Bolesnici s već postavljenim dijagnozama naslednih metaboličkih bolesti koje se mogu sresti u metaboličkim krizama trebaju imati jasno pisana uputstva o njihovom zbrinjavanju i teže dostupne lijekove. Postupak prijema u bolnicu treba skratiti.

Ključne reči: metaboličke bolesti, metilmalonska acidemija.

e-mail: mirkonik@mediananis.net

NASLOV SESIJE: KAZUISTIKA

- POSTER PREZENTACIJE -

LICHEN PLANUS EXFOLIATIVUS- PRIKAZ SLUČAJA

N.Trailović (1), M.Trailović (2), V.Brujić (2), N.Marković (3), I. Trailović (4), L.Trailović (1)

(1)ZDRAVSVENI CENTAR ZAJEČAR, 2MUP SRBIJE, SEKTOR ZA VANREDNE SITUACIJE NIŠ,
(3)POLIKLINIKA "NIROSSHI" NIŠ, (4)POLIKLINIKA,"INTERLAB" ZAJEČAR

UVOD: Lichen planus je hronična dermatoza koju karakteriše erupcija voštano sjajnih i ljubičastih poligonalnih papula sa tankom skvamom, uglavnom na pregibima, podlakticama, potkolenicama, sa zahvatanjem sluzokože usta, genitalnija a ponekad i noktiju i poglavine. Uzrok bolesti je nepoznat, mahanizam nastanka je celularni imuni odgovor na nepoznati antigen. Uglavnom ima spontano rezulptivni tok, tj. prolazi sama od sebe posle različitog perioda vremena, koji se kreće od nekoliko meseci do nekoliko godina.

CILJ: Cilj je da se upoznaju kolege drugih specijlanosti sa različitim varijetetima iste dermatoze, koja može podsećati ili ličiti na mnogo teže bolesti, kao što su sekundarni sifilis, lichen simplex chronicus, lichen amyloidosis, eritemski lupus, GVHD, lekovima izazvane lihenoidne reakcije.

MATERIJAL I METODI RADA: Prikazujem pacijentkinju M.G. 68 god. iz Boljevca, koja se prima na stacionarno lečenje zbog opsežnih diseminovanih papula po koži čitavog tela trupa, ekstremiteta, kose i sluzokožama. Osnovna eflorescencija za lichen je poligonalna papula, jasno ograničena, ravne površine, okomitih ivica, voštano-sjanog izgleda, bledoružičaste do ljubičastocrvene boje. Kod većine akutnih erupcija vide se nakon traume linerane promene uz pojavu izomorfnog nadražajnog efekta (Koebnerov fenomen). 15 do 25 % svih bolesnika ima lichen planus mucosae. Promene su tipično na bukalnoj sluzokoži u vidu beličaste ili sivkaste mrežice, koja potiče od pojačane keratinizacije. Mogu se javiti i na drugim sluzokožama kao što su usne, jezik, nepce, tonzile, na korpusu i glansu penisa, vulvovaginalno, ali i na invinumu i perirektalno. Promene kod pacijentkinja nisu bile tipične za lichen što prikazujem foto dokumentacijom promena na koži. Nakon hospitalnog lečenja, lokalne Crio terapije, kao i antipruriginozne terapije dolazi do poboljšanja, pruritus smanjen, nema novih promena.

REZULTATI RADA: Postoje 5 varijanti u lokalizaciji i 10 varijanti u morfoligiji lichen planus-a. Ovde se radilo o Lichen Erythematosus -u što je i patohistološki potvrđeno biopsijom kože, koja je urađena na Klinici za kožne i polne bolesti KC NIŠ. Pacijentkinja je i dalje pod nadzorom i sa lokalnom i opštom terapijom, antipruriginoznom / antihistaminici i kortikosteroidi/, bolje se oseća.

ZAKLJUČAK: U toku rada u dermatološkoj ambulanti često može doći do pogreške u dijagnostici i terapiji određenih vrsta dermatoza, zbog sličnosti u izgledu i lokalizaciji, kao i zbog različitih varijanti sutih dermatoza, tako da je u pojedinim slučajevima pored pregleda od strane dermatologa potrebno uraditi i biopsiju kože i pathostološki potvrditi dijagnozu. Terapiju treba započeti najbolje nakon određene adekvatne dijagnostike, naročito u ovakvim slučajevima.

KRVARENJE IZ DIGESTIVNOG TRAKTA

Biserka Stajić

DOM ZDRAVLJA SMEDEREVSKA PALANKA

UVOD: Krvarenje iz digestivnog trakta je ozbiljan klinički problem, koji u najvećem broju slučajeva zahteva hospitalizaciju. Akutna krvarenja zbog kliničke slike, urgentne terapije i dijagnostike je prioritet prehospitarnog i hospitalnog lečenja. Krvarenje digestivnog trakta mogu biti iz gornjih partija od usne duplje do Treitzovog ligamenta, donjih partija ispod ligamenta. Najčešći uzroci gornje partije je peptički ulkus (35-50%), iz donjih partije divertikuloza (20-55%). Krvarenja imaju četiri forme: Jasna vidljiva (krvarenje iz gornjih partija), jasna vidljiva (krvarenje i donjih partija), okultna i skrivena. Klinički se manifestuju hematemezom, melenom, hematohezijom.

CILJ: Cilj rada je dijagnostikovanje krvarenja, određivanje forme i pravovremeno slanje specijalisti.

MATERIJAL I METOD RADA: Pacijenti koji su dolazili na pregled zbog bolova u trbuhu, praćenih krvarenjem ili bez njega.

REZULTATI: Zbog bolova u trbuhu javlja se veći broj pacijenata različite životne dobi kod kojih su prisutna vidljiva krvarenja, bilo iz gornjih ili donjih partija digestivnog trakta. Obično su praćena bolovima.

Slučaj devojčice uzasta 11 godina. Dolazi iz škole zbog bolova u predelu želuca i povraćanja krvi i sukrvice. Bolovi su praćeni mučninom i nagonom za povraćanjem. Bolevi se kod devojčice javljaju sezonski, proleće-jesen, praćeni su mučninom, malaksalošću i slabijim apetitom kao i krvarenjem. Javljaju se dva puta mesečno tokom dva do tri dana. Porodična anamneza pozitivna, baka po majci imala operaciju želuca zbog krvarenja a majka ima bolove u želucu. Upućena je gastroenterologu radi postavljanja konačne dijagnoze.

Slučaj devojčice uzrasta 16 godina. Dolazi zbog bolova i krvarenja akutnog iz rektuma. Anamnestički u ishrani koristi suhu hranu i fizički je neaktivna. Ovakve tegobe javljaju se dva puta nedeljno, stolica neuredna i praćena obilnim krvarenjem, nije se do tad obraćala lekaru. Pri pregledu krvarenje iz rektuma, vidljivi su spoljašnji hemoroidi, pregled jako bolan. Malaksala je, otežano hoda, bleđa. Upućena je gastroenterologu radi postavljanja konačne dijagnoze.

Slučaj dečaka uzrasta 19 godina. Dolazi zbog bolova u želucu koji opisuje kao bolove "čupanja", bez širenja bola. U jutarnjim časovima primio ranisan i klometol, bez efekta. Poslat hirurgu, nakon čijeg učinjenog pregleda je urađena apendektomija. Posle osveščivanja, dečak i dalje ima jake bolove u želucu i iznenada povraća preko litra sveže krvi. Zbog lošeg opšteg stanja, pada krvnog pritiska, stanja šoka, hitno prebačen u Beograd u urgentni centar gde je nakon rehidracije i transfuzije urađena dvotrećinska resekcija želuca.

ZAKLJUČAK: Akutne bolove u digestivnom traktu koji su praćeni krvarenjima ili podacima da je bilo krvarenja, treba shvatiti ozbiljno. Potrebno je preduzeti adekvatnu terapiju, naročito obratiti pažnju na obilna krvarenja koja po svojoj ozbiljnosti i težini kliničke slike mogu dovesti do ireverzibilnosti i svaka terapija je nemoguća. Osim konzervativne terapije treba misliti i na hiruršku intervenciju kao jedinu moguću meru. Od bitnog značaja je anamneza, kao i ukazivanje na genetiku, a u slučaju bola i krvarenja iz želuca sumnjati na H.pylori i vršiti njegovu eradikaciju.

Ključne reči: Krvarenje, dete, digestivni trakt, komplikacije

e-mail: biserka.stajic@gmail.com

EFFUSIO PLEURAE KOD DESETOGODIŠNJEG DEČAKA - PRIKAZ SLUČAJA:

Ljiljana Jovanović (1), Bojana Cokić (1), Mirko Nikolić (1), Bratimirka Jelenković (1), Brankica Vasić (2)

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (1) PEDIJATRIJSKA SLUŽBA, (2) DEČIJI DISPANZER

UVOD: Klinička slika i RTG pleuralnog izliva, bez obzira na etiologiju uvek je ista. Najčešći simptomi su bol i dispnea. Bol je oštar u vidu proboda, minimalan uz mirne respiracije, intenzivan u dubokoj inspiraciji. Dispnea se pojavljuje kada pleuralni izliv mehanički sprečava ventilaciju, a zavisi od zapremine eksudata i od prethodnog stanja pluća. Bolesnik šteti obolelu stranu, jer svaki pokret pojačava bol. Pleuralni izliv nastaje usled oboljenja pleure. To je patofiziološka promena nakon oboljenja pluća, medijastinumska pleuralna oboljenja sa uzročnicima: srčana insuficijencija, plućni limfomi. Tečnost se nakuplja u pleuri, kada stvaranje premašuje apsorpciju postoji povećano stvaranje tečnosti iz plućnog prostora, parijetalne pleure, peritonealne duplje, ili je smanjeno uklanjanje tečnosti limfnim putem. Izliv u pleuru može biti serozan, zapaljenjski,

purulentan. Dijagnoza: se postavlja na osnovu anamneze, kliničke slike, objektivnog pregleda, laboratorijske analize, RTG, UZ, CT-a, biopsije pleure i punkcije.

PRIKAZ: Prikazujemo dečaka koji se prvi put javio u Dečije odeljenje ZC Zaječar zbog zamaranja, otežanog disanja i bola pri disanju. Učinjena grafija pluća pokazuje pleuralni izliv. Dečak biva upućen u Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije "Dr Vukan Čupić" Novi Beograd. Nakon boravka u odeljenju intenzivne nege i na odeljenju kardiologije gde je lečen pod uputnom dijagnozom Effusio pleure I. sin dečak se prevodi na odeljenje hematološke, gde se posle histopatološkog nalaza potvrđuje dijagnoza Non Hodgkinovog lymfoma C 82. Nakon sprovedene terapije po protokolu AIEOP NHL 97u trajanju od četiri meseca završeno je intenzivno lečenje. Nakon mesec dana javlja se u Dečije odeljenje u Zaječaru. Tri dana pre prijema imao je povišenu temperaturu do 39°C, žalio se na bol u levom ramenu i zamaranja, a od pre dva dana kašlje. Na učinjenoj grafiji pluća ponovo se registruje pleuralni izliv, a postoji i klinička sumnja na perikardni izliv. Dečak je upućen u tercijarnu ustanovu u kojoj se inače kontroliše. Pri pregledu dečak je bleđ, febrilan, svestan. Auskultatorno na plućima oslabljen disajni zvuk, srčana radnja ritmična, tonovi nešto tiši. SF-96/min. Nakon sprovedenog lečenja (antimikrobna i antiinflamatorna terapija) osmog dana dolazi do povlačenja izliva. Sprovedenim ispitivanjima ni u tercijarnoj ustanovi nije ustanovljena etiologija febrilnosti kao i eksudativnog perikarditisa i pleuritisa.

ZAKLJUČAK: Na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite treba iskoristiti dostupne metode za postavljane dijagnoze, a naročito misliti da pleuralni izliv nije tako redak u dece i mladih.

Ključne reči: pleuralni izliv kod dece.

e-mail: veraza@open.telecom.rs

STRES HIPERGLIKEMIJA KOD PACIJENTA SA AIM – PRIKAZ SLUČAJA

Miodrag Branković

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ NIŠ

UVOD: Stres hiperglikemija predstavlja povišene vrednosti šećera u krvi kao posledicu aktivacije simpatičkog nervnog sistema i povećane produkcije kateholamina (adrenalina i noradrenalina), kortizola, glukagona, hormona rasta, interleukina, kod organizma izloženog stresu. Ovi hormoni su odgovorni za insulinsku rezistenciju, zbog čega se istovremeno javlja hiperglikemija, hiperinsulinemija i insulinska rezistencija. Postojanje stres hiperglikemije pogoršava tok bolesti, povećava broj komplikacija i povećava procenat smrtnog ishoda. Postojanje ove pojave nije isključivo povezano sa pacijentima koji već boluju od DM, već se sreće i kod teških bolesti poput teške traume, sepse, moždanog udara i kod bolesnika sa akutnim infarktom miokarda.

CILJ RADA: Ukazati na značaj merenja glikemije i pojave stres hiperglikemije, udružene sa drugim teškim bolestima, na konačan ishod bolesti.

METOD: Retrospektivna analiza lekarskih izveštaja ekipa ZZHMP kao i medicinske dokumentacije klinike za kardiologiju.

REZULTAT (PRIKAZ SLUČAJA): Pacijent, starosti 61g, zbog povišenih vrednosti krvnog pritiska, praćen povremenim osećajem gušenja, bola u sredogrudi i ramenima (dominantno u predelu levog ramena) sa širenjem bola do prstiju šake kao i bola ispod leve plečke, poziva službu HMP. U toku popodneva pacijent je bio pregledan od ekipe HMP, kada je konstatovan povišen pritisak (220/110mmHg) a od terapije je u tom trenutku dobio 2 Amp. Lasix i.m i Tabl. Zorkaptil 25mg s.l. U toku večeri pacijent ponovo zove službu hitne pomoći, navodeći da se tegobe nisu značajno smanjile. Prilikom drugog pregleda, navodi iste tegobe, negira ranije bolesti, od lekova povremeno uzima Tabl. Zorkaptil. Fizikalni nalaz: srčana akcija ritmična, tonovi jasni, nalaz na plućima uredan. Dijagnostičke metode: TA 180/110, EKG- sin. ritam, SF-75min, ST-elevacija V1-V6 i V1R-V3R; Glikemija-26mmol/L. Pacijentu je na licu mesta otvorena venska linija i data odgovarajuća terapija po protokolu za akutni koronarni sindrom. Po prioritetu prvog reda hitnosti pacijent je prebačen do klinike za kardiologiju Kliničkog Centra Niš gde je urađena dalja invazivna dijagnostika i sprovedene ostale terapijske mere sa ugradnjom stenta. Pacijent je nakon 5 dana bolničkog lečenja otpušten uz preporuku rehabilitacije u Institutu Radon u Niškoj Banji.

DISKUSIJA: Stres hiperglikemija prisutna je kod 5-30% pacijenata sa AIM, apopleksijom, sepsom, traumom ili drugom teškom bolešću (rezultati na globalnom nivou). Na našem materijalu taj procenat se kreće oko 5%. Pacijenti sa AIM, kod kojih postoji stres hiperglikemija, razvijaju veće infarkte, češća je srčana slabost ali i smrtni ishod kako u bolničkim tako i u vanbolničkim okolnostima. Znacajnu ulogu u nastanku stres

hiperglikemije može imati i primena lekova koji povećavaju insulinsku rezistenciju – kod bolesnika sa AIM to su prvenstveno diuretici i β -blokatori. Brojne kliničke studije, u kojima je primenjivana fibrinolitička terapija i tretmanu AIM, pokazale su da je stres hiperglikemija loš prognostički znak. Stres hiperglikemija pozitivno korelira sa izostankom protoka kroz infarktnu arteriju na prijemu bolesnika sa AIM.

ZAKLJUČAK: Primarni i osnovni cilj ovog rada je ukazati na važnost merenja vrednosti glikemije pacijenata sa AIM na prehospitalnom i hospitalnom nivou, koji se leče trombolitičkom terapijom ili perkutanom koronarnom intervencijom a u cilju prevencije mogućih komplikacija i konačnog ishoda bolesti.

TEŠKA PNEUMONIJA IZAZVANA VIRUSOM INFLUENCE A (H1N1)

Dejan Cvjetković(1), I.Hrnjaković Cvjetković(2), B.Tomašev(1), J.Jovanović J(1), S. Stefan-Mikić(1), S. Sević (1)
(1) KLINIČKI CENTAR VOJVODINE KLINIKA ZA INFEKTIVNE BOLESTI, (2) INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE VOJVODINE

UVOD: Vodeći klinički sindrom odgovoran za hospitalizaciju bolesnika s influencom A (H1N1) je difuzna virusna pneumonija udružena s hipoksemijom i akutnim respiratornim distres sindromom. Radiografija pluća otkriva obično difuzne mešane intesticijalne i alveolarne infiltrate, iako se sreće i lobarna ili multilobarna distribucija, posebno kod bolesnika s bakterijskom koinfekcijom; mogući su i manji pleuralni izlivi. Ovu komplikaciju često prati pogoršanje respiratorne funkcije 4.- 5. dana gripa, a neretko je neophodna intubacija s mehaničkom ventilacijom.

CILJ: Da se lekarima primarne zdravstvene zaštite ukaže na značaj pravovremenog i adekvatnog dijagnostičko-terapijskog pristupa bolesnika s gripoznim sindromom zbog mogućnosti ozbiljnih, po život opasnih respiratornih komplikacija gripa.

MATERIJAL I METODI RADA: Opisan je slučaj ozbiljne hospitalno lečene obostrane pneumonije u sklopu pandemijskog gripa A(H1N1).

REZULTATI: Bolesnica stara 18 godina hospitalizovana je na Klinici za infektivne bolesti 5. dana od pojave visoke febrilnosti, suvog kašlja i malaksalosti. Razbolela se u toku boravka na dačkoj ekskurziji u Španiji. Zbog pogoršanja opšteg stanja i respiratorne simptomatologije hospitalizovana u bolnici u Sremskoj Mitrovici gde je radiografski verifikovana pneumonija i bolesnica lečena ceftriaksonom i ciprofloksacinom. Zbog pogoršanja opšteg stanja i radiografskog nalaza pluća primljena je na Institut za plućne bolesti Sremska Kamenica. Dokazivanjem virusnog genoma PCR testom u brisu guše (Institut "Torlak") potvrđena je infekcija virusom influence A(H1N1) i bolesnica premeštena na Kliniku za infektivne bolesti. Pri prijemu na Kliniku radiografski su evidentirane "obostrane mrljaste, delom slivene senke konsolidacije plućnog parenhima većeg dela lobusa oba plućna krila; kostofrenični sinusi minimalno plići, pa se ne može isključiti manji pleuralni izliv". Laboratorijski nalazi: lkc 6,0, gr 77,8%, ly 19,4, mo 2,7, eo 0,1, ery 4,3, hgb 12,5, trc 212, SE 46/78, prokalcitonin 1,1, fibrinogen 7,3, urin-proteinurija 2+, ŠUK 5,6, urea 3,0, kreatinin 84, uk. bili 7,0, dir. bili 1,8, ALT 14, AST 26, GGT 16, uk. proteini 58. Bolesnica je od prijema na Kliniku za infektivne bolesti lečena oseltamivrom 5 dana u dozi 2x75 mg dnevno. Iako je radiografski nalaz pluća prvenstveno odgovarao virusnoj (intersticijalnoj) pneumoniji, nije se mogla isključiti ni bakterijska koinfekcija pluća. Zato je, uz konsultaciju pneumoftiziologa, uključena i parenteralna antibiotska terapija u vidu kombinacije ceftazidima (2x2 g) i azitromicina (500 mg dnevno). Zbog izostanka kliničkog poboljšanja, razvoja tahidispnee, tahikardije i (u dva navrata) pojave hemoptizije načinjen je kontrolni RTG snimak pluća s nalazom "gušćih i konfluentnijih promena" i veće zahvaćenosti plućnih polja u odnosu na prethodni snimak. Uključena je oksigenoterapija preko nazalnog katetera. Međutim, i pored primenjene oksigenoterapije hipoksemija je progredirala (pO₂ 75...58...59) uz uređan PCO₂ (pCO₂ 32...28...28...34 mmHg). U dogovoru s pneumoftiziolozima bolesnica je premeštena u jedinicu intenzivne nege (JIN) Instituta za plućne bolesti radi nastavka lečenja. Ishod lečenja bio je povoljan i oporavljena je otpuštena kući.

ZAKLJUČAK: Prikazan je hospitalno lečen slučaj bilateralne pneumonije u sklopu influence A(H1N1). Iako nepovoljnog toka, bolest je imala povoljan ishod. Brzo postavljanje dijagnoze, rano započinjanje antivirusne i antibiotske terapije i preusmeravanje bolesnika u JIN u uslovima rapidnog pogoršanja plućne funkcije prioritet je nadležnih zdravstvenih službi u pandemiji influence A(H1N1).

Ključne reči: pneumonija, influenza A(H1N1).

e-mail: ivacvj@gmail.com

NATRIJUM-VALPROAT JE INDUKOVAO ATAKSIJU KOD 7 GODINA STAROG PACIJENTA

Vesna V. Radović

STADA HEMOFARM A.D. BEOGRAD

Kod pacijenta starog 7 godina je nakon peroralne primene preparata Eftil (INN: natrijum-valproat) 5,764 g/100 ml, sirup, indukovana ataksija. Pacijent se od jula 2011. godine leči od epilepsije. Prvobitno je u terapiju bio uključen karbamazepin, a krajem septembra i natrijum-valproat. Doza natrijum-valproata je titrovana u intervalima od 3 dana, pa je nakon 15 dana postignuta optimalna terapijska doza od 450 mg/dan. Dvadesetak dana od početka primene natrijum-valproata, roditelji su primetili da dete nestabilno hoda, povremeno "klecne" i izgubi ravnotežu. Planirano je određivanje nivoa natrijum-valproata u serumu, i eventualna korekcija doze. Koncentracija karbamazepina nalazila se u terapijskom opsegu. Zbog zadovoljavajućeg kliničkog odgovora, terapija antiepilepticima je nastavljena u istoj dozi. Režim doziranja natrijum-valproata: 250 mg + 0 + 200 mg. Režim doziranja karbamazepina: 160 mg + 0 + 160 mg. Indikacija: epilepsia partialis continua. U terapiji su davani konkomitantni lekovi: Tegretol (INN: karbamazepin) 1000 mg/5 ml, sirup. Prema podacima navedenim u Sažetku karakteristika leka (engl. SPC), odnosno Uputstvu za pacijenta (engl. PIL), tremor, ataksija, glavobolja, sanjivost, produženo vreme krvavljenja, trombocitopenija, petehijalna krvavljenja, retko leukopenija, anemija, prolazni gubitak kose, raš kože i hiperamoniemija. se mogu ispoljiti bilo kada tokom primene leka. U ovakvim slučajevima lek bi trebalo odmah obustaviti, a pacijenta pratiti kako bi se osiguralo potpuno povlačenje simptoma. Polazeći od podataka iznetih u SPC-u, odnosno PIL-u, relevantne medicinske literature, kao i kriterijuma za procenu ozbiljnosti neželjene reakcije na lek (NRL), može se zaključiti da je reč o očekivanoj neželjenoj reakciji koja nije ozbiljnog karaktera

Ključne reči: natrijum-valproat, ataksija, neželjena reakcija

e-mail: veradovic@beotel.rs

PARACETAMOL JE INDUKOVAO KRVARENJE IZ NOSA KOD 23 GODINE STAROG PACIJENTA

Vesna V. Radović

STADA HEMOFARM A.D. BEOGRAD

Pacijent starosti 23 godine je nakon peroralne primene paracetamola u terapiji povišene temperature i bolova razvio krvarenje iz nosa (nekada oskudno, nekada obimno krvarenje). Taj problem postoji desetak godina unazad (od 2000 god.). Pacijent negira postojanje kardiovaskularnih i hematoloških poremećaja. Od drugih relevantnih stanja prisutni: alergija na acetilsalicilnu kiselinu, i povremeno alergijski rinitis. Ispoljena reakcija je prestala nakon prestanka primene leka, a ponovo se javila posle ponovnog davanja leka. Ishod neželjene reakcije je oporavak.

Neželjena delovanja paracetamola su retka. Moguće su alergijske reakcije poput kožnih osipa. Zabeleženi su veoma retki slučajevi poremećaja krvi (smanjenje broja krvnih ćelija i pločica). U slučaju učestalijeg krvarenja iz nosa, lakog nastajanja modrica, sklonosti češćoj pojavi infekcija, potrebno je obratiti se lekaru.

U bazi Nacionalnog Centra za Farmakovigilansu (NCF) nije evidentirano povećanje incidence ispoljavanja ove neželjene reakcije pri primeni leka Paracetamola. S obzirom na to da se radi o pojedinačnom slučaju, bezbednosni profil leka ostaje i dalje nepromenjen.

Polazeći od podataka iznetih u Sažetku karakteristika leka (engl. SPC), odnosno Uputstvu za pacijenta (engl. PIL), relevantne medicinske literature, kao i kriterijuma za procenu ozbiljnosti neželjene reakcije na lek (NRL), može se zaključiti da je reč o očekivanoj neželjenoj reakciji koja nije ozbiljnog karaktera.

Ključne reči: paracetamol, krvarenje iz nosa, neželjena reakcija

e-mail: veradovic@beotel.rs

DIJAGNOSTIKA I LEČENJE HIPOTROFIJE INFRASPINATUSA - PRIKAZ SLUČAJA

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

(1) SPEC. ORDINACIJA "SPORTREHAMEDICA" ZRENJANIN, (2) DOM ZDRAVLJA NOVISAD, (3) DOM ZDRAVLJA ŽITIŠTE

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

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

MATERIJAL I METODI RADA: U dijagnostici - Rtg ramena, EMG, laboratorijski nalazi. Korišćenje ultrazvukom vođene infiltracije, kao i standardnih fizikalnih procedura uz periodičnu kontrolu toka lečenja ultrazvučnim aparatom. REZULTATI: (PRIKAZ SLUČAJA): Odbojkaška reprezentativka uzrasta 19 godina se javlja sa bolovima u desnom ramenu i desnoj lopatici. Oblektivni nalaz: izrazita hipotrofija desnog m. infraspinatusa sa izraženom bolnom osetljivošću u predelu medijalnog i donjeg ugla desne lopatice. Rtg desnog ramena i laboratorijski nalaz uredni. Na EMG nalazu se konstatuje kompresija n. supraspinatusa u predelu medijalnog ugla desne lopatice. Na ultrazvučnom nalazu se konstatuju veće hiperehogene formacije u predelu medijalnog i distalnog ugla desne lopatice. Lečenje: Pod kontrolom ultrazvuka, Shiba iglom sa obeleženim vrhom izvršena je infiltracija steroida sa lokalnom anestetikom u uočene formacije. Nakon sedam dana krenulo se sa terapijom IFS, Laserom i EF. Nakon dve nedelje kontrolni ultrazvučni nalaz pokazuje normalizaciju stanja u predelu medijalnog i distalnog ugla desne lopatice. Tada se pristupa stimulaciji m. infraspinatusa i jačanju komplementarnih mišića - m. teres minor i m. trapeziusa. Paralelno se intenzivno radilo na vežbama za pozicioniranje karlice i ramenog pojasa. Nakon pet nedelja od početka lečenja, krenulo se sa uvodom u trening i priključenjem reprezentaciji na bazičnim pripremama.

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

Ključnereči: Odbojka, hipotrofija infraspinatusa

e-mail: ilukica@yahoo.com

POJAVA HRONIČNOG AUTOIMUNSKOG HEPATITISA U BOLESNICE SA ULCEROZNIH KOLITISOM

Z. Antić (1), J. Vidić (2), Z. Antić (1), J. Terzić (1), G. Vidić (3), D. Mustur (4), V. Slavić (4)

(1) ZDRAVSTVENI CENTAR ALEKSINAC, (2) RZZOZ NIŠ, (3) ORTOPEDSKA KLINIKA KC. NIŠ, (4) INSTITUT "SIMO MILOŠEVIĆ", IGALO

UVOD: Autoimunski hepatitis je hronična inflamacijska bolest sa gubitkom tolerancije prema sopstvenom tkivu jetre i posledičnom destrukcijom parenhima jetre. Iako postoji jasno definisana genetska predispozicija za nastanak autoimunskog hepatitisa, bolest može da se javi i u sklopu sistemskih i drugih bolesti pa i kod ulceroznog kolitisa

CILJ RADA: Prikaz bolesnice sa autoimunskim hepatitisom u sklopu ulceroznog kolitisa

PRIKAZ BOLESNIKA: Bolesnica stara 55 god. se od 2002. god leči od ulceroznog kolitisa koji je biopski potvrđen. Počev od marta 2006 god. u više navrata je lečena na Klinici za Reumatologiju Niška Banja, kada je postavljena dijagnoza spondiloartropatije i savetovana je terapija sulfasalazinom 3 gr. dnevno. Bolest je imala progredijentan karakter pri čemu bez obzira na kontrole i redovnu terapiju, dolazi do inteziviranja tegoba i pojave propratnih komplikacija – dijabetes melitusa. Avgusta 2011. god. zbog povišenih vrednosti transaminaza iz terapije isključen sulfasalazin, kada navodi i pojavu crvenila po licu koje se pojačava pri izlaganju suncu, vaskulitisne tačkaste promene na potkolenicama izrazitu bol i ukočenostu svim zglobovima i kičmenom stubu. Bolesnica od tada ne kontroliše sfinktere i žali se na bol i nadutost trbuha. Pod sumnjim na SBVT (Sistemsku bolest vezivnog tkiva) ispitana klinički i laboratorijski kada i pored pozitivnih anti ds DNA antitela, po nalazu reumatologa nema elemenata za sistemsku bolest. U objektivnom nalazu gastroenterologa između ostalog se konstatuje opipljiva jetra do 2 cm ispod desnog rebarnog luka. U laboratorijskim analizama aspartat

aminotransferaza (AST) je bila 243 IJ/l, alaninaminotransferaza (ALT) 417 IJ/l, u elektroforezi proteina gama-globilini 48,5%, imunoglobulin G 56,5 g/l, SE 68, TBIL 15,8, DBILC 11,6 . Isključeno je i prisustvo virusne bolesti jetre (HBsAg, antiHBc, anti-HCV, anti HAVIgM su negativni).

Biopsijom jetre od 16.09.2011 potvrđen je hronični autoimuni hepatitis uz fibrozu jetre lakog stepena. Započeta je primena imunosupresivne terapije sa azatioprinom koja je dovela do brzog pada aktivnosti serumskih transaminaza, vrednosti gama-globulina i imunoglobulina G.

ZAKLJUČAK: Kompleksni klinički nalaz kod prikazane bolesnice ukazuje na preklapajući sindrom koji obuhvata autoimuni hepatitis i oštećenja jetre uzrokovana lekovima.

Ključne reči: Autimunski hepatitis, komplikacije, sulfasalazin.

e-mail: ortreum1@gmail.com

LH RH AGONISTI U TERAPIJI KARCINOMA PROSTATE - PRIKAZ SLUČAJEVA-

Nadežda Đurić, R. Mitrović, B. Jeremić, M. Matović, Z. Đurić, N. Pakević

ZDRAVSTVENI CENTAR VALJEVO

UVOD: Brojnim kliničkim ispitivanjima potvrđena je uspešnost hormonske terapije u lečenju metastatskog i lokalno uznapredovalog karcinoma prostate

CILJ: Prikazom četiri slučaja ukazati na efikasnost Lh Rh agonista u terapiji karcinoma prostate.

MATERIJAL I METODE: pacijent star 58 godina, RUC; inicijalni PSA 145 ng/ml u februaru 2010; Ph- Adeno Ca invasivum GR III, Gleason sc 6 (3+3); T2c N0 M1b; pacijent star 58 godina, inicijalni PSA 53 ng/ml u decembru 2009, Ph- Adeno Ca invasivum GR III, Gleason sc 9 (4+5); T3b N0 M0; pacijent star 71 godinu, inicijalni PSA 20 ng/ml u februaru 2007, RUC; Ph- Adeno Ca, GR II, Gleason sc 7 (3+4); T3a N0 M0; pacijent star 75 god, inicijalni PSA 70 ng/ml u septembar 2008, Ph- Adeno Ca GR II, Gleason sc 8 (5+3); T2c N0 M0;

Rezultati: prvi slučaj - od aprila 2010 do januara 2011 primio 4 depo doze Lh Rh agoniste uz nesteroidni periferni antiandrogen do normalizacije PSA; nakon druge promokrio spontano, jun 2010 PSA 2,47 ng/ml, testosteron na kastracijskom nivou, tromesečna kontrola do marta 2012 PSA u fiziološkim granicama, septembar 2010 scintigrafija skeleta bez progresije bolesti; drugi slučaj - od marta do septembra 2010 primio tri depo doze Lh Rh agoniste, od novembra 2010 do januara 2011 dobro podneo zračnu terapiju, do maja 2011 primio još dve depo doze Lh Rh agoniste, PSA jun 2010 2,61 ng/ml, testosteron na kastracijskom nivou, od septembra 2010 do oktobra 2011 šestomesečne kontrole PSA u fiziološkim granicama, CT male karlice bez progresije bolesti; treći slučaj - neoadijuvantno primio tri depo doze Lh Rh agoniste od maja zaključno sa novembrom 2007, PSA jun 2007. 7,8 ng/ml ,testosteron na kastracijskom nivou, nakon druge doze oslobođen od katetera, od jula do septembra zračen, dobro podneo, CT male karlice bez progresije bolesti, PSA od momenta prekida terapije praćen na 6 meseci u fiziološkim granicama; četvrti slučaj – neoadijuvantna terapija depo Lh Rh agonistom potom zračna terapija, nastavljeno sa adijuvantnom mono terapijom depo Lh Rh analogom godinu dana, postepen pad PSA do fizioloških vrednosti u maju 2009 PSA 0,12 ng/ml, testosteron na kastracijskom nivou, praćenje do 2010 ;rast PSA 1,4 -3,1 -22,5 ng/ml; na scintigrafiji skeleta ostaoblastične promene kičme, karlice i rebara, bez lokalnog širenja bolesti na CT-u male karlice, odmah uključena kombinovana androgena blokada, postepen pad PSA do 0,18 ng/ml u martu 2011, nema širenja metastatske bolesti, prekid terapije, kontrola PSA na 6 meseci do februara 2012 u fiziološkim granicama.

ZAKLJUČAK: prikazani slučajevi pokazuju efikasnost hormonske terapije ukoliko se poštuju indikacije za njihovu primenu.

Ključne reči: karcinom prostate, Lg Rh agonisti.

e-mail: nadezda.djuric70@gmail.com

URTICARIA E FRIGORE- URTIKARIJA NA HLADNOĆU - PRIKAZ SLUČAJA

Velina Petković (1), V. Glišić(1), A. Petković(2)

(1) ZASTAVA - ZAVOD ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU RADNIKA, KRAGUJEVAC, (2) MEDICINSKI FAKULTET, KRAGUJEVAC

UVOD: Urtikarija je u većini slučajeva imunološke prirode pri čemu su urtikarijalne promene izazvane imunološkim mehanizmom koji dovodi do oslobađanja medijatora iz mast ćelija kože. Međutim veliku grupu čine urtikarije čiji su etiološki faktori fizičke prirode.

CILJ RADA: Kako i na koji način prepoznati, dijagnostikovati i blagovremeno lečiti urtikariju e frigore, bolest koja se retko sreće.

METOD RADA: U radu je prikazana pacijentkinja stara 48 godina, koja dolazi zbog promena na koži otkrivenih delova tela, jutarnje ukočenosti i oticanja zglobova šaka.

Radi kao mesar u klanici i pri ulasku u hladne pogone dobija promene po koži.

REZULTATI: Objektivnim pregledom: afebrilna, eupnoična, aktivno pokretna. Na koži podlaktica i dekoltea makulopapulozne eflorescencije bez periferne limfadenopatije. Na plućima normalan disajni šum bez propratnog patološkog nalaza. Spirometrijski nalaz bez insuficijencije plućne ventilacije. ORL nalaz uredan. Biohemijska laboratorijska obrada: SE 14, CRP< 3, fibrinogen 2,3; komponente krvne slike, glikemija, azotne materije u krvi, hepatogram LDH, CK u granicama referentnih vrednosti. Urin i urinokultura: nalaz uredan. Stolica na parazite 3× :nalaz uredan. Imunološka obrada: C3, C4 komponente komplemeta i CIC u granicama referentnih vrednosti. Waaler Rose, ANA negativni, RF 20. Bris grla i nosa: bakteriološki i mikološki nalaz uredan. Kožne probe na standardne inhalatorne i nutritivne alergene negativne. Dozno provokacioni testovi in vivo na konzervanse i aditive hrane: negativni.

Test kockom leda: pozitivan. Rtg šaka : b.o. Kapilaroskopski nalaz : broj kapilara normalan. Raspored nepravilan. Kapilari izvijugani, mestimično suženi. Nema znakova snižene otpornosti. Konsultativni reumatološki pregled : nema znakova za zapaljenski reumatizam.

ZAKLJUČAK: Na osnovu anamnestičkih podataka i izvršenog ispitivanja može se zaključiti da pacijentkinja ima urtikariju na hladnoću. Takođe se može zaključiti da ne pripada grupi atopičara niti je senzibilisana na neki od inhalatornih i nutritivnih alergena. Negativni dozno provokacioni testovi na konzervanse i aditive hrane su negativni te iste može koristiti. Promene koje se javljaju pri izlaganju hladnoći nisu Fenomen Raunayd (kapilaroskopski nalaz normalan). Ne postoje klinički ni laboratorijski parametri za neku sistemsku bolest vezivnog tkiva. Neophodno je da se na radnom mestu ne izlaže hladnoći.

Ključne reči: Urticaria na hladnoću, test kockom leda

e-mail: velinapetkovic1@gmail.com

AKUTNI EDEM PLUĆA – PRIKAZ SLUČAJA

Emilio Miletić, D. Milijić, D. Mitrović, Ž. Milojić, I. Radosavljević

ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

UVOD: Akutni edem pluća je jedan od oblika ispoljavanja akutne srčane insuficijencije. Osobe sa akutnim edemom pluća spadaju u prvi red hitnosti zbrinjavanja Službe hitne medicinske pomoći (SHMP). Ishod njihovog zdravstvenog stanja zavisi od urgentnog terapijskog postupka i adekvatno primenjene terapije.

CILJ: Cilj rada je da prikazom slučaja pokaže simptome i znake akutnog edema pluća i da pokaže terapijske metode koje se koriste u zbrinjavanju osoba sa akutnim plućnim edemom u SHMP.

MATERIJAL I METODI RADA: Metod rada je prikaz slučaja jedne osobe sa akutnim edemom pluća, pacijenta SHMP. Materijal za izradu rada je korišćen iz protokola ambulantnih pregleda Službe hitne medicinske pomoći Zdravstvenog centra Knjaževac, broj protokola 765 od 30.03.2012. godine.

REZULTATI: Dana 30.03.2012. godine u 21.20 h u SHMP javila se muška osoba Č.I. zbog otežanog disanja, kašlja, slabosti i malaksalosti. Prilikom pregleda ove osobe utvrdio sam da su kod nje prisutni sledeći patološki znaci: anksioznost, gušenje jakog intenziteta, ubrzano plitko disanje, kašalj sa povremenim iskašljavanjem sluzavog penušavog ispljuvka, cijanoza centralnog tipa, oslabljen disajni šum sa masom inspirijumskih pukota difuzno obostrano čujnim nad plućnim krilima, umerena tahikardija, oslabljeni srčani tonovi, TA=180/100 mmHg, horizontalna depresija ST-segmenta i negativni T-talasi u I, aVI, V5 i V6 EKG odvodima. Odmah nakon pregleda su započete terapijske procedure: postavljen je u sedeći položaj, oksigenopotpoma pomoću maske,

plisirana intravenska braunila, 2 ampule furosemda od 20 mg intravenski u razmaku od 5 minuta, sprej gliceril trinitrat 3 doze po 0,4 mg sublingvalno na po 5 minuta, ½ ampule morfina od 20 mg intravenski, tableta kaptoprila 25 mg p.o. Nakon 10-15 minuta od date terapije dolazi do poboljšanja zdravstvenog stanja ove osobe, nakon čega je ona transportovana u sedećem položaju na interno odeljenje radi dalje terapije i opservacije.

ZAKLJUČAK: Nakon brzo primenjenih adekvatnih terapijskih postupaka u SHMP, došlo je do poboljšanja zdravstvenog stanja osobe sa akutnim edemom pluća, nakon čega je ona hospitalizovana na internom odeljenju radi dalje terapije i opservacije.

Ključne reči: akutni edem pluća , simptomi , znaci , terapija

e-mail: mileticemj@gmail.com

REANIMACIJA U SLUŽBI HITNE POMOĆI U NOVOM PAZARU

Damir Husović, Faruk Pašović, Aladin Husović, Mirsala Islamović-Aličković, Dejan Belojica

DOM ZDRAVLJA NOVI PAZAR

CILJ RADA. Cilj rada je bio da se prikažu reanimacione mere KPR (kardio pulmonalna reanimacija) koje su sprovedene nad pacijentom u službi hitne pomoći u Novom Pazaru, kod koga je akutni infarkt doveo do ventrikularne fibrilacije.

MATERIJAL I METODE. Ovim radom su prikazane mere KPR-a pacijenta koji je došao u ambulantu hitne pomoći u Novom Pazaru zbog bola u grudima, a kome se stanje naglo pogoršalo, izgubio je svest i prestao da diše.

REZULTATI. Bolesnik starosti 59 godina došao je u ambulantu hitne pomoći žaleći se na bol u grudima sa širenjem u epigastrijum. Krvni pritisak mu je bio 115/105 mmHg. Auskultacijom pluća, obostrano bazalno su bile čujne kasnoekspirijumske krepitacije i po koji vlažni šušanj. Bolesniku su aplikovani sledeći medikamenti: Nitrolingval sprej sublingvalno, Aspirin 100 mg per os, kiseonik putem nazalnog katetera, ampula Lasix-a intravenski u bolusu i postavljene elektrode elektrokardiografa (EKG). U tom trenutku bolesnik je počeo da krklja, izgubio je svest i postao cijanotičan. EKG je prikazivao ventrikularnu fibrilaciju (VF). Bolesnik je odmah defibriliran sa 180 J (bifaznim defibrilator). Kako je VF i dalje bila prisutna, započete su mere KPR-a, ventilacija samoventilirajućim balonom i srčana masaža u odnosu 2:30. Nakon četiri reanimaciona ciklusa i jedne ampule adrenalina date intravenski u bolusu, bolesnik je defibriliran sa 200 J. Ubrzo potom bolesnik je počeo spontano da diše i uspostavljena je srčana akcija, te je transportovan u koronarnu jedinicu internog odeljenja, gde je dijagnostikovao akutni infarkt donjeg zida srca.

ZAKLJUČAK. Pravovremeno započinjanje reanimacije koju sprovode dobro obučeni i uvežbani timovi hitne pomoći su ključni faktor za postizanje uspeha.

Ključne reči. Ventrikularna fibrilacija, reanimacija, defibrilacija.

e-mail: husovicdamir@yahoo.com

MULTIPLA SKLEROZA KOD ADOLESCENTKINJE - PRIKAZ SLUČAJA

Radmila Kosić, Mila Otašević, Marijana Genić

DOM ZDRAVLJA ZVEZDARA

UVOD: Multipla skleroza je neurodegenerativno oboljenje koje zahvata belu masu centralnog nervnog sistema. Tačan uzrok bolesti još uvek je nepoznat, ali mnogi istraživači početak bolesti dovode u vezu sa virusnom infekcijom koja kao "okidač" na genetski predisponiranom tkivu dovodi do autoimune reakcije - stvaranja odbrambenih mehanizama protiv vlastitog tkiva, mijelina. Nastavak procesa ide u pravcu nastanka plakova demijelinizacije, koji za posledicu imaju poremećeno, usporeno ili isprekidano sprovođenje impulsa kroz akson. U zavisnosti od mesta demijelinizacije javlja se motorna, senzitivna ili senzorijska simptomatologija. Tok bolesti je raznolik i nepredvidiv. Karakterišu ga faze pogoršanja i mirovanja (remisije) bolesti. Bolest se najčešće javlja kod odraslih osoba u tridesetim godinama života, žene oboljevaju tri puta češće od muškaraca. Moguća je pojava i kod dece mlađe od 15 godina.

CILJ rada je da se skrene pažnja na ovo oboljenje koje je retko kod dece i na magnetnu rezonancu kao suverenu metodu u dijagnostici ove bolesti.

MATERIJAL I METODI RADA: Dijagnoza je postavljena na osnovu anamneze, neurološkog pregleda, somatosenzornih evociranih potencijala (VEP) i megnetne rezonance (MR) mozga i kičmene moždine.

REZULTATI: U uzrastu od 16 godina adolescentkinja se javila na pregled svom pedijatru zbog trnjenja, slabosti i bolova u desnoj podlaktici i šaci, koji traju oko dve nedelje. Neurološki pregled je ukazao na mišićnu slabost desne ruke i asimetrično izazivanje tetivnih refleksa na ekstremitetima. Upućena je neurologu na Institut za majku i dete, gde je hospitalizovana. U toku hospitalizacije učinjena su sledeća ispitivanja: standardne laboratorijske analize (u referentnim granicama), tiroidni status uredan, reumatoidni faktor uredan, oftalmološki pregled uredan, elektromiografija ukazuje na blagu neuralnu leziju mišića desne šake koji nije u korelaciji sa tegobama. VEP ukazuje na postojanje centralne lezije u nivou somatosenzornog korteksa leve moždane hemisfere. MR pregled endokranijuma: multipli areali demijelinizacije supra i infra tentorijalno bez znakova parenhimske redukcije. MR pregled kičmene moždine: intramedularni plakovi demijelinizacije u projekciji C3, C6, Th4. Sprovedenim ispitivanjem je utvrđeno da se radi o multiploj sklerozi. Nakon 20 dana hospitalizovana na Klinici za neurologiju i psihijatriju za decu i omladinu. Dijagnostika je dopunjena lumbalnom punkcijom, koja je ukazala na intratekalnu sintezu IgG. Tokom hospitalizacije prvi put primenjena pulsna terapija kortikosteroidima na koju je dobro odreagovala. Posle tri meseca bila na rehabilitaciji u Banji Koviljači. Do sada je hospitalizovana još dva puta zbog pogoršanja osnovne bolesti, kada je i primenjena pulsna kortikosteroidna terapija. Adolescentkinja sada ima 17 godina, učenica je srednje ekonomske škole i postiže odličan uspeh.

ZAKLJUČAK: Kod adolescentkinje po javljanju oskudnih, nespecifičnih neuroloških simptoma, vrlo brzo je postavljena dijagnoza demijelinizirajuće bolesti – multipla skleroza. Dalji tok bolesti nije moguće predvideti. Ključne reči: multipla skleroza, magnetna rezonanca.

e-mail: rkosic@sbb.rs

SISTEMSKA ATEROSKLEROZA – PRIKAZ SLUČAJA

Biljana Vukašinić (1), Slađana M.(2)

(1)DOM ZDRAVLJA GORNJI MILANOVAC, (2)ZDRAVSTVENI CENTAR ČAČAK

UVOD: Ateroskleroza je bolest velikih i srednjih mišićnih arterija. Karakteriše se disfunkcijom endotela krvnog suda, vaskulitisom, nakupljanjem lipida, kalcijuma i ćelijskih elemenata unutar zida krvnog suda. Faktori rizika za formiranje ateroma su hiperlipidemija, povišen krvni pritisak, pušenje, šećerna bolest, životna dob i pol. U poslednje vreme, veliki značaj se daje i novootkrivenim faktorima rizika – CRP, homocisteinu, fibrinogenu, LDL holesterolu.

CILJ: Prevencija faktora rizika koji dovode do ateroskleroze, blagovremeno dijagnostikovanje i određivanje prioriteta i terapijskog pristupa u lečenju.

MATERIJAL I METODI RADA: Pacijent muškog pola, star 63 godine, javlja se kod izabranog lekara na rutinsku kontrolu. Zanimaruje činjenicu da poseduje sve faktore rizika koji određuju metabolički sindrom: androidni tip gojaznosti sa obimom struka od 98 cm i BMI od 26,4 kg/m²; hiperglikemiju od 8 mmol/l; LDL holesterol 4,8 mmol/l; trigliceride 2,13 mmol/l i hipertenziju koju leči medikamentozno tek dve godine. Takođe boluje i od HOBP i HBI. Ultrazvučnim pregledom abdomena ustanovljeno je da postoji abdominalna aneurizma u račvanju renalnih arterija, a MSCT angiografija aorte pokazala je da postoji aneurizma torakalne aorte u nivou luka aorte. Sprovedeno je sistemsko ispitivanje u ustanovi tercijernog nivoa. MSCT angiografija pokazuje stenozu desne unutrašnje karotide od 75%, a leve unutrašnje karotide 85%. Tokom preoperativne evaluacije urađena je koronarna angiografija i nađena stenoza od 70% u proksimalnom segmentu Cx i stenoza od 70% u svim nivoima desne koronarne arterije. Pacijent je prikazan konzilijumu vaskularnih hirurga.

REZULTATI: Na osnovu konzilijarne odluke planirana je najpre obostrana karotidna rekonstrukcija, a pre elektivnog hirurškog tretmana aneurizme aorte abdomena indikovana je revaskularizacija miokarda.

4. januara, a zatim 10. januara 2012. godine, učinjeni su operativni zahvati na levoj (standarnom metodom), odnosno desnoj (everzionom metodom) karotidi. Tako su preverirane komplikacije na moždanom tkivu. Operacija je izvršena u cervikalnom bloku.

U toku druge hospitalizacije, 18. januara 2012. godine, u uslovima opšte endotrahealne anestezije i ekstrakorporalnog krvotoka učinjen je dupli aortokoronarni By pass – LAD i OM1. Pacijent je upućen na rehabilitaciju u regionalni rehabilitacioni centar. Obzirom da je AAA asimptomatska, njeno hirurško zbrinjavanje je planirano bar 6 meseci posle revaskularizacije miokarda.

ZAKLJUČAK: Ateroskleroza je sistemska bolest koja zahvata intimu i mediju svih arterijskih krvnih sudova. Njena multicentričnost i tegobe pacijenta nas usmeravaju na odlučivanje o prioritetima za njeno zbrinjavanje. Prvenstvo imaju aneurizme koje su rupturirale ili prete rupturom, aneurizme koje su preko 5 cm veličine, aneurizme koje izazivaju tegobe, stenozе koronarnih krvnih sudova koje izazivaju koronarnu bolest, stenozе karotida koje izazivaju simptome od strane CNS-a i embolizirane arterije koje imaju prvenstvo bez obzira na lumen i lokalizaciju.

Ključne reči: ateroskleroza, endotel, masna pruga, fibrozni plak

e-mail: drbiljanagm@gmail.com

PERIOPERATIVNE ANAFILAKTIČNE REAKCIJE KOD PEDIJATRIJSKOG PACIJENTA PODVRGNUTOG HITNOM HIRURŠKOM ZBRINJAVANJU

N. Rangelov, D. Stanković, S. Petrović, A. Nikolić

ZDRAVSTVENI CENTAR NEGOTIN, SLUŽBA ANESTEZIJE

UVOD: Reakcija hipersenzitivnosti posredovana antitelima naziva se anafilaksijom.

Incidenca intraoperativnih alergijskih reakcija je 1:10000 -1:20000 anestezija. U više od 90% pacijenata reakcija se razvija unutar 3 minuta od davanja leka. Najfrekventniji antigeni su neuromišićni relaksanti 69,1% (93,2%) i lateks 3,6% (12,1%).

CILJ: Prikazati kliničke manifestacije i anesteziološki pristup zbrinjavanju alergijskih reakcija tokom perioperativnog perioda.

MATERIJAL I METODE: Deskriptivni prikaz slučaja.

REZULTATI: Pedijatrijski pacijent starosti 10 god., 40 kg, muškog pola, primljen u ZC Negotin na odeljenje hirurije. Dg: Appendicitis ac.. Heteroanamnestički nema podataka o prisustvu komorbiditeta i sklonosti ka alergijskim reakcijama. Preoperativno pripremljen: pedijatrijski nalaz uredan, umereno dehidriran, febrilan, ždrelo upaljeno. Lab analize: limfocitoza 36,3% i eozinofilija 4,5%, ASA:2H. Premediciran: IV primenjeni Ranitidin 40 mg, Metoklopramid 5 mg, Metamisol Na 2 g, Sol 0,9% NaCl 500ml, Gentamycin 40 mg, Ceftriakson 1 g, Atropin 0,4 mg, Hloropiramin 10 mg. Preoksigeniran O₂ 100%. Uveden u anesteziju Cruch tehnikom, IV aplikacija: Dormicum 1mg, Fentanyl 25 mcg, Propofol 100 mg, Leptosukcin 70 mg uz manuelnu oksigenaciju 100% O₂. Intubiran tubus N 6,5 cuff. Nakon uvoda došlo je do pojave generalizovane urtikarije, bez naglog pada TA i patološkog nalaza na plućima. Promtna primena Th: Hloropiramin 10 mg, Metilprednizolon 80mg, ekpanzija volumena Sol Hartman 500ml, uz manuelnu ventilaciju O₂ 100%. Kontinuirani monitoring: Fr, NBP, EKG, SpO₂, EtCO₂, prekordijalni stetoskop. Na primenjenu Th dolazi do regresije i na kraju do kompletnog povlačenja promena u periodu od 30 minuta, uz očuvanu hemodinamsku stabilnost i zadovoljavajuću oksigenaciju. Obavljena je neophodna hirurška intervencija. Anestezija održavana: O₂ 50%, N₂O 50%, Propofol fracionirano 20+20+20+10mg, Fentanyl 50+50mcg, Rokuronium 10mg., Metamisol Na 1g. Ekstubiran budan 50 min od uvoda, stabilnih vitalnih parametara preveden na odeljenje nakon 1h 15min. Intenzivno postoperativno praćen od strane anesteziologa. Bez novih promena po koži. Nalaz na plućima uredan. Hemodinamski stabilan. Dalja resustitucija. Od II dana Loratadin tbl 10mg.

ZAKLJUČAK: Okidač neželjene alergijske reakcije je bio neki od lekova primenjenih za IV uvod u anesteziju. Primećena je povećana incidenca pojave alergijskih reakcija u dečjoj populaciji, čak i kada nema anamnestičkih podataka niti dijagnostičkih prediktora. U ZC Negotin u periodu 10 meseci od 36 anestezija za dečiju populaciju, kod 5 je zabeležena neželjena kutana reakcija (13,8%). Potrebno je pripremiti se za prepoznavanje simptoma i primenu adekvatnih terapijskih mera ukoliko do njih dođe. Kod pacijenata sa potvrđenom alergijskom dijatezom, po preporukama iz literature, u premedikaciji je potrebno aplikovati H1 i H2 blokatore i kortiko preparate.

Ključne reči: anafilaksa, alergen, anesteziološki pristup, pedijatrijski pacijent

e-mail: drnale_2003@yahoo.com

AMIODARONOM INDUKOVANA TIROTOKSIKOZA KOD PRETHODNO SUBKLINIČKI HIPOTIROIDNOG PACIJENTA NA TERAPIJI AMIODARONOM – PRIKAZ SLUČAJA

Željka Aleksić(1), Aleksandar Aleksić (2), Vladimir Mitov (2), Aleksandar Jolić (2), Dušan Vešović (3)
ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (1)SLUŽBA ZA NUKLEARNU MEDICINU, (2) INTERNISTIČKA
SLUŽBA, (3)AMERICAN SCHOOL OF MEDICINE, BELGRADE

Amiodaron (AMD) je potentni antiaritmik bogat jodom, koji može indukovati kliničke i subkliničke tiroidne disfunkcije (TD). Mehanizam nastanka TD se tumači opterećenjem jodom iz antiaritmika i/ili direktnim citotoksičnim dejstvom leka na tiroците. S obzirom na mehanizme indukcije disfunkcija, moguća je pojava i alterne TD.

Opisujemo pacijenta sa retkom pojavom amiodaronom indukovane tirotoksikozе (AIT), nakon subkliničkog hipotiroidizma na AMD terapiji.

Pacijent, J.J, star 66 godina, dolazi na pregled u tiroidološku ambulantu radi utvrđivanja tiroidnog statusa. Anamnestički, 12 meseci je na AMD terapiji, 1 tableta/dan, 5 dana nedeljno, bez tegoba. Od komorbiditeta navodi hipertenziju i anginu pektoris – na terapiji Lorilom, Milenolom, Lopionom, Laisix-om, Spirinolacton-om i Risanom. Osam godina pre prvog pregleda tiroidee rađen mu je aorto-koronarni by pass. Porodična anamneza negativna u smislu tiroidnih oboljenja. Pri kliničkom pregledu konstatuje se gojaznost (BMI 31), hladna i suva koža, puls 52/min, bez tremora, bez strume, bez znakova tiroidne oftalmopatije. Nalaz krvi pri prvom pregledu ukazuje na subklinički hipotiroidizam: TSH = 5.1 m IU/L (normalni opseg 0.3-4 m IU/L), FT4 = 16 pmol/L (normalni opseg 9.25-25 pmol/L), FT3 = 4.7 pmol/L (normalni opseg 3.5-9 pmol/L), TGAB = 30 IU/ml (normalno < 60 IU/ml), TRAB = 0.1 U/L (normalno < 1.5 IU/L). Nastavljena je AMD terapija. Na kontrolnom pregledu nakon 3 meseca, klinički nalaz bez promena, a nalaz krvi ukazuje na normalizaciju TSH: TSH = 2.8 m IU/L, FT4 = 19.7 pmol/L. Nastavljena AMD terapija. Nakon dve godine od započinjanja AMD terapije, odnosno nakon 12 meseci od prve kontrole tiroidnog statusa, pacijent dolazi na redovnu kontrolu, bez tegoba je i bez kliničkih znakova tiroidne disfunkcije. Nalaz krvi ukazuje na AIT: TSH = 0.01 m IU/L, FT4 = 34.4 pmol/L, FT3 = 12 pmol/L. AIT je shvaćena kao destruktivni tiroidit indukovani sa AMD (AIT tip 2) nakon izvođenja dopunskih dijagnostičkih metoda: ehosonografski nalaz uredan; na scintigrafiji pertehnetatom i MIBI-jem – odsutno vezivanje obeleživača. Ukinuta AMD terapija i nastavljeno praćenje tiroidnog statusa, bez uvođenja terapije za AIT. Nakon 2 meseca po prekidu AMD terapije, pacijent i dalje klinički eumetaboličan sa nalazom krvi koji ukazuje na subklinički hipotiroidizam – faza oporavka od AIT tip 2: TSH = 9 m IU/L, a tokom narednih meseci dolazi do normalizacije in vitro pokazatelja funkcijskog tiroidnog statusa.

ZAKLJUČAK: AMD indukovani subklinički hipotiroidizam može progredirati u AIT tokom nastavka AMD terapije. AIT može biti asimptomatski, otkriven pri rutinskim periodičnim pregledima tiroidee. AIT tip 2 je samoograničavajuće stanje i sanira se za nekoliko meseci, prolazeći kroz fazu subkliničkog hipotiroidizma, samo uz prekid AMD terapije.

ključne reči: amiodaron, subklinička tiroidna disfunkcija, amiodaronom indukovana tirotoksikozа

e-mail: lukaal@open.telekom.rs

ARTERITIS TEMPORALIS - PRIKAZ SLUČAJA

Dušica Milovanović

DOM ZDRAVLJA MLADENOVAC

Uvod: Temporalni arteritis je zapaljenski proces koji zahvata jednu ili više grana karotidne arterije (naročito temporalnu arteriju), a javlja se kod osoba starijeg životnog doba. Glavni simptom je glavobolja, bolna osetljivost i otok ili zadebljanje zida temporalne arterije, sa oslabljenim pulzacijama.

Cilj: Skrenuti pažnju na ovo oboljenje i njegovo otežano dijagnostikovanje.

Materijal i metodi rada: Pregled pacijentkinje, uvid u medicinsku dokumentaciju

Prikaz slučaja: Pacijentkinja stara 64 godine, javila se izabranom doktoru zbog povišene temperature (38°C) i kašlja. Lična anamneza: pušač, HTA, HLP. Pri pregledu znaci infekcije gornjih respiratornih puteva, propisana sedmodnevna antibiotska terapija. Na kontrolnom pregledu febrilna (39°C) malaksalost, gubitak telesne težine. Dalje lečena u KCS-Infektivna klinika (dg Anaemia hyposiderica) i VMA- Klinika za

reumatologiju. SE 120, ER 2,9 HB 79 g/l , LE 7,9 (4,0-9,0), fibrinogen 7,4g/L (2,6-4,2), CRP 135 (do 10). Specijalista reumatolog postavlja dijagnozu temporalnog arteritisa i uvodi u terapiju kortikosteroida.

ZAKLJUČAK: Arteritis temporalis nije jednostavno dijagnostikovati, naročito ako nisu prisutni karakteristični simptomi i znaci.

Ključne reči: arteritis temporalis, temperatura, malaksalost

e-mail: drdusica59@gmail.com

ZAPUŠTENA VANMATERIČNA TRUDNOĆA

Nada Radulović

OPŠTA BOLNICA "STEFAN VISOKI" SMEDEREVSKA PALANKA

UVOD: Trudnoća u kojoj se blastocista implantira u bilo koje drugo tkivo sem endometrijuma smatra se ektopičnom trudnoćom. Najčešće nastaje u jajovodu i to u 95% slučajeva.

CILJ RADA je da ukaže na teškoće u dijagnostikovanju vanmaterične trudnoće prikazom slučaja.

MATERIJAL I METODI RADA: Za prikaz slučaja korišćeni su operativni protokol i istorija bolesti.

REZULTATI: Pacijentkinja S.A. stara 26 godina, po zanimanju domaćica, dovezena na kolicima zbog izraženih bolova u trbuhu i krvavljenja. Pri prvom kontaktu sa pacijentkinjom, daje podatak da joj je navodno urađen prekid željene trudnoće zbog uginulog ploda pre 20 dana (3.III 2012.) u drugoj zdravstvenoj ustanovi - medicinsku dokumentaciju donela postoperativno kao i HP. Pacijentkinja je 5 meseci u braku, nema dece, poslednja uredna menstruacija 4. I 2012. U međuvremenu više puta krvavila a od 12. februara, krvavi sve do prijema u našu ustanovu 23. III 2012 u 20 i 30 h , gde je primljena kao hitan slučaj. Pregledom na prijemu, spoljašnje genitalije umrljane tamnom krvlju. Vagina umrljana tamnom krvlju, normalne dubine, Duglas ispupčava, krvavi ex utero. Uterus u AVF svojom veličinom odgovara dobu starosti, slabije pokretan, bolno osetljiv na pokrete; desno uz uterus tumefakt veličine jabuke, jako bolno osetljiv, nešto čvršće konzistencije; levo adneksalno laka bolna osetljivost; Duglas jako osetljiv, Prust pozitivan. Hitno se urade osnovne laboratorijske analize i beta HCG. Uradi se ultrazvučni pregled kojim se jasno uoči tumefakt koji se nalazi desno od uterusa veličine 70x40 mm u čijem se početnom delu vidi hiperehogeni odjek koji podseća na plod, bez srčane radnje, uz njega kružni nešto manje hiperehogeni odjek; u Duglasu slobodna tečnost i hiperehogeni odjek 27 mm (koagulum). Po dobijanju laboratorijskih analiza (Hgb 102, Ht 0,31, Le 12,4, Tr 324, betaHCG 1540) potvrđuje se sumnja na postojanje vanmaterične trudnoće te se pristupa hitnom operativnom lečenju. Operativni nalaz odgovara ultrazvučnom nalazu: u trbušnoj duplji se naiđe na tamnu, staru krv i koagulum; desna tuba proširena, lividna sa plodom u istmičnom delu tube, dok je zid ampularnog dela izuzetno istanjen i razvučen, ispunjen starim i čvrstim koagulumom veličine gušćijeg jajeta. Ampularni deo tube savijen put nazad i dole ka širokim materičnim vezama i desnim infundibulopelvičnim vezama gde je fimbrijama srasla za opisane ligamente i debelo crevo; slepo crevo je edematozno i savijeno u obliku kućice puža u bliskom kontaktu sa tubom; uterus i leva adneksa urednog makroskopskog nalaza. Operativni rad: tuba se odvoji od okolnih organa sa kojima je prirasla a potom se klemuje i preseče, odstrani se tuba u celini i sa dva šava zbrine patrljak; mesta pripoja za opisane ligamente se zbrinu sa više šavova zbog krtosti i krvavljenja a potom se postave dva fibrospuma uz donju stranu lig. Infundibulopelvicum; pozove se dežurni hirurg koji na klasični način otkloni slepo crevo; trbušna duplja se ispere a potom se postavi dren u Duglas i izvede na postojeću ranu ; trbušni zid se ušije po slojevima a koža dermo-dermalnim šavom. Postoperativni tok uredan i otpušta se osmog postoperativnog dana. Sedmog postoperativnog dana BetaHCG – 53,21.

ZAKLJUČAK: Prikazani slučaj ukazuje na moguće greške pri postavljanju dijagnoze ove podmukle bolesti.

Ključne reči: vanmaterična trudnoća, krvavljenje, beta HCG, hitan slučaj.

e-mail: ranikola@open.telekom.rs

EDEMI NOGU*Bojan Pešić, Saška Pešić*

ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC

UVOD: Edem (otok) predstavlja višak tečnosti u tkivima – poremećaj ravnoteže sila koje je zadržavaju u vaskularnoj mreži i sila koje "guraju" tečnost u ekstracelularni prostor.

CILJ: Uvid u diferencijalno-dijagnostičke parametre u cilju adekvatne dijagnoze i lečenja.

MATERIJAL I METODI RADA: Različite bolesti utiču na razvoj edema nogu: alergija, miksedem, trudnoća, HTA, srčana insuficijencija, opekotine, malnutricija, ciroza jetre, hipovitaminoza vitamina C itd. Faktori koji regulišu homeostazu tečnosti na kapilarnom nivou su: kapilarni pritisak (oko 17mmHg), pritisak međućelijske tečnosti (-3 mmHg), koloidno-osmotski pritisak (28 mmHg), koloidno-osmotski pritisak međućelijske tečnosti (8 mmHg). Takođe postoje endokrini mehanizmi regulacije homeostaze telesnih tečnosti (sistem renin-angiotenzin-aldosteron, antidiuretički hormon, atrijski natriuretski peptid, citokini-endotelini). Edemi nogu nastaju zbog: povećanja kapilarnog pritiska, smanjenja koloidno-osmotskog pritiska plazme, povećanja permeabilnosti kapilara, blokade oticanja limfe. Etiološka klasifikacija edema nogu je na: intracelularne i ekstracelularne edeme (1. povećan kapilarni pritisak – TDV, trudnoća, tumori abdomena, prelomi; 2. smanjenje količine proteina plazme – glomerulonefritisi, EPH gestoze, opekotine, oboljenja jetre; 3. povećana permeabilnost kapilara – zmijski otrov, opekotine, promrzline, nedostatak vitamina; 4. blokada oticanja limfe – jatrogeno oštećenje, tumori, infekcije; 5. idiopatki – kongenitalni i stečeni). Dijagnoza se posavlja na osnovu anamneze, kliničke slike, fizikalnog pregleda (inspekcija, palpacija), dopunskih metoda ispitivanja (laboratorijska, mikrobiološka, ultrazvučna, radiološka, angiografska, CT, NMR isl.). Prikaz bolesnika N.N., starosti 54 godine sa DVT: dolazi na pregled zbog otoka, bola, osećaja mravinjanja i slabije plavocrvene prebojenosti desne podkolenice; navedene tegobe počele pre jedan dan; u trenurku pregleda pacijenta dovoze sedećim kolicima. Na prijemu pregledan, uradjene laboratorijske pretrage i D-dimer, uradjen kolor-dopler krvnih sudova donjih ekstremiteta kojim potvrđena duboka venska tromboza sa prisutnim trombotičnim masama u nivou VP. Terapija sprovedena preparatima niskomolekularnog heparina.

REZULTATI: Širok spektar etioloških činilaca kao uzroka obolevanja upozorava nas da se prema pacijentima koji boluju od edema donjih ekstremiteta odnosimo sa oprezom u cilju adekvatne dijagnoze i lečenja.

ZAKLJUČAK: Otok donjih ekstremiteta je simptom koji upućuje na različite uzroke obolevanja organizma.

Ključne reči: edem, homeostaza, pritisak

e-mail: saskabojan@gmail.com

KARCINOM KOLONA - DIJAGNOSTIKA*Bojan Pešić, Slobodan Milosavljević, Slaviša Ristić, Zoran Milosavljević, Srdan Đorđević, Saša Lazović, Igor Milosavljević, Saška Pešić*

ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, HIRURŠKO ODELJENJE

UVOD: Rak kolorektuma je treći najčešći karcinom kod muškaraca, a drugi kod žena u celom svetu. Uticaj faktora sredine (potrošnja mesa, masti i biljnih vlakana) i načina života (fizička neaktivnost, gojaznost, pušenje, konzumiranje alkohola) je neosporan u obolevanju.

CILJ: Uvodjenje skrining metoda i testova u cilju rane dijagnoze bolesti.

MATERIJAL I METODI RADA: Dijagnoza se postavlja na osnovu anamneze pacijenta (glavne tegobe, anamneza bolesti i porodice) i fizikalni pregled (palpacija i rektalni tuše) kao i dopunskih metoda ispitivanja – laboratorijskih nalaza (krvna slika, hemokult test, nalaz specifičnih tumor markera), endoskopskih metoda (rektosigmoidoskopija, kolonoskopija), radiološka dijagnostika (irigografija, selektivna arteriografija, radio - izotopno skeniranje, CT, NMR). Zlatni standard dijagnostike karcinoma kolona je pregled biopsiranog materijala koji se najčešće uzima endoskopski. Najčešći tip tumora je adenokarcinom (95%). Prikaz bolesnika N.N., starosti 62 godine: dolazi sa tegobama u vidu zamaranja, opšte slabosti i malaksalosti i malokrvnosti i bolovima u donjem delu trbuha; tegobe počele pre tri meseca malaksalošću i slabošću kada se javlja lekaru opšte medicine koji je lečio anemiju preparatima gvoždja; zbog pogoršanja tegoba upućen hirurgu. Objektivnim pregledom zaključeno da se ne radi o akutnom hirurškom oboljenju ali je palpiran tumefakt veličine mandarine u desnom ingvinalnom predelu abdomena nejasno ograničen od okoline, bolno osetljiv pa je zbog navedenih tegoba bilo potrebno uraditi dopunske metode ispitivanja. Zakazan kolonoskopski pregled koji je uradjen i kada je nadjena

tumorozna promena u predelu cekuma čvrste konzistencije, neravne površine širokobazna vegetacija, kontaktno krvari. Uzete su četiri biopsije sa tumorozne promene. Patohistološki nalaz biopsije: adenokarcinoma colonis. Preoperativno urađen ehosonografski pregled abdomena, pregled interniste i pneumoftiziologa, laboratorijske analize i analize tumor-markera. Posle kraće pripreme, hirurškom intervencijom uradjena desna hemikolektomija i terminolateralna anastomoza tankog creva i dela transverzalnog kolona.

Rezultati: Rezultatidijagnostikeilečenjazaviseodviše faktora - procenat pozitivnih testova, procenat pacijenata sa prekanceroznim lezijama, procenat pacijenata sa karcinomom i patohistološki tip i procenat stadijuma bolesti u trenutku postavljanja dijagnoze.

ZAKLJUČAK: Rano otkivanje bolesti i smanjenje smrtnosti i invaliditeta.

Ključne reči: Kolon, dijagnoza, karcinom, skrining.

e-mail: saskabojan@gmail.com

PREDIKTIVNI ZNAČAJ ELEKTOENCEFALOGRAFIJE U PRAĆENJU OPORAVKA DETETA OBOLELOG OD CEREBELLITIS VARICELLOSA

Mirjana Čeranić, S. Arsenijević, Z. Džida
ZDRAVSTVENI CENTAR VALJEVO

UVOD: Varičela je virusno oboljenje dečjeg uzrasta, sa visokim morbiditetom i velikim indeksom kontagioznosti. Najčešće obolevaju deca do 10 godina starosti. Obično prolazi kao lako oboljenje, komplikacije su relativno retke. Izuzetak čini postvaričelozni encefalitis, koji predstavlja tešku komplikaciju, a može se javiti i posle lake varičele.

Elektroencefalografija (EEG) je nezaobilazna dijagnostička metoda koja se koristi u dijagnostici encefalitisa i praćenju njegovog toka, a pokazala se kao prediktor oporavka bolesnika.

CILJ: Cilj rada je da se ukaže na značaj EEG-a u dijagnostici i praćenju obolelih od varičelnog cerebelitisa.

MATERIJAL I METODI RADA: Metod rada je deskriptivni prikaz podataka u obliku Case report stydy.

REZULTATI: Prikazan je slučaj varičelnog encefalitisa kod deteta starog 8 godina lečenog na infektivnom odeljenju bolnice Valjevo, kod koga je EEG praćenje ukazalo na oporavak bolesti pre poboljšanja kliničke simptomatologije.

ZAKLJUČAK: EEG nalaz se može smatrati prediktorom kliničkog oporavka varičelnog cerebelitisa.

Ključne reči: varičela, encefalitisvaričeloza, elektroencefalografija

e-mail: mywaymira@yahoo.com

PROBLEMI U SVAKODNEVNOM ŽIVOTU DEVOJČICE SA KRANIOFARINGEOMOM-PRIKAZ SLUČAJA

Brankica Vasić(1), B. Jelenković(2), M. Antić(3)

(1) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, DEČJI DISPANZER, (2) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, DEČIJE ODELJENJE ZC ZAJEČAR, (3) OSNOVNA ŠKOLA "DESANKA MAKSIMOVIĆ"

UVOD: Kraniofaringeomi su histološki benigni neuroepitelni tumori CNS-a koji se registruju kod dece uzrasta 5-10 godina. Iako su histološki benigni, često recidiviraju. Obzirom da se javljaju u blizini kritičnih intrakranijalnih struktura (hipofiza, hipotalamus, vizuelni putevi) i sam tumor i komplikacije lečenja uzroci su značajnog morbiditeta.

Kraniofaringeomi su relativno retki, 6-10% od intrakranijalnih maligniteta kod dece i adolescenata (oko 2-3 slučaja na 1000 000 dece u SAD), vrh distribucije ima je u uzrastu 5-14 godina, u Italiji je procena učestalosti 1,4 slučajeve/1000000 dece, a u Japanu istraživanje je pokazalo 5,25 slučajeve/1 000 000 dece. Stopa preživljavanja tokom 10 godina iznosi 86-100% nakon radikalne resekcije, međutim nakon ponovne resekcije stopa smrtnosti iznosi 25%.

Najčešći simptomi su glavobolja (kod 60-80% dece), povraćanje (35-70%) i gubitak vida.

Lečenje je hirurško, postoperativno je neophodna hormonska supstituciona terapija. Koriste se intranazalni vazopresin (desmopresin acetat DDAVP), kortikosteroidi, tiroidni hormoni, hormon rasta i polni hormoni.

CILJ: Problemi u svakodnevnom životu devojčice sa kraniofaringeomom

PRIKAZ SLUČAJA: prikazujemo žensko dete uzrasta 8 godina koje se javilo lekaru zbog glavobolje, povraćanja, zamućenja vida, pojave diplopija. Na učinjenom CT-u endokranijuma, dijagnostikovano je ekspanzivni proces supraselarno sa prodorom u III komoru i infratentorijalno u projekciji levog pontocerebelarnog ugla. Učinjena je i magnetna rezonanca endokranijuma, neuroradiološka prezentacija kraniofaringeoma. Urađena je radikalna resekcija tumora koji histološki odgovara adamantinomatoznom kraniofaringeomu (WHO gradus I).

Postoperativno ima znake insipidnog dijabetesa, panhipopituitarizma, oštećenja centra za termoregulaciju, izrazitu gojaznost, smetnje vida. Endokrinološki problemi zahtevaju redovne kontrole i supsticijonu terapiju, problem sa vidom otežava kretanje, socijalne kontakte i školovanje, a izražena gojaznost (TM 88,5 kg; TV 147cm; ITM 41,1kg/m²) povećava rizik za komorbiditete.

ZAKLJUČAK: Kraniofaringeom je histološki benigni tumor, ali obzirom na lokalizaciju narušava funkcionisanje u svim sferama života, zahteva multidisciplinarno praćenje i maksimalno angažovanje porodice.

Ključne reči: kraniofaringeom, multidisciplinarno praćenje

e-mail: vasic7@open.telekom.rs

PREVREMENI PUBERTET-PRIKAZ NEKOLIKO OBLIKA

Bratimirka Jelenković (1), Ljiljana Jovanović (1), Bojana Cokić (1), Mirko Nikolić (1), Brankica Vasić (2)

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (1) PEDIJATRIJSKA SLUŽBA, (2) DEČIJI DISPANZER

UVOD: Klasično se prevremeni pubertet (PP) definiše pojavom sekundarnih polnih karakteristika pre osme godine kod devojčica (ili menarhe pre 9. godine) i pre devete godine kod dečaka. Pojedini oblici PP karakterišu se ubrzanjem rasta i koštanošazrevanja, naciđencijom prevremenog puberteta, procenjuje se na oko 1:5.000 do 1:10.000 dece. Odnos polovamaško: žensko je oko 1:10. Brojni uzroci koji dovode do prevremenog puberteta mogu se klasifikovati na centralni (CPP) i periferni (PPP). CPP, gonadotropin-zavisni nastaje prevremenom aktivacijom hipotalamo-hipofizno-gonadne osovine, i uvek je izoseksualan (znaci puberteta su u skladu sa polom individue, npr. Feminizacija kod devojčica). Periferni prevremeni pubertet (PPP) ili gonadotropin-nezavisni nastaje sekrecijom polnih steroida nezavisno od hipotalamo-hipofizno-gonadne osovine i može biti izoseksualan ili heteroseksualan (izolovana pojava fizičkih znakova koji nisu karakteristika pola individue, npr. virilizacija kod devojčica). CPP se sreće kod više od 50% dece sa PP, i češći je kod devojčica. Nekompletni, parcijalni PP (prevremena telarha, prevremena adrenarha, i izolovana prevremena menarha) ispoljava se pojavom pojedinih faza pubertetskog procesa: telarhe, adrenarhe ili menarhe.

CILJ: Prikaz nekoliko oblika prevremenog puberteta kod devojčica koji se češće viđaju u svakodnevnom radu.

MATERIJAL I METODI RADA: Podaci su dobijeni tokom rada u Endokrinološkoj ambulanti ZC Zaječar.

REZULTATI: Prvi prikaz: žensko dete od 16 meseci ima porast obe dojke već nekoliko meseci unazad. Nema porast u TD, nema drugih tegoba. Određeni nivoi hormona pokazuju nivo FSH iznad vrednosti za uzrast. savetuje se praćenje, dato objašnjenje prirode pojave.

Drugi prikaz: Devojčica uzrasta 10 godina nekoliko godina unazad zbog porasta dojki u drugoj godini života, progresije puberteta i porasta u TV, nakon učinjenih ispitivanja u trećijarnoj ustanovi, prima analog GnRh hormona.

Treći prikaz: Devojčicu uzrasta 5 godina dovodi majka zbog porasta dlačica u stidnoj regiji. Nema porasta dojki. Nakon učinjenih ispitivanja postavljena je Dg: Neklasični oblik Kongenitalne adrenalne hiperplazije. Devojčica se redovno kontroliše i dobija tbl Hidrokortizona.

ZAKLJUČAK: Odabirom karakterističnih slučajeva sva tri oblika PP kod devojčica želi se da se skrene pažnja na osnovne elemente PP pri radu u svakodnevnoj praksi.

Ključne reči: Prevremena telarha, kongenitalna adrenalna hiperplazija, pravi prevremeni pubertet

e-mail: bratimirkajelenkovic@gmail.com

ZBRINJAVANJE ALERGIJSKE REAKCIJE U SLUŽBI HITNE MEDICINSKE POMOĆI U NOVOM PAZARU

Aladin Husović, Damir Husović, Mirsala Islamović-Aličković, Faruk Pašović, Bilsena Kurtanović
DOM ZDRAVLJA NOVI PAZAR

CILJ RADA: Cilj rada je da se prikaže zbrinjavanje alergijske reakcije u ambulanti hitne medicinske pomoći, kao i značaj što hitnijeg pružanja stručne medicinske pomoći kod ovakvih stanja.

METOD: Prikazujemo slučaj pacijenta koji je primljen i zbrinut u Službi hitne medicinske pomoći ZC Novi Pazar.

PRIKAZ SLUČAJA: U ambulanti hitne pomoći javila se muška osoba 45 godina sa periorbitalnim edemom, otokom donje usne, crvenilom kože, pruritusom, TA 90/60mmHg, auskultatorno na plućima izražen obstruktivni nalaz. Anamnestički dobijamo podatak da je osoba pre 30min popila tabletu brufena od 400 mg per os. Odmah se pristupilo zbrinjavanju pacijenata, otvorena je venska linija u obe cubitalne vene i ordinirana terapija: Lemod solu a 60mg i.v.b, Ranisan amp i.v.b, Synopen amp i.v.b i uključena je brza infuzija 0,9% NaCl 500ml a u drugoj ruci 150 ml 0,9% NaCl + Aminophillinum a 250mg, lemod solu a 40mg i Calcimusc amp, svo vreme je uključen kiseonik preko nazalne maske 10 l/min.TA merena nakon toga je 100/65mmHg. Pacijentu se stanje privremeno popravlja, ali nakon 5 min pacijent navodi da se ne oseća dobro i da počinje da oseća zujanje u ušima nakon nekoliko minuta pacijent počinje da povraća, postaje somnolentan i zauzima ležeći položaj. TA u tom trenutku je 60/? . Ordiniran je Adrenalin HCl (1:1000), 0,3 mg i.v . Stanje pacijenta se popravlja, TA 110/70mmHg, nastavlja se sa još 500ml Ringer laktata. Nakon sat vremena po isticanju infuzije stanje pacijenta se stabilizovalo, TA 125/80mmHg, osip se povlači, pruritus nije prisutan, na plućima normalan disajni šum bez propratnih fenomena.

ZAKLJUČAK: Što hitniji dolazak do najbliže slizbe za hitnu medicinsku pomoć, stručnost kao i energičan pristup alergijskoj reakciji su faktori koji osiguravaju uspešan tretman ovakvih stanja.

Glavne reči: Alergijska reakcija, TA, venska linija

e-mail: aladinhusovic@gmail.com

GOJAZNOST KOD DECE I KOMPLIKACIJE

Biserka Stajić

DOM ZDRAVLJA SMEDEREVSKA PALANKA

Uvod: "Kada bismo uspeli da obezbedimo svakom pojedincu pravu meru hrane i vežbe, ni previše ni premalo, našli bismo najsigurnij put ka zdravlju"- Hipokrat.

Def. po SZO: Gojaznost je hronično oboljenje koje se karakteriše uvećanjem masne mase tela u meri koja dovodi do narušavanja zdravlja i razvoja čitavog niza komplikacija. Dovodi do smanjenja kvaliteta života i ima tendenciju stalnog porasta.

Nepravilna i neredovna ishrana, predškolske, školske dece i omladine, bogata je prostim ugljenim hidratima (slatkiši i slatki napici), zasićenim masnoćama životinjskog porekla iz punomasnih mlečnih proizvoda i mesnih prerađevina. Slana hrana, pržena i pohovana hrana, usvajanje zapadnog načina života i fastfood hrana, navika da se jede kasno uveče, jednolična ishrana, loše navike, preskakanje obroka i nepoštovanje dnevnih potreba, genetika, smanjena fizička aktivnost dovode do sve veće gojaznosti u dece koja postaje po epidemiološkim karakteristikama globalna epidemija sa komplikacijama.

CILJ: Cilj rada je uticaj gojaznosti na nastanak komplikacija koje ugrožavaju život dece i omladine. Pogoršanje astme, sleapapne, dijabetes, dislipidemije, hipertenzija, holelitijaza samo su deo komplikacija koje prouzrokuje gojaznost.

MATERIJAL I METOD RADA: Deca kojoj su rađeni sistematski i kontrolni sistematski pregledi kao i pri svakodnevnom radu sa bolesnom decom gde je uočena gojaznost. Povećanje BMI, hipertenzije, dijabetesa, povećanje triglicerida, povećanje LDL holesterola, ukazuje na metabolički sindrom.

REZULTATI: Uočeno je da svako drugo ili treće dete ima znake gojaznosti kao i povećan BMI i pogoršanje osnovne bolesti.

Slučaj devojčice 2005. Godište – BMI 26,23. Od ishrane koristi dosta slanih i slatkih grickalica i testa i uočena je pojava čestih opstruktivnih napada, kao i povećanje TA (150/80). Majka ne prihvata savetovanu dijetu.

Slučaj dečaka 1999. Godište – BMI 31,24. Pokušao je da leči gojaznost, javljao se nutricionisti, bez uspeha, dolazi do povećanja telesne težine i odbijanja daljeg lečenja.

Slučaj devojčice 1994. Godište – BMI 32,04. Ima ginekološke tegobe i PCO. Odbija savet da ide kod nutricioniste.

Slučaj dečaka 1997. Godište – BMI 40,69. Kod koga dominira fizička ne aktivnost i prekomerni unos masne i slane hrane, ima povišen TA (150/90). Pokušao lečenje u Čikoti. Sada odbija kao i labaratorijsku obradu.

Slučaj odojčeta 6 meseci, telesna težina 10,1kg. Porodajna težina je bila 3,3kg. Na prirodnoj ishrani uz dodavanje sokova. Proverena glikemija (5,8), KKS uredna.

ZAKLJUČAK: Pravilna ishrana, fizička aktivnost, promena stila života, smanjuju rizik od nastanka gojaznosti i pojave metaboličkog sindroma i komplikacija. Edukovanje roditelja i omladine je primarni zadatak. Kod već ispoljene gojaznosti potrebno je slanje nutricionisti, pridržavanje reducilne dijeta i fizička aktivnost.

Ključne reči: Gojaznost, dete, komplikacije

e-mail: biserka.stajic@gmail.com

INDEX AUTORA

Adamović Zvonimir.....	37	Filipović K.	36
Aleksić Aleksandar.....	17, 92	Filko V.	35, 49
Aleksić Valentina	66	Genić Marijana	51, 52, 89
Aleksić Željka	92	Glišić V.	88
Andrić L.	43	Glišić Vesna	49
Andelković Matić Marija	68	Glušćević Boris	57, 58, 60, 61
Antić Ivan	30	Habe Zdravko	68
Antić I.	48, 86	Hrnjaković Cvjetković Ivana	35, 49, 84
Antić M.	95	Husović Aladin	89, 97
Antić Zo.	62,86	Husović Damir	89, 97
Antić Zv.	62,86	Ilić Goran	49
Arsenijević S.	95	Ilić Marija	37, 38
Ašotić Mihajlo	30, 31	Ilić Videnović Dragana	39
Atanasković Merima	53	Ilić Željko	61
Badević Vlastimir	47	Ille Tatjana	22
Baljozović Branislava	66	Islamović-Aličković Mirsala	89, 97
Bastać Dušan	26, 77	Janković D.	34
Bašić Hakija	77	Janković Marijana	34
Batrnec-Antonić Daliborka	25	Jaredić Biljana	42
Beatović Zorana	32	Jelenković Bratimirka	19,20,40, 41, 80, 82, 95,96
Belojica Dejan	89	Jerant Patić V.	35, 49
Berčenji E.	43	Jeremić B.	33, 55, 65, 77, 87
Bocić Ljiljana	26	Jevremović Miodrag	63
Bogavac Mirjana	23	Jocić-Stojanović Jasmina	24
Božinović Jasna	26	Joksimović Dragana	45
Branković Miodrag	83	Joksimović Zoran	77
Brujić V.	81	Jokšić Milena	43
Cerović Sofija	24	Jokšić-Mazinjanin R.	43
Cokić Bojana	41,74, 80,82,96	Jolić Aleksandar	92
Cukić Maja	41	Jovanović B.	68
Cvetković Suzana	45	Jovanović B.	72
Cvjetković D.	35	Jovanović D.Tomislav	71
Cvjetković Dejan	84	Jovanović Dragoslav	61
Čukić Goran	75	Jovanović Goran	14
Čeranić Mirjana	95	Jovanović J.	84
Čirić A.	64	Jovanović Ljiljana	41, 54, 80, 82, 96
Čirić Aleksandar	62	Jovanović M.	72, 68
Čurčić Vojislav	21	Jovanović Marija	26
Damnjanović Žaklina	37	Jovanović Miodrag	61
Dimitrašković M.	43	Jovanović Veljko	57, 58, 60, 61
Dimitrijević Zorka	27	Jovanović Vukašin	57, 58, 60, 61
Dostanić Mladen	66	Jovašević-Stojanović Milena	24
Drmončić Putica J.	34	Kilibarda Vesna	9
Drobnjaković Marija	26	Kocić Biljana	21
Dujin Pecarski Dragana	79	Kosić Radmila	51, 52, 89
Džida Z.	95	Kostadinović Biljana	48
Đorđević Maja	9	Kostić Marina	54
Đorđević Snežana	10, 94	Kostić Miodrag	61
Đurić Dušan	14, 15,16	Kostić Rade	33, 37
Đurić N.	65, 77	Kovačević G.	35, 49
Đurić Nadežda	33, 55, 87	Kraljević Branimir	57, 58, 60, 61
Đurić Z.	33, 55, 65,77,87	Kurtanović Bilsena	97
Elez I.	35	Kuzman Mirna	79

Lazić Staniša	30	Nikolić Kosta	76
Lazović Saša	94	Nikolić Mirko	41, 80, 82, 96
Lović Dragan	26	Novaković Ivana	40
Lučić Novica	61	Okiljević Z.	34
Lukić I.	48, 86	Otašević Mila	51, 52, 89
Maljković Igor	70	Pajić Srbislav	29
Marjanović M.	46	Pakević N.	33, 55, 65, 77, 87
Markišić Milojković Snežana	53	Panajotović Ljubomir	17, 56
Marković J.	68, 72	Panajotović M.	17, 56
Marković Miomir	68, 72	Panajotović R.	17, 56
Marković N.	81	Papović-Đukić G.	49
Marković R.	46	Paraskijević Biljana	68
Marušić Predrag	26	Pašović Faruk	89, 97
Matić I.	64, 67	Patić A.	35
Matić Ivan	68	Paunković Džejn	70, 76
Matkić O.	67	Paunković Nebojša	70, 76
Matović M.	33, 55, 65, 77, 87	Paunović Aleksandra	76
Meilanović Stevan	63	Paunović Petar	71
Mihajlović-Jovanović Lela	32	Paunović R.	70
Milačević Tatjana	69	Pavlović Ivan	14, 15, 16
Milaković Branko	66	Pavlović Nenad	61
Milenković Tatjana	8	Pavlović Verica	51
Miletić Borislav	37, 38	Pešić Bojan	94
Miletić Emilio	88	Pešić Ljilljana	44
Milijić D.	88	Pešić Saška	94
Milivojević Lj.	43	Petković A.	88
Milivojević R.	43	Petković V.	49
Milojčić Ž.	88	Petković Velina	88
Milosavljević Daniel	57, 58, 60, 61	Petković Vesna	32
Milosavljević Igor	94	Petović Kenić Dragana	45
Milosavljević Ivica	69	Petrović B.	40
Milosavljević Slobodan	94	Petrović Branislav	21
Milosavljević Zoran	94	Petrović S.	64, 76, 91
Milošević Ljubica	63	Poček Ivan	28
Milošević V.	35	Protić Miloš	54
Milošević Vesna	49	Radičev M.	40
Milošević Z.	44	Radivojević Radomir	57, 58, 60, 61
Milošević Zoran	46	Radonjić Vesela	14, 15, 16
Milovanović Dušica	92	Radosavljević I.	88
Milovanović Srđan	14, 15, 16	Radosavljević Jasmina	47
Miljković Dragan	30	Radovanov J.	35, 49
Miljković Miroslav	64, 67, 68	Radovanović Olica	47
Miodrag Đorđević	18	Radović Vesna V.	85
Mitov Vladimir	92	Radulović Nada	66, 93
Mitrović D.	88	Rakonjac A.	62
Mitrović R.	33, 55, 77, 87	Rangelov N.	64, 91
Mitrović Radovan	65	Repac Vinka	30, 48, 86
Mladenović D.	78	Ristić S.	46
Mustur D.	62, 86	Ristić Slaviša	94
Najdanović-Mandić Vera	50	Ristić Vladimir	59
Nedeljković I.Tomislav	72	Rončević Nevenka	25
Nedeljković Ivan	72	Rondović Dragica	37
Nešić Božo	30	Roško Zoran	50
Nešić Damjan	30	Sekulić A.S.	57
Nikolić A.	91	Sekulić Stojan	57
Nikolić D.	43	Sekulić-Frković A.	57
Nikolić Dragan	46	Sević S.	84

Slađana M.	52, 90	Šuluburić D.	73
Slavić V.	86	Šuluburić Tanja	73
Smiljanic Stefan	29	Terzić J.	62, 86
Smiljanić Zaviša	29	Todorović Nikola	46
Stajić Biserka	82, 97	Todorović-Kazimirović Biljana	68
Stamatović Dragana	28	Tomašev. B.	84
Stameniće Milan	66	Tošić Snežana	47
Stanimirov B.	36, 48, 86	Trailović I.	81
Stanimirov Branislava	30	Trailović L.	81
Stanković D.	91	Trailović M.	81
Stanković Danijela	62, 64	Trailović N.	81
Stanojević Dragana	42	Trimčević T.	51
Stanulov Nataša	79	Ugrinić-Sklopić B.	52
Starinac K.	28	Vasić Brankica	40, 41, 48, 80, 82, 95, 96
Stefan – Mikić S.	35, 84	Verica Pavlović	46
Stojadinović Aleksandra	25	Vešović Dušan	92
Stojanov Vesna	26	Vidić G.	62, 86
Stojanovic Ivana	78	Vidić J.	62, 86
Stojiljković S.	43	Vlajić Ada	73
Stojiljković Slavica	43	Vlajić Emil	73
Stojiljković Slobodan	79	Vlatković Zoranka	30, 48
Stošić B.	64	Vrbić Miodrag	22
Stošić Mila	66	Vujnović Danica	33
Stošić Predrag	57, 58, 60, 61	Vukašinović Biljana	52, 90
Strainović S.	76	Zvekić-Svorcan Jelena	36
Strajnić Jasmina	29, 37, 38	Živković Z.	28
Šavija-Đorđević Vesna	37	Živković Branko	61
Šijačić S.	43	Živković N. Z.	34
Šijački Ana	5	Živković Zorica	24

UPUTSTVO SARADNICIMA

Timočki medicinski glasnik objavljuje **prethodno neobjavljene** naučne i stručne radove iz svih oblasti medicine. 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 "vankuver-skim 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

Rukopise u elektronskoj verziji slati na mail adresu:

tmglasnik@gmail.com ili poštom na:

Timočki medicinski glasnik
Zdravstveni centar Zaječar
Rasadnička bb
19000 Zaječar

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 daje sve radove na **stručnu recenziju** (izuzimajući zbornike).

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

Radovi se ne vraćaju i ne honorišu.

Uredništvo nije odgovorno za eventualni gubitak rukopisa na pošti. Savetuje se autorima da obavezno **sačuvaju jedan primerak** rukopisa.

TEHNIČKI ZAHTEVI

Rukopisi se prilažu isključivo u elektronskoj formi. Elektronska forma rukopisa može se dostaviti elektronskom poštom ili na disku. Fajlove pripremiti po posebnom uputstvu.

U elektronski oblik staviti završnu verziju rukopisa. Celokupni tekst, reference, naslovi tabela i legende slika treba da budu u jednom dokumentu. Paragraf pišite tako da se ravnja samo leva ivica (Alignment left). Ne delite reči na slogove na kraju reda. Ne koristite uvlačenje celog pasusa (Indentation). Koristite praznu liniju pre i na kraju pasusa. Ubacite samo jedno prazno mesto posle znaka interpunkcije. Ostavite da naslovi i podnaslovi budu poravnani uz levu ivicu. Koristite podebljana (**bold**) slova, kurziv (*italic*), sub- i superscript i podvučena slova samo gde je to potrebno. Same tabele, slike i grafikone možete umetnuti u tekst na mestu gde treba da se pojave u radu (preporučujemo da komplikovanije grafikone, slike i fotografije priložite u vidu posebnih fajlova). Najbolje je da tekst fajlovi budu pripremljeni u Microsoft Office Word programu (sa ekstenzijom .doc). Preporučuje se font Times New Roman, veličine 12 p. Prihvatljivi formati za grafikone, ilustracije i fotografije su osim MS Word, još i Adobe Illustrator, Adobe Photoshop, jpeg, gif, PowerPoint, i pdf. Fajlove treba jasno obeležiti. Najbolje je imena fajla formirati prema prezimenu prvog autora i tipu podataka koje sadrži dati fajl (na primer:
paunkovictext.doc
paunkovicslika1.gif
paunkovicceo.pdf).

Ukoliko šaljete disk, na nalepnici diska treba napisati prezime i ime prvog autora, kraću verziju naslova rada i imena svih fajlova sa ekstenzijama koji se nalaze na disku. Disk pošaljite na adresu redakcije Timočkog medicinskog glasnika.

Ukoliko rad šaljete elektronskom poštom, u prpratnom pismu navedite naslov rada, prezime i ime prvog autora i imena svih fajlova koje šaljete. Fajlove šalžite u Attach-u. Tako pripremljeno elektronsko pismo pošaljite na adresu tmglasnik@gmail.com

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 opisuju **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 kulture* rasvetljavaju se određeni aspekti medicinske prakse u prošlosti. Dužina teksta može biti do 3500 reči (12 stranica).

Objavljuju se kratki *prilozi iz oblasti medicinske prakse* (dijagnostika, terapija, primedbe, predlozi i mišljenja o metodološkom problemu 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

PRVA STRANICA sadrži: potpuni naslov, eventualno podnaslov, kraću verziju naslova (do 70 slovnih mesta); ime i prezime svih autora; naziv, mesto i adresu institucija iz kojih su autori, (brojevima u zagradi povezati sa imenima autora); eventualnu zahvalnost za pomoć u izradi rada; predlog kategorije rukopisa (originalni rad, pre-

gledni članak, prikaz bolesnika i dr); ime i prezime, godinu rođenja autora i svih koautora, punu adresu, broj telefona i fax-a kao i e-mail autora za korespodenciju.

DRUGA STRANICA sadrži: sažetak (uključuje naslov rada, imena autora i koautora i imena ustanova iz kojih su autori) se sastoji od najviše 250 reči. Sažetak ne može imati fusnote, tabele, slike niti reference. U sažetku treba izneti važne rezultate i izbeći opšte poznate činjenice. Sažetak treba da sadrži cilj istraživanja, material i metode, rezultate i zaključke rada. 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.

TREĆA STRANICA sadrži: prošireni sažetak na engleskom jeziku (extended summary) i 3 do 8 ključnih reči na engleskom jeziku (key words)

NAREDNE STRANICE: Označite dalje rednim brojem sve preostale stranice rukopisa. Svako poglavlje započnite na posebnom listu.

UVOD mora biti kratak, s jasno izloženim ciljem članka i kratkim pregledom literature o tom problemu.

MATERIJAL (BOLESNICI) I METODE moraju 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 prikažite jasno i sažeto. Ne treba iste podatke prikazivati i u tabelama i na grafikonima. Izuzetno se rezultati i diskusija mogu napisati u istom poglavlju.

U DISKUSIJI 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 treba dati na kraju diskusije ili u posebnom poglavlju

PRILOZI UZ TEKST

Svaka tabela ili ilustracija mora biti razumljiva sama po sebi, tj. i bez čitanja teksta u rukopsiu.

- Tabele: Iznad tabele treba da stoji redni broj i naslov (npr: Tabela 1. Struktura ispitanika). Legendu staviti u fusnotu ispod tabele, i tu objasniti sve nestandardne skraćenice.

- Ilustracije (slike): Fotografije moraju biti oštre i kontrastne, ne veće od 1024x768 piksela. Broj crteža i slika treba ograničiti na najnužnije (u principu ne više od 4 – 5). Ukoliko se slika preuzima sa interneta ili nekog drugog izvora, potrebno je navesti izvor. Ispod ilustracije treba staviti redni broj iste i naslov, a ispod ovoga legendu, ukoliko postoji

Naslove i tekst u tabelama i grafikonima dati i na engleskom jeziku

LITERATURA

Reference se numerišu redosledom pojave u tekstu. Reference u tekstu obeležiti arapskim brojem u uglastoj zagradi [...]. U literaturi se nabroja prvih 6 autora citiranog članka, a potom se piše "et al". Imena časopisa se mogu skraćivati samo kao u Index Medicus-u. 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:

Članak u časopisu:

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.

Janković S, Sokić D, Lević M, Šušić V, Drulović J, Stojsavljević N et al. Eponimi i epilepsija. *Srp Arh Celok Lek* 1996;124:217-221.

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102 Suppl 1:275-82.

Knjige i druge monografije:

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Poglavlje iz knjige:

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Doktorska disertacija ili magistarski rad:

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

Đorđević M: Izučavanje metabolizma i transporta tireoidnih hormona kod bolesnika na hemodijalizi. Magistarski rad, Medicinski fakultet, Beograd, 1989.

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.

Članak u časopisu na internetu:

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role.

Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 3 p.]. Available from:

<http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

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>