

**TIMOČKI
MEDICINSKI
GLASNIK**



**TIMOK
MEDICAL
GAZETTE**

Glasilo zaječarske podružnice Srpskog lekarskog društva

Izlazi od 1976.

Vol. 42 (2017. godina)

SUPPLEMENT 1

YU ISSN 0350-2899

XXXVI
TIMOČKI
MEDICINSKI
DANI

ZBORNİK SAŽETAKA

UREDNIŠTVO/ EDITORIAL

ODGOVORNI UREDNIK/ RESPONSIBLE EDITOR

Dr Emil Vlajić /MD/, Zaječar

GLAVNI UREDNIK/ EDITOR-IN-CHIEF

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

POMOĆNIK GLAVNOG I ODGOVORNOG UREDNIKA I TEHNIČKI UREDNIK /ASSISTANT EDITOR AND TECHNICAL EDITOR

Dr Saška Manić /MD/, Zaječar

SEKRETARI UREDNIŠTVA/ EDITORIAL SECRETARIES

Bojana Jolić, Zaječar
Sonja Atanacković, Zaječar

UREĐIVAČKI ODBOR/EDITORIAL BOARD

Akademik prof. dr Dragan Micić /MD, PhD/, Beograd
Prof. dr Nebojša Paunković /MD, MSc, PhD/, Zaječar,
editor-in-chief of TMG 1979-1985, responsible editor-in-chief of TMG 1986-
1989, responsible editor of TMG 1990-2006
Prim dr Radoš Žikić (MD), Zaječar,
responsible editor-in-chief of TMG 1976-1978, responsible editor of TMG
1979-1985
Prim mr. sci. med. dr Miodrag Đorđević /MD, MSc/, Zaječar,
responsible editor-in-chief of TMG 1990-1997
Prof. dr Slobodan Ilić /MD, PhD/, Niš
Prof. dr Biljana Kocić /MD, PhD/, Niš
Prof. dr. Goran Bjelaković /MD, PhD/, Niš

Doc. dr Bojana Stamenković /assist. prof, MD, PhD/, Niš
Prim dr sci. med. Petar Paunović /MD, PhD/, Rajac
Prim dr sci. med. Biserka Tirmenštajn Janković, /MD, MSc, PhD/, Zaječar
Prim dr sci. med. Dušan Bastać /MD, MSc, PhD/, Zaječar
Prim dr sci. med. Aleksandar Aleksić, /MD, MSc, PhD/, Zaječar
Prim dr sci. med. Vladimir Mitov, /MD, MSc, PhD/, Zaječar
Prim mr sci. med. dr Bratimirka Jelenković /MD, MSc/, Zaječar
Prim mr. sci. med. dr Predrag Marušić /MD, MSc/, Zaječar
Prim mr. sci. med. dr Olica Radovanović /MD, MSc/, Zaječar
Ada Vlajić, Belgrade, art historian

LEKTORI/PROOFREADERS

Srpski jezik/Serbian language:
Doc. dr Dejan Milutinović /MSc, PhD/Niš
Engleski jezik/English language:
Nataša Arandelović, philologist

VLASNIK I IZDAVAČ/OWNER AND PUBLISHER

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

ADRESA REDAKCIJE/EDITORIAL OFFICE

Timočki medicinski glasnik
Zdravstveni centar Zaječar
Rasadnička bb, 19000 Zaječar

ADRESA ELEKTRONSKE POŠTE/E-MAIL

tmglasnik@gmail.com

WEB ADRESA/WEB ADDRESS

www.tmg.org.rs

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

TEKUĆI TAČUN/ CURRENT ACCOUNT

Srpsko lekarsko društvo, podružnica Zaječar 205-167929-22

ŠTAMPA/PRINTED BY

Spasa, Knjaževac

TIRAŽ/CIRCULATION

500 primeraka/500 copies

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

61

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

Dostupno i na:

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

Tromesečno

ISSN 0350-2899 = Timočki medicinski glasnik

COBISS.SR-ID 5508610



**TJMOČKI
MEDICINSKI
GLASNIK**

**TJ MOK
MEDICAL
GAZETTE**

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

*Organizacioni odbor TMD
Uredništvo TMG*

XXXVI TIMOČKI MEDICINSKI DANI

11-14. maj 2017. godine (četvrtak, petak, subota i nedelja) u Zaječaru

2. Akreditacija

Organizator Srpsko lekarsko društvo, Podružnica Zaječar

Adresa organizatora: Džordža Vašingtona 19, Beograd

E- mail adresa: sld.podruznicazajecar@gmail.com; bratimirkajelenkovic@gmail.com

Zajednički (ISTI) deo akreditacije za sva četiri Simpozijuma

XXXVI TIMOČKI MEDICINSKI DANI su na osnovu odluke ZDRAVSTVENOG SAVETA Srbije,

Broj. 153-02-3989/2016-01. (21.11.2016.. godine.), Beograd, akreditovani kao "Nacionalni simpozijum".

Ciljna Grupa - Lekari, Stomatolozi, Farmaceuti, Biohemičari

Trajanje nastave – različito za svaki Simpozijum

Broj Bodova:

Za predavača - 8

Za usmenu prezentaciju - 7

Za poster prezentaciju - 5

Za pasivno učešće – 4

Maksimalni broj slušalaca/ke – 270

Po 0,5 bodova ostalim koautorima usmene prezentacije i poster prezentacije (do 3 koautora).

XXXVI TIMOČKI MEDICINSKI DANI IV NACIONALNA SIMPOZIJUMA

	Datum Dan	Tema simpozijuma	Evidencio ni broj	Predavači	sati
I DAN	11.maj 2017. četvrtak	«Novine u dijagnostici i terapiji bolesti i povreda lokomotornog sistema»	A-1-2888/16 (red 41)	doc. dr Bojana Stamenković, prof. dr Slobodan Nikolić, doc. dr Mirjana Šefik Bukilica, prof. dr Milica Lazović, VNS dr sci. med. dr Slađana Andrejević, Prim.dr Miljan Jović, prim. dr sci. med. dr Dušan Bastać	7 sati
II DAN	12.maj 2017 petak	«Aktuelnosti u hirurgiji i srodnim granama»	A-1-2953/16 (red 63)	prof. dr Sava Mičić, dr Svetlana Milenković, prof. dr Snežana Rakić, prof. dr Vladimir Pažin, prim. dr Vera Najdanović Mandić, doc. dr Tihomir Mihailović, NS dr sci. med. dr Zoran Stanković, emeritus prof. dr Matilde Bun, prof. dr Ljubomir Panajotović, prof. dr Radomir Živadinović, prof. dr Ivica Stančić, prof. dr Rade Živković	8 sati 15 min
III DAN	13.maj 2017. subota	«URGENTNA STANJA U MEDICINI I STOMATOLOGIJI»	A-1-2949/16 (red 60)	prof. dr Goran Jovanović, prof. dr Višeslav Hadži-Tanović, prof. dr Milka Drezgic, prim. mr sci. med. dr Tanja Jozić, prof. dr Svetolik Avramov, prof. dr Kosta Jovanović, prof. dr Steva Stanišić, Prim. dr Miljan Jović, prim. dr sci. med. dr Vladimir Mitov, dr Aleksandar Jolić, ass. dr Nebojša Mujović	8 sati
IV DAN	14.maj 2017 nedelja	«PREVENCIJA, DIJAGNOSTIKA I LEČENJE HRONIČNIH NEZARAZNIH BOLESTI»	A-1-2887/16 (red 40)	prim. mr sci. med. dr Dragana Lozanović, prim. dr sci. med. dr Dušan Bastać, prim. dr sci. med. dr Aleksandar Aleksić, prim. mr sci. med. dr Bratimirka Jelenković, prof. dr Biljana Kocić, prof. dr Đorđije Karadaglić, prof. dr Višeslav Hadži-Tanović, prof. dr Radovan Bogdanović, mr sci. med. dr Zoran Joksimović, prof. dr Svetolik Avramov	7 sati

*Svaki dan je posebno akreditovan kao Nacionalni simpozijum

ČLANOVI ORGANIZACIONOG ODBORA

Srpsko lekarsko društvo Podružnica Zajecar - Rasadnicka bb, 19000 Zajecar

Prim Mr sci. med.dr Bratimirka Jelenkovic pedijatar subspecialista endokrinolog ZC Zajecar, Rasadnicka bb; Decije odeljenje. Predsednik Predsedništva SLD Podružnica Zajecar

Dr Ljiljana Jovanović. Pedijatrijska služba. ZC Zajecar, Rasadnicka bb.Zajecar. 19000. Sekretar Predsedništva SLD Podružnica Zajecar

Prim Dr sci.med. dr Dušan Bastac. Specijalista internista; subspecialista kardiolog, internista subspecialista kardiolog Internisticka ordinacija Dr Bastac Ul Kosancev Venac 16 19 000 Zajecar

Prim. Dr sci. med. dr Vladimir Mitov Interna medicina; Magistar kardiologije ZC Zajecar, Rasadnicka bb, Interno odeljenje

Prim.Mr sci. med. dr Predrag Marušić Epidemiolog ZZJZ "Timok" Sremska 13, Zajecar 19 000

Dr Zoran Jelenkovic,urolog,Rpublicki fond zdravstvenog osiguranja,Filijala Zajecar, Zajecar.

Prim. dr Vera Najdanovic Mandic, specijalista ginekologije i akušerstva.Služba za zdravstvenu zaštitu žena. DZ, ZC Zajecar, Rasadnicka bb.

Prim. dr Vesna Petkovic, stomatolog, specijalista stomatološke protetike. Privatna stomatološka ordinacija „Protektdent“. Ul Narodni front 41 a, Zaječar

Dr Aleksandar Petrović, infektolog. Infektivno odeljenje. ZC Zajecar, Rasadnicka bb.

Dr Rade Kostić, specijalista fizikalne medicine i rehabilitacije. Specijalna bolnica za rehabilitaciju "Gamzigad"; Gamzigradska banja. Adresa: Banjski trg 12, 19228 Gamzigradska Banja

Mr Sc Zoran Joksimović, Specijalista Internista, magistra medicinskih nauka. Internistička ordinacija „JOKSIMOVIĆ“ Bor.

Dr Brankica Vasić- Pedijatar. Dispanzer za zdravstvenu zaštitu predškolske i školske dece. DZ ,ZC Zaječar.

Dr Goran Jović. Na sepcijalizaciji iz Oralne hirurgije. Stomatološka služba. DZ ,ZC Zaječar.

Dr Biljana Popović. Ginekolog akušer. privatna ginekološka ordinacija "GEOFEMINA". Zaječar

Dr Biljana Stanković. Lekar opšte medicine. Služba opšte medicine. DZ ,ZC Zaječar.

Dr Miloš Protić. Specijalista Opšte meidcine. Služba opšte medicine. DZ ,ZC Zaječar.

Dr Danijela Ćirić. Lekar opšte medicine. ZC Zajecar, Rasadnicka bb, Interno odeljenje

Dr Marko Jović. Lekar na specijalizaciji iz hirurgije. Opšta bolnica Zaječar. ZC Zaječar.

Dr Tanja Jović. Lekar opšte medicine. Dispanzer za zdravstvenu zaštitu predškolske i školske dece. DZ ,ZC Zaječar.

Zdravstveni centra Zajecar, Zajecar - Rasadnicka bb, 1900 Zajecar

Direktor Zdravstvenog centra Zaječar: **Dr Stanislav Tadić**, specijalista radiologije

Direktor Bolnice. **Dr Jovan Stevanović**, spec. interne medicine

Direktor Doma zdravlja: **Prim. dr Olgica Stanojlović**, specijalista opšte medicine,

Specijalna bolnica za rehabilitaciju "Gamzigad" Gamzigradska banja

Adresa: Banjski trg 12, 19228 Gamzigradska Banja:

Direktor **Dr Rade Kostić**, specijalista fizikalne medicine i rehabilitacije.



Suorganizator simpozijuma NACIONALNI SIMPOZIJUMXXXVI TIMOČKI MEDICINSKI
DANI II DAN

«Aktuelnosti u hirurgiji i srodnim granama» Petak, 12 maj, 2017. godine, Amfiteatar DZ
ZC Zaječar je

GINEKOLOŠKO AKUŠERSKA SEKCIJA SLD

Članovi naučnog odbora

Predsednik:

Prim Dr sci.med. dr Dušan Bastać. Specijalista internista; subspecijalista kardiolog. Internistička ordinacija Dr Bastać Ul Kosančićev Venac 16 19 000 Zaječar

Članovi

Prim. Dr sci. med. dr Nebojša Paunkovic. Ordncija „Dr Paunkovic“, Zajecar

Prim. Dr sci. med. dr Željka Aleksic Nuklearna medicina ZC Zajecar, Rasadnicka bb, Služba za nuklearnu medicinu

Prim. Dr sci. med. dr Vladimir Mitov Interna medicina; Magistar kardiologije ZC Zajecar, Rasadnicka bb, Interno odeljenje

Prim Mr sci. med. dr Bratimirka Jelenkovic pedijatar subspecijalista endokrinolog ZC Zajecar, Rasadnicka bb; Decje odeljenje

Prim. Dr sci. med. dr Aleksandar Aleksic Interna medicina; Magistar endokrinologije ZC Zajecar, Rasadnicka bb, Interno odeljenje

Prim. mr sci. med. dr Predrag Marušić Epidemiolog ZZJZ "Timok" Sremska 13, Zajecar 19 000

Prim. mr sci. med. dr Miodrag Đorđević Interna medicina; Magistar endokrinologije ZC Zajecar, Rasadnicka bb, Interno odeljenje

Prim. Dr sci. med. dr Biserka Janković Tirmenštajn internista-nefrolog; Magistar nefrologije ZC Zajecar, Rasadnicka bb Odeljenje hemodijalize

Mr sci. med. dr Olica Radovanovic specijalista socijalne medicine ..Zavod za javno zdravlje «Timok» Zajecar. ul. Sremska 13; 19000 Zajecar.

Nacionalni simpozijum

XXXVI TIMOČKI MEDICINSKI DANI

Zaječar, 11-14. maj 2017.

ORGANIZATOR



Подружница Зајечар

Suorganizatori

Zdravstveni centar Zaječar
Specijalna bolnica za rehabilitaciju "Gamzigad"

GENERALNI SPONZOR

Privatna internistička ordinacija "Dr Bastać", Zaječar



www.drbastac.co.rs

I SIMPOZIJUM «NOVINE U DIJAGNOSTICI I TERAPIJI BOLESTI I POVREDA LOKOMOTORNOG SISTEMA»

ČETVRTAK, 11 MAJ, 2017. GODINE

Spisak predavača

Doc dr Bojana Stamenković - docent na predmetu Interna medicina. Lekar specijalista interne medicine. Medicinski fakultet, Niš. Institut za lečenje i rehabilitaciju Niška Banja. Uža naučna oblast: Interna medicina-reumatologija i balneoklimatologija TEMA: Autoimune reumatske bolesti i trudnoća

Prof. dr Slobodan Nikolić - redovni profesor, Institut za sudsku medicinu Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Uža naučna oblast: sudska medicina.

Doc dr Mirjana Šefik Bukilica - docent, Institut za reumatologiju Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. TEMA: Aktualnosti u dijagnostici i terapiji hroničnih artritisa

Prof dr Milica Lazović - vanredni profesor Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Institut za rehabilitaciju Beograd. Uža naučna oblast: Fizikalna medicina i rehabilitacija

VNS dr Sc Sladjana Andrejević - specijalista interne medicine, viši naučni saradnik, klinički asistent. Klinika za alergologiju i imunologiju Klinički centar Srbije.

Prim dr med spec urg med Miljan Jović - ZC Zaječar, Služba za prijem i zbrinjavanje urgentnih stanja

Prim Dr Sc med Dušan Bastać - lekar, primarijus, specijalista internista-kardiolog, magistar i doktor medicinskih nauka. Internistička ordinacija "Dr Bastać" Ul Kosančićev venac br 16.19000 Zaječar. Uža naučna oblast: Kardiologija.

II SIMPOZIJUM «AKTUELNOSTI U HIRURGIJI I SRODNIM GRANAMA» PETAK, 12 MAJ, 2017. GODINE

Spisak predavača

Prof. dr Sava Mičić - profesor Medicinskog Fakulteta, Univerziteta u Beogradu u penziji. Uromedica Poliklinika Beograd, Asocijacija privatnih zdravstvenih ustanova Srbije. TEMA: Savremeno lečenje karcinoma mokracne besike

Dr Svetlana Milenković - specijalista patolog. Klinika za ginekologiju i akušerstvo, KCS, Služba za patohistologiju KCS Beograd. TEMA: sive zone u patologiji

Prof. dr Snežana Rakić - vanredni profesor. GAK „Narodni front“ Beograd. TEMA: upotreba i zloupotreba carskog reza.

Prof dr Vladimir Pažin - rukovodilac prijemno-trijažne i dijagnostičke službe GAK „Narodni front“ Beograd, Vanredni profesor. Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu. Uža naučna oblast: Ginekološka onkološka hirurgija. TEMA: evolucija u dijagnostici i lečenju karcinoma jajnika

Prim. dr Vera Najdanović Mandić - primarijus ginekologije i akušerstva. Zdravstveni Centar Zaječar, Dispanzer za zdravstvenu zaštitu žena. Uža naučna oblast: ginekologija i akušerstvo. TEMA: Trend porodjaja Zaječarskog porodilišta od 1961. do 2015.

Doc. Dr Tihomir M. Mihailović - spec. Rendgenologije. Specijalistička rendgenološka ordinacija "ULTRAMEDIKA" Beograd. I TEMA: Dvodimenzionalna (2D) i 4D X-Matrix (STIC) ehokardiografija u I, ranom II i III trimestru trudnoće. II TEMA: Sonoelastografija u određivanju BIRADS klasifikacije

Dr sci med Zoran Stanković - naučni saradnik; Načelnik Republičkog centra za planiranje porodice Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić“ Beograd. Uža naučna oblast: Dečja i adolescentna (pedijatrijska) ginekologija TEMA: Kontroverze o cistama jajnika kod mladih.

Mathilde E. Boon - Emeritus Director Pathologist. Leiden Cytology and Cytology Laboratory. Consequences of waves of immigrants on Dutch Female Health Data.

Prof. dr sci.med Ljubomir Panajotović - hirurg plastičar, Evropski univerzitet, Beograd, Specijalna bolnica „Adonis“, Beograd. Redovni profesor Uža naučna oblast: Plastična i rekonstruktivna hirurgija. TEMA: Urođeni rascepi usne i nepca - principi hirurškog lečenja.

Prof dr Radomir Živadinović - vanredni profesor. Ginekološko akušerska klinika NIŠ. Medicinski fakultet Niš. Uža naučna oblast: ginekologija TEMA: Značaj rane detekcije karcinoma grlića materice u očuvanju reproduktivnog zdravlja žena.

Prof. dr Ivica Stančić - Stomatološki fakultet, Beograd. Uža naučna oblast: Stomatološka protetika TEMA: Terapijski modaliteti kod suptotalno krezubih pacijenata

Prof dr Rade S. Živković - Stomatološki fakultet Beograd. Klinika za stomatološku protetiku. Uža naučna oblast: Stomatološka protetika, gnatologija. TEMA: Protezni stomatitis – mogućnosti profilakse

III SIMPOZIJUM «URGENTNA STANJA U MEDICINI I STOMATOLOGIJI» SUBOTA, 13 MAJ, 2017. GODINE

Spisak predavača

Prof. Goran Jovanović - redovni profesor, oralni hirurg, Medicinski fakultet Niš Klinika za stomatologiju. Odeljenje za oralnu hirurgiju. Uža naučna oblast: Oralna hirurgija. TEMA: Hitna medicinska stanja u stomatologiji.

Prof. Višeslav Hadži-Tanović - profesor. Spec. inter. kard. ord. "Dr Hadži-Tanović". Uža naučna oblast: Kardiologija. Aneurizme torakalne i abdominalne aorte.

Prof. Dr Milka Drezgić - profesor Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Specijalistička internističko-kardiološka ordinacija „Hadži-Tanović“. Uža naučna oblast: endokrinologija. TEMA: Hipoglikemije

Dr Tanja Jozić - primarijus, specijalista interne medicine, subspecijalista i magistar kardiologije. Urgentna kardiologija, Klinika za kardiologiju KCS. Uža naučna oblast: Urgentna kardiološka stanja, akutni koronarni sindrom. TEMA: Akutni koronarni sindrom.

Prof. dr Svetolik Avramov - redovni profesor hirurgije na MF- Novi Sad u penziji, red. član AMN SLD. Uža naučna oblast: Hirurgija, vaskularna hirurgija. TEMA: semiologija urgentnih stanja u medicini.

Prof. Dr Krsta Jovanović - redovni prof dr sc. med. u penziji - VMA Profesor strukovnih studija. Visoka medicinska škola strukovnih studija Čuprija. Uža naučna oblast: Anesteziologija sa reanimatologijom. TEMA: akutni zastoj srca (cardiac arrest): da li su deca (od odojčeta do 10 godina) isto što i mali ljudi u odnosu na primenu mera i postupaka kardiopulmonalne reanimacije.

Prof. dr Steva Stanišić - Načelnik odeljenja intenzivnog lečenja. Klinika za infektivne bolesti KC Niš. Uža naučna oblast: Infektologija i intenzivna medicina. TEMA: "Sepsa, stari problem, sa novom konsenzus definicijom" i novom-starom strategijom borbe protiv nje"

Prim dr Miljan Jović - ZC Zaječar, Služba za prijem izbrinjavanje urgentnih stanja. Uža naučna oblast: Urgentna medicina. TEMA: Trijaža u odeljenju za urgentni prijem.

Prim dr sc med Vladimir Mitov - primarijus, Doktor medicinskih nauka, Magistar medicinskih nauka, Internista, Specijalista za srčani ritam, interventni kardiolog, Šef Odeljenja invazivne dijagnostike. Odeljenje za invazivne dijagnostiku, Zdravstveni centar Zaječar. Uža naučna oblast: kardiologija. TEMA: Bradiaritmije – EKG manifestacije, kako ih prepoznati i lečiti

Dr Aleksandar Jolić - internista, specijalista za srčani ritam. Opšta kardiologija, Elektrostimulacija, Invazivna kardiologija. Zdravstveni Centar Zaječar, Interno odeljenje, Odeljenje invazivne kardiologije, Pejsmejker centar. TEMA: EKG elevacije st segmenata – kako ih prepoznati i da li treba sve lečiti?

Ass Dr Nebojša Mujović - Klinika za kardiologiju, KC Srbije, Centar za Elektrofiziologiju. TEMA: Tahiaritmije – EKG manifestacije, kako ih prepoznati i lečiti

IV SIMPOZIJUM
«PREVENCIJA, DIJAGNOSTIKA I LEČENJE HRONIČNIH NEZARAZNIH BOLESTI»
NEDELJA, 14 MAJ, 2017. GODINE

Spisak predavača

Prof. dr Svetolik Avramov – redovni profesor hirurgije u penziji. dr.sci med. opšti i vaskularni hirurg, redovni profesor Medicinskog fakulteta u Novom Sadu u penziji, redovni član AMN SLD TEMA: Inficirano dijabetesno stopalo

Prim. Mr sci. med. Dragana Lozanović - Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije "Dr Vukan Čupić", Beograd. Uža naučna oblast: socijalna pedijatrija, javno zdravlje. TEMA: Razvoj u ranom detinjstvu

Prim dr sc med Dušan Bastać - lekar, primarijus, specijalista internista-kardiolog, magistar i doktor medicinskih nauka. Internistička ordinacija "Dr Bastać", Ul Kosančićev venac br. 1619000 Zaječar. Uža naučna oblast: Kardiologija. TEMA: Ishemijska bolest srca kao vodeći uzrok mortaliteta u svetu.

Prof. dr Biljana Kocić - Medicinski fakultet Niš. Institut za javno zdravlje Niš. Vanredni profesor. Specijalista epidemiolog. TEMA: Razvoj i perspektive anamnestičkih ispitivanja u epidemiologiji.

Prof. dr Đordije Karadaglić - Redovni član Akademije medicinskih nauka Srpskog lekarskog društva, Redovni profesor. Ordinacija „Profesor Karadaglić“, Beograd. Uža naučna oblast: Dermatovenerologija. TEMA: Gljivična oboljenja kože i noktiju - dijagnostički i terapijski izazovi

Prof. Višeslav Hadži-Tanović - Spec. inter. kard. ord. "Dr Hadži-Tanović". Uža naučna oblast: Kardiologija. TEMA: Faktori rizika za kardiovaskularna oboljenja kod odraslih.

Prof. dr Radovan Bogdanović - redovni profesor, penzioner: Medicinski fakultet; Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić“ - Beograd. TEMA: Nove evropske smernice za prevenciju, dijagnozu i terapiju visokog krvnog pritiska kod dece i adolescenata

Mr sci med dr Zoran Joksimović - TEMA: Holesterol - prevencija, dijagnoza i terapija

Prim. Dr sci. Med. Dr Aleksandar Aleksić - ZC Zaječar. Zaječar. Uža naučna oblast: endokrinologija. TEMA: Hiperlipoproteinemije.

Prim Mr sci. med. dr Bratimirka Jelenković – pedijatar, subspecijalista, endokrinolog, ZC Zaječar, Rasadnička bb; Dečje odeljenje. TEMA: Prevencija, rano otkrivanje i lečenje faktora rizika za kardiovaskularna oboljenja (KVO) kod dece i mladih.

I SIMPOZIJUM
«NOVINE U DIJAGNOSTICI I TERAPIJI BOLESTI I POVREDA LOKOMOTORNOG
SISTEMA»
ČETVRTAK, 11 MAJ, 2017. GODINE

AKTUELNOSTI U DIJAGNOSTICI I TERAPIJI HRONIČNIH ARTRITISA

Doc dr Mirjana Šefik Bukilica

INSTITUT ZA REUMATOLOGIJU, MEDICINSKI FAKULTET U BEOGRADU

Rana dijagnoza hroničnih artritisa prvi je preduslov za dobru kontrolu bolesti i uspešnu primenu sintetskih i bioloških lekova koji menjaju tok bolesti (LMTB). Ova terapija ima povoljan uticaj na tok, prognozu i ishod bolesti samo ukoliko se započne na vreme, pre razvoja nepovratnih zglobnih oštećenja. Rana i pravovremena terapija prilagođena svakom bolesniku pojedinačno, opravdana je i sa ekonomskog aspekta jer smanjuje ukupnu cenu lečenja, donosi značajnu uštedu kako obolelom tako i široj društvenoj zajednici.

Novi klasifikacioni kriterijumi za dijagnozu reumatoidnog artritisa tako kao i za spondiloartritis omogućavaju ranu dijagnozu hroničnih artritisa. Takođe poslednjih godina, razvijeni su različiti indeksi za procenu aktivnosti hroničnih artritisa koji omogućavaju racionalniju primenu terapije.

Biološki lekovi (anti-TNF agensi, anti-IL6 i anti-CD20 monoklonska antitela) uneli su revoluciju u tretmanu hroničnih artritisa posebno kod bolesnika koji ne reaguju na konvencionalne modalitete lečenja. Ovi lekovi su uključeni u aktuelne preporuke za lečenje hroničnih artritisa.

SISTEMSKE BOLESTI VEZIVNOG TKIVA

Sladana Andrejević

KLINIKA ZA ALERGOLOGIJU I IMUNOLOGIJU, KLINIČKI CENTAR SRBIJE, BEOGRAD, SRBIJA

Sistemske bolesti vezivnog tkiva (SBVT) predstavljaju heterogenu grupu oboljenja u kojima može biti zahvaćen svaki deo tela. U ovu grupu oboljenja najuže gledano spadaju: sistemski eritemski lupus, sistemska skleroza, mešovita bolest vezivnog tkiva, dermato/polimiozitis, Sjögren-ov sindrom i reumatoidni artritis.

Početni stimulus za nastanak bolesti još uvek nije utvrđen, pa ova oboljenja predstavljaju izazov za dijagnostiku i lečenje. SBVT se odlikuju poremećajem aktivnosti imunskog sistema i postojanjem zapaljenja koje dovodi do pojave autoimunskog odgovora. Tipična je produkcija autoantitela, pre svega onih uperenih protiv komponenti jedra ćelije- antinukleusnih antitela (ANA) čija nam specifičnost može pomoći u postavljanju dijagnoze određenog oboljenja.

Postavljanje dijagnoze autoimunskih i autoinflamatornih oboljenja je oduvek bio težak zadatak za lekare. Klinička slika i simptomi se u ovim oboljenjima često preklapaju.

Zbog raznovrsnosti kliničke slike ustanovljeni su međunarodno priznati kriterijumi koji su važni za epidemiološka i klinička istraživanja. Dijagnoza se ipak postavlja individualno i najvažnije je da se pravilno proceni koji je organ najviše zahvaćen kako bi se primenila pravovremena i dobro izabrana terapija.

AUTOIMUNE REUMATSKE BOLESTI I TRUDNOĆA

Doc dr Bojana Stamenković

MEDICINSKI FAKULTET, NIŠ. INSTITUT ZA LEČENJE I REHABILITACIJU NIŠKA BANJA

Ranije prihvaćene paradigme kao što su spontano poboljšanje kod većine trudnica sa reumatoidnim artritismom (RA) i uglavnom nepovoljan ishod trudnoće kod SLE, APS i SSC u poslednje vreme se dovode u pitanje.

Shodno boljem poznavanju faktora rizika, sa utvrđenim značajem interdisciplinarnog pristupa u praćenju trudnoće, većina žena sa autoimunim reumatskim bolestima mogu imati uspešnu trudnoću, kada je trudnoća planirana i javlja se posle dužeg perioda remisije ili niske aktivnosti bolesti.

Loša kontrola bolesti i pogoršanje u trudnoći nosi rizik za rođenje bebe sa malom porođajnom težinom i prevremeno rođenje deteta, što ima za posledicu nastanak kratkoročnih i dugoročnih negativnih posledica tokom života.

Naročiti problem trudnoće prisutan je kod bolesnica koje ne reaguju na standardno lečenje ili kod onih sa organskim manifestacijama, koje mogu da ugroze život. Danas se intenzivno radi na istraživanju do sada nedovoljno ispitanih oblasti, kao što je plodnost kod muškaraca ili dugoročni efekat bolesti majke na plod. Problemi fertiliteta nisu retka pojava kod obolelih od autoimunskih bolesti, treba uzeti u obzir oba pola. Neophodna terapija, neposredno pre ili tokom trudnoće, zahteva uzimanje u obzir zdravlja i majke i ploda. Dugoročni efekti lekova na fetus ili novorođenče tokom laktacije, kao i kasniji efekti reumatske bolesti majke na potomke i danas su nedovoljno istražene oblasti na kojima se aktivno radi.

Pravilna kontrola i agresivno lečenje komplikacija, saradnja reumatologa i ginekologa su neophodan preduslov za uspešan ishod trudnoće.

ПОСТТРАУМАТСКА МАСНА ЕМБОЛИЈА – ПАТОФОРЕНЗИЧКИ АСПЕКТИ

проф. др Слободан Николић

ИНСТИТУТ ЗА СУДСКУ МЕДИЦИНУ МЕДИЦИНСКОГ ФАКУЛТЕТА У БЕОГРАДУ

Емболија је зачепљење лумена крвних судова или срчаних дупљи неком страном или патолошком масом донетом путем крвотока. Маса која зачепи крвни суд је емболус. Уколико је емболус масна кап, онда се ради о масној или адипозној емболији.

Природна адипозна емболија у форензичкој пракси је она која је компликација или последица болести, док је насилна (посттрауматска, егзогена) она која настаје услед трауме и у директној је вези са њом (фрактуре дугих цевастих костију, опсежне контузије поткожног масног ткива, тровања праћена некрозом јетре, итд). Од посебног су значаја оне масне емболије које се јављају као компликација неких дијагностичких или куративних процедура у лекарској пракси.

За појаву масних емболуса у крви неопходно постојање три услова: 1. разарање депоа масноћа у ткивима (нпр. фрактуре костију или нагњечења поткожног масног ткива), 2. руптуре околних венских крвних судова, и 3. повећан притисак у локалном ткиву (притисак мора бити већи од венског притиска, да би се адипозне капи могле убацити у системску циркулацију).

Дејство емболуса у плућима има две фазе. Прва фаза се састоји у механичком зачепљењу артеријске судовне мреже плућа. Ако је емболизација опсежна, развија се дифузна емболија плућа и пацијент умире због акутног плућног срца. Уколико је емболизација мања, у другој фази, долази до ослобађања слободних масних киселина из емболуса, које оштећују ткиво.

Постмортална дијагностика масне емболије плућа заснива се на макроскопском и микроскопском налазу. Макроскопски танатолошки налаз је некарактеристичан. Микроскопска дијагностика данас се заснива на стандардним и специјалним бојењима. Што је време надживљавања дуже, то је број масних емболуса у плућима мањи, јер се временом ресорбују и разграђују. Сматра се да потпуно нестају око 4-6 недеља после трауме и да их после тог времена не треба хистолошки тражити.

Емболуси из артерија плућа могу доспети у системску циркулацију на три начина: 1. преко артериовенских шантова у плућима, 2. преко анастомоза између функционалног и нутритивног крвотока плућа, и 3. преко отвореног овалног отвора.

У форензичкој пракси разматрају се три механизма којима масна емболија може узроковати смрт: као изолована масна емболија плућа (акутно плућно срце), системска масна емболија (масне капи у капиларима свих органа, али без исхемијских промена у њима) и као синдром системске масне емболије (посебан и релативно јасно дефинисан клинички ентитет). У свим случајевима поред одговарајућег макроскопског танатолошког налаза, дијагноза се у форензичком смислу мора поставити и на основу микроскопског прегледа и увида у комплетну медицинску документацију.

Данас у судскомедицинском смислу треба сматрати да је сваки прелом дуге цевасте кости (нарочито код старијих особа) праћен ослобађањем одређене количине масних емболуса у циркулацију, и да ово представља последицу прелома. С друге стране системску масну емболију треба посматрати као компликацију прелома. Потпуним схватањем патофизиологијских процеса могуће је и у случајевима са дугим временом надживљавања повреде (која у медицинском смислу није много тешка и компликована), успоставити директни узрочно-последичну везу између иницијалне трауме и смртног исхода, што је са судскокривичне стране гледишта врло битно.

ПРЕХОСПИТАЛНО ЗБРИЊАВАЊЕ ПОВРЕДА ЛОКОМОТОРНОГ СИСТЕМА

Прим. Др спец Миљан Јовић

ЗЦ ЗАЈЕЧАР, СЛУЖБА ЗА ПРИЈЕМ И ЗБРИЊАВАЊЕ УРГЕНТНИХ СТАЊА

Иако уобичајене код трауматизованих пацијената, повреде локомоторног система ретко представљају непосредну претњу по живот. Међутим, постоје и стања када ове повреде доводе до озбиљног губитка крви – спољашњег (трауме великих костију) или унутрашњег (трауме карлице са крварењем у ретроперитонеум или трауме дугих костију са унутрашњим крварењем)

Траума локомоторног система може се поделити у три основна типа:

1. Повреде опасне по живот, као што су спољашње или велико унутрашње кварење повезано са преломом карлице или фемура
2. Повреде локомоторног система које нису опасне по живот удружене са тешким (по живот опасним) повредима других органских система
3. Изоловане повреде локомоторног система, без опасности по живот

Повреде локомоторног система можемо поделити на контузије, дисторзије, луксације и преломе (фрактуре).

Сврха примарног прегледа је да идентификују и одмах третирају по живот опасне повреде. Присуство повреда које нису опасне по живот може ипак бити показатељ могуће мултисистемске трауме и не треба да скрену пажњу прехоспиталних тимова, но примарна процена треба да буде усмерена ка идентификовању показатеља трауме више органских система. Истраживање, разумевање и повезивање кинематике трауме (начина настанка траума водећи рачуна о правцу силе која је довела до настанка трауме) са конкретним повредама умногоме побољшава квалитет здравственог збрињавања трауматизованог пацијента.

Најранији третман повреда локомоторног система је имобилизација, још на терену. На тај начин постиже се вишеструки позитивни учинак – спречава се додатно повређивање ткива у околини повреде (мишићи, крвни судови, нерви, евентуално шупљи органи...), смањује се бол (веома битно за даљи третман, јер бол може да додатно погорша стање пацијента), омогућава се транспорт пацијента, без ризика од даљег трауматизовања.

Оријентација која се може направити на терену, приликом збрињавања повређених заснива се на следећим чиниоцима: деформитет, оток, бол приликом палпације или покрета. Не треба испитивати даље, већ поштовати присутне симптоме и знакове и претранспорта имобилисати повређени екстремитет.

Основни принципи који се морају строго поштовати у току имобилизације су:

- Обавезна, имобилизација најмање два суседна зглоба. Имобилизација је добро постављена само ако се учине непокретним два суседна зглоба
- Да се имобилисани уд постави у неутрални (физиолошки) положај (шака полусавијена, лакат савијен под углом од око 75 степени, колена полусавијено, стопало савијено под правим углом у односу на потколеницу). Уколико се повређени уд налази у присилном положају у таквом положају се имобилише.
- Да су меки делови тела заштићени (углавно ватом, завојем или деловима одеће). Удлаге за имобилизацију се уз тело учвршћују повескама начињеним од троуглих марама, завоја или делова одеће, при чему се чворови повеска везују изнад удлаге, а никако изнад незаштићених делова уда.
- Да су оштећене делове (ране), обавезно заштићени стерилном газом
- Да се у случају крварења, пре постављања имобилизације, најпре стави компресивни завој.
- Да је повређени уд поставити у лако елевирани положај (како би се спречио оток и обезбедила ефикасна циркулација)
- Да су врхови прстију (имобилисаног уда) увек видљиви (због процене неуро-васкуларног статуса ниже од места повреде).
- Да имобилизацију повреда кичме, карлице и већих костију врши више спасилаца.

LEČENJE OTVORENIH PRELOMA POTKOLENICE

Prof. dr. Zoran Golubović

KLINIKA ZA ORTOPEDIJU I TRAUMATOLOGIJU, KC NIŠ

Otvoreni prelomi potkolenice spadaju u najteže prelome potkolenog segmenta. Najčešće nastaju u saobraćajnim nesrećama, industrijskom traumatizmu i pri obavljanju poljoprivrednih poslova. Kod otvorenih preloma postoji komunikacija između mesta preloma i spoljašnje sredine. Otvoreni prelomi, koji su nastali povređivanjem poljoprivrednim mašinama, kontaminirani su uročnicima gasne gangrene. Lečenje otvorenih preloma potkolenice predstavlja veoma složen proces. Dok je nekada bio cilj spasti ekstremitet i život povređog, danas je cilj lečenja potpuni funkcionalni oporavak povređenog ekstremiteta

I povratak radnim i životnim aktivnostima. Odmah po prijemu pacijenta sa otvorenim prelomom potkolenice i reanimacije, treba proveriti stanje magistralnih krvnih sudova ispod mesta preloma. U slučaju sumnje na vaskularnu insuficijenciju neophodno je uraditi arteriografiju povredjenog ekstremiteta. Ukoliko je arteriografski nalaz normalan potrebno je uraditi rentgenski snimak potkolenice u dva pravca sa susednim zglobovima, kolenu i skočni zglob, da se ne bi previdele udružene povrede ovih zglobova. U operacionoj sali, nakon date anestezije pacijentu, ranu otvorenog preloma treba obilno isprati hidrogenom, fiziološkim rastvorom i povidon jodom. Nekad je potrebno utrošiti i do 10 litara tečnosti. Iz rane treba odstraniti sva strana tela, zemlju, kamenčiće, lišće, delove odeće i obuće. Neophodno je svaki deo rane pregledati i obilno isprati. Nakon toga treba uraditi debridman rane otvorenog preloma. Počinje se od površine prema dubini rane. Oštećena i avitalna koža se odstranjuje. Pri debridmanu kože treba biti pošteđan, jer je koža veoma otporna na traumu i treba odstraniti samo avitalne delove kože. Potkožno masno tkivo je slabo vaskularizovano i treba uraditi adekvatan debridman oštećenog masnog tkiva. Oštećena fascija se odstranjuje. Debridman mišićnog tkiva se radi po principu 4K. Svo mišićno tkivo koje je oštećeno (nema lepu ružičastu boju, na preseku ne krvari, kada se i kada se uhvati pincetom ne kontrahuje se) odstranjuje se, jer je nekrotično mišićno tkivo dobra podloga za mikroorganizme posebno za klostridije uzročnike gasne gangrene. Sitni deperistirani fragmenti kosti takođe se odstranjuju. Nakon repozicije prelom se stabilizuje spoljnim skeletnim fiksatorom. Rana otvorenog preloma se primarno ne zatvara, već se zatvara primarno odloženim ili sekundarnim šavom. U slučaju većih defekata može se zatvoriti fasciokutanim ili nekim drugim režnjem. Pacijentu se ordiniraju antibiotici i to cefalosporin i aminoglikozid (Longacef a 2g/24h i Amicacin a 1g/24h). U slučaju kontaminacije zemljom ordinira se i Orvažil. Antitetanusna zaštita se ordinira prema protokolu i antikoagulantna terapija (amp. Fraxiparin). Pridržavanje osnovnih principa u zbrinjavanju otvorenih preloma potkolenice spašava se ekstremitet i život pacijenta.

NESTEROIDNI ANTIINFLAMATORNI LEKOVI I KARDIOVASKULARNI SISTEM

Prim dr Sc Dušan Bastać

INTERNISTIČKA ORDINACIJA DR BASTAĆ, ZAJEČAR

UVOD I ZNAČAJ PROBLEMA: Ako se setimo dobrovoljnog povlačenja leka Vioxx(rofecoxib) od strane proizvođača 2004 godine zbog kardiotoksičnosti- to je dovoljno da ukaže na značaj problema. FDA je 2005 i 2014 postavila sve veći značaj opravdanosti upotrebe nestereoidnih anti-inflamatornih lekova (NSAID) u rizičnim populacijama. Postoje najmanje dve glavne izoforme enzima ciklooksigenaza (COX): COX-1 i COX-2. Obe izoforme katalizuju konverziju nezasićenih masnih kiselina u prostaglandin H₂, koji se dalje modifikuje tkivno-specifičnim izomerazama u biokativne lipide-prostanoide. Cox-1 ima ekspresiju konstituciono u većini tkiva i reguliše normalne ćelijske procese kao što su agregacija trombocita. COX-2 je obično nedetektabilan u većini tkiva i njegova ekspresija je indukovana inflamatornim citokinima. Trombociti sadrže samo Cox-1, koja konvertuje arahidonsku kiselinu u Tromboxan A₂, moćan pro-agregacijski i vazokonstriktivni agens. Inhibicija COX-1 posredovanog stvaranja prostaglandina u gastričnoj mukozni povećava rizik gastrointestinalne toksičnosti, erozija i krvarenja. Zato se očekivalo da će COX-2 selektivni NSAIDS posedovati antinflatorni, analgetički i antipiretički efekat bez povećanog rizika od gastrointestinalnih komplikacija. Predostavljalo se se da bi se mogao stvoriti kardiovaskularni rizik zbog selektivne COX-2 inhibicije putem pomeranja protrombotičnog balansa na površini endotela krvnih sudova i favorizovanju tromboze inhibicijom generisanja COX-2 posredovanog vaskularnog prostaciklina bez uticanja na COX-1 posredovanu produkciju tromoksana A₂.

REZULTATI velikih Randomizovanih studije i velike meta-analize:

1. Objavlivanje APPROVE (Prevenција stvaranja adenomatoznih polipa putem VIOXXa) studije u 2004 je dovelo do povlačenja rofecoxiba iz apoteka. Ova studija je pokazala da je upotreba rofecoxiba udružena sa povećanjem trombotičkih događaja. ACP (Prevenција stvaranja adenomatoznih polipa putem celecoxiba) studija je pokazala slično povećan vaskularni trombotični rizik za celecoxib.
2. Randomizovane studije i velike meta-analize su našle malo i ponekad signifikantno povišenje krvnog pritiska zbog upotrebe NSAID. Takođe ima dokaza da NSAID imaju interakciju sa antihipertenzivima u smislu smanjenja antihipertenzivnog efekta

3. Meta-analiza od 138 randomizovanih studija, koja je upoređivala efekte koksiba i tradicionalnih NSAID u odnosu na vaskularne događaje, ukazala je da dejstvo koksiba (RR 1,42: 95% interval poverenja, 1.13-1.78) kao i visoke doze diklofenaka(1.63, 1,12-2,37) i ibuprofen(1.51, 0,96-2,37) jeste udruženo sa visokim rizikom za vaskularne događaje, najčešće akutnim infarktom miokarda-AIM(1,86, 1.33-2.59). Nasuprot tome visoke doze naproksena ne povećavaju značajno rizik za kardiovaskularne događaje (0,92, 9,67-1,26).

4. Svi neaspirinski NSAID grubo procenjeno dupliraju rizik od Srčane insuficijencije(SI) a takodje povećavaju rizik od neželjenih događaja u bolesnika sa već postojećom SI, uključujući veći broj rehospitalizacija i dozno-zavisni ekcesivni rizik od mortaliteta. Ovi neželjeni efekti su prvenstveno uzrokovani kombinacijom tromboemboljskih osobina ovih lekova i oštećenjem bubrega. Ovaj KV rizik je najveći sa upotrebom coxiba i diklofenaka a najniži za naproksen (Gislasom GH, 2009).

5. U odnosu na placebo statistički značajno povećava KV rizik od teških KV neželjenih efekata za 40% je dokazan za COX-2 inhibitore i diklofenak. Taj rizik se prvenstveno odnosi na AIM, moždani udar i vaskularnu smrt. Predhodno se smatralo da kod bolesnika sa koronarnom bolešću NSAID su neutralnog rizika u kratkotrajnoj upotrebi i malim dozama (EMA 2006). Ipak akumulirali su se dokazi nema sigurnog "terapijskog prozora" (Emberson BN, Lancet 2013). Posle akutnog infarkta miokarda(AIM), rizik od smrti i rehospitalizacije od AIM izgleda da ne zavisi od trajanja lečenja sa NSAID i vremena prošlog od početka AIM(Olsen, Circulation 2012). Za diklofenak KV rizik kreće odmah po odpočinjanju terapije i kasnije perzistira. Malo ima studija o podgrupama pacijenata posle PCI sa stentovima, ali Mini-COREA studija na 909 bolesnika nije našla povišen vaskularni rizik od celekoksiba koji je korišćen 6 meseci posle implantacije stentova. Naproksen zbog svog niskog afiniteta za COX-2 enzim ima najmanje štetan KV rizik profil u upotrebi kako kod infarkta miokarda, tako i u srčanoj insuficijenciji. Postoje dokazi da je vaskularni rizik diklofenaka isti kao i kod koksiba.

6. Mogla bi da postoji uduženost korišćenja NSAID i razvoja AF. Podgrupe pacijenata sa posebno visokim rizikom za razvoj AF po uvođenju NSAID su oni sa srčanom insuficijencijom i hroničnom bubrežnom bolešću.

7. Balasiranje rizici-koristi: Za Izvesne KV pacijente se može prihvatiti minoran minimalan porast apsolutnog rizika od ozbiljnih KV komplikacijama da bi se popravio kvalitet života.

8. Preporuka Radne grupe za kardiovaskularnu farmakoterapiju Evropskog udruženja kardiologa iz 2016 godine daje algoritam u 5 koraka za farmakološki tretman muskuloskeletnog bola i degenerativnog reumatizma u pacijenata sa KVB ili sa visokim rizikom za KV bolest: I korak - optimizacija lečenja osnovne bolesti. II korak- Paracetamol + nefarmakološka terapija (mršavljenje, fizioterapija, fizičko vežbanje). III korak Paracetamol + slabiji opoidi (tramadol). IVkorak-Ne-selektivni NSAID (naproksen ≤500 mg/dan). V korak je opcija uvođenja COX 2 inhibitora, ali nije dozvoljena kod pacijenata sa KVB

ZAKLJUČCI: Propisivanje ne-aspirinskih nesteroidnih antireumatika (NSAID) zahteva u svakom pojedinačnom slučaju pažljivu evaluaciju rizika kardiovaskularnih komplikacija i krvarenja. Ne-aspirinski NSAID treba da se prodaju kao OTC lekovi (bez recepta) kada su primenjene sve mere da se osigura da njihovo dejstvo nije praćeno opasnošću od čestih kardiovaskularnih komplikacija. NSAID generalno ne treba upotrebljavati kod pacijenata sa ustanovljenom KV bolešću ili visokim rizikom (SCORE tablice) za razvoj KV bolesti, što se posebno odnosi na novije COX-2 selektivne inhibitore ili koksibe. Kada se propisuju tradicionalni NSAID, treba izbeći starije selektivne COX-2 inhibitore kao što je diklofenak, pošto nema dokaza da je terapijski superiorniji u odnosu na ostale NSAID a njihovo davanje je udruženo sa visokim kardiovaskularnim rizikom. Preporuka Radne grupe za kardiovaskularnu farmakoterapiju Evropskog udruženja kardiologa iz 2016 godine sa jakim dokazima (KLASA I) favorizuje naproksen u maloj dozi ≤500mg/dan kao lek sa najmanje štetnim kardiovaskularnim profilom. U Preporuci manje snage KLASA IIa može se primeniti i ibuprofen u dozi manjoj od ≤1200mg/dan kao relativno pouzdana alternativa.

ЕФЕКТИ ПРИМЕНЕ ЦИЛЈАНЕ ФИЗИКАЛНЕ ТЕРАПИЈЕ, PRP I APRP U LEЉENJU PARCIЈALNE RUPTURE MEDIЈALNOG KOLATERALNOG LIGAMENTA KOLENA

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

(1) SPEC. ORDINACIЈA MEDICINE SPORTA "SPORTREHAMEDICA", (2) DOM ZDRAVLЈA ŹITIŠTE, (3) FTN NOVI SAD, (4) MEDICINSKI FAKULTET NOVI SAD (STUDENT)

Uvod: Medijalni kolateralni ligament (LCM) je primarni stabilizator medijalne strane kolenog zgloba, a takođe i najčešće povređivani ligament kolena. U slučajevima kada nema težih udruženih povreda/stanja ciljanom fizikalnom terapijom može se postići odgovarajući terapijski efekat. U slučaju povreda drugih ligamenata, tetivnih struktura ili kada postoji hondromalacija bolji efekat može se postići primenom PRP (platelet-rich plasma) ili aPRP (thrombin-activated platelet-rich plasma) čiji faktori rasta ubrzavaju proces zarastanja povrede.

Cilj: utvrđivanje razlika u brzini povratka svakodnevnim životnim aktivnostima nakon parcijalne ruptуре LCM u zavisnosti od vrste primenjene terapije, kao i u zavisnosti od pridruženih povreda/stanja.

Materijal i metode: Analizirana su 73 ispitanika sa parcijalnom rupturom LCM. Ispitanici su lećeni primenom ciljane fizikalne terapije, PRP ili aPRP (thrombin-activated platelet-rich plasma) u zavisnosti od prisutnih udruženih povreda/stanja, uzrasta i starosti povrede. Dijagnostika i praćenje efekta terapije obavljane su pomoću ultrazvućnog aparata GE Logiq F6.

Rezultati: Prosećan period nakon kog su se pacijenti vraćali uobićajenom obavljanju svakodnevnih aktivnosti iznosio je 11,13 dana (odnosno 13,92 u slučaju primenjene ciljane fizikalne terapije, 12,93 u slučaju primene PRP, a 7,29 dana kada je primenjivana aPRP). Preterapijski funkcionalni prećnik LCM iznosio je prosećno 1,92 mm, a postterapijski 4,54 mm.

Primena terapije imala je veliki efekat na ovo poboljšanje ($\eta^2 = 0,8983$). Postojanje gonartroze bilo je povezano sa znaćajno sporijim povratkom svakodnevnim aktivnostima ($\rho=0,701$ $p=0,000$), kao i sa prosećno nićim postterapijskim funkcionalnim prećnikom LCM ($\rho=0,496$ $p=0,001$) u slučaju kada je primenjivana PRP ali ne i kada je primenjivana aPRP.

Zakljućak: Brzina oporavka se znaćajno razlikuje u zavisnosti od vrste primenjene terapije, pa je tako kod primene aPRP najbrži a kod primene ciljane fizikalne terapije najsporiji oporavak. Postojanje gonartroze povezano je sa loćijim i sporijim oporavkom LCM lećenih pomoću PRP, dok upotreba aPRP minimalizuje ovaj uticaj.

II SIMPOZIJUM «AKTUELНОСТИ U HIRURGIЈI I SRODNIM GRANAMA» PETAK, 12 MAЈ, 2017. GODINE

УРОЉЕНИ РАСЦЕП УСНЕ И НЕПЦА

Prof. dr sci.med. Ljubomir Panajotović

СПЕЦИЈАЛНА БОЛНИЦА ЗА ПЛАСТИЧНУ, РЕКОНСТРУКТИВНУ И ЕСТЕТСКУ ХИРУРГИЈУ "АДОНИС", БЕОГРАД

Урољени расцеп усне и непца (Schisis palati primarii et secundarii, номенклатура према ембриолошкој класификацији Kernahan-a i Stark-a која узима foramen incisivum као границу између примарног и секундарног палатума), у народу познат као "зечја усна" и "вучје непце", најчешћа је урољена аномалија главе и врата, друга по учесталости међу свим урољеним телесним аномалијама. Налази се као изолована аномалија или је у склопу комплексних синдрома. Могућ је само расцеп примарног, или само секундарног палатума, инкомплетан или комплетан, једностран или обостран, или заједно и један и други, у свим комбинацијама.

Комуникација усне и носне шупљине и прекид мишићних сфинктера, оралног, назалног и велофарингеалног доводи до функционалних проблема првенствено у говору, исхрани, слуху, а

изглед лица новорођенчета ствара психичке проблеме, најпре код родитеља, а касније и самог детета.

Лечење је комплексно, дуготрајно и тимско. Мултидисциплинарни тим чине пластични, максиларнофацијални и орални хирург, ОРЛ, логопед, педијатар, психолог, ортодонт, стоматолог, протетичар, социјални радник и други специјалисти по потреби.

Задатак примарне хируршке интервенције је реконструкција расцепљених структура у што повољнијем термину. Ставови разних хируршких тимова су различити и крећу се за усну од првог до трећег месеца, а за непце од девет до дванаест месеци до затварања расцепа примарног палатума од 3. - 6. месеца старости, тежине 5кг. и затварања расцепа секундарног палатума од 12. - 18. месеца, 10kg, хемоглобин преко 10, леукоцити испод 10 (правило десетке). Schweckendick реконструише меко непце у истој операцији кад и усну (4-6 месеци), а тврдо непце са 12-14 година са оптуратором у међувремену. Варијација је операција непца са 19-24 месеци. Са ортодонтским третманом се почиње у првих 48h по рођењу, постављањем акрилатног ортодонтског апарата који оптурира отвор на непцу омогућавајући сисање и лакшу исхрану, доводи језик у нормалан положај, усмерава алвеоларне сегменте горње вилице у оптимални положај пред хируршку интервенцију.

Најчешће примењиване хируршке технике у реконструкцији примарног палатума су Tennison-ова операција – триангуларног режња и Millard-ова "rotation-advancement" операција, код којих се затвара једна страна расцепа, а уколико је обострани, са паузом од три месеца и друга страна. Увек се код комплетних расцепа реконструише и под носа (Cheilonasorrhaphia). Операцијом Skoog & Barsky у једном оперативном акту затвара се билатерални расцеп примарног палатума.

Услов за неометено сисање и формирање и развој говора је затварање расцепа тврдог и меког непца (секундарни палатум) - palatoplastica, одн. реконструкција тврдог непца, велофарингеалног сфинктера и формирање довољно дугог и покретног меког непца. Код инкомплетног расцепа секундарног палатума ради се операција по Dorance-у, код комплетног Langenbeck-ова, Furlow-ова или најчешће Veau -Wardill- Kilner-ова операција са push-back-ом мукопериосталних режњева. У 20-40% оперисаних неопходна је фарингопластика због велофарингеалне инкомпетенције, најчешће формирањем примарног фарингеалног режња у старости 12 - 18 месеци. Индикације су: кратко меко непце, мало меког ткива за реконструкцију (потковичаст дефект), немогућност реконструкције леватора. Секундарне фарингопластике врше се после 5. а пре 12. године. Најповољније је све примарне и секундарне, корективне, операције завршити са 7 година, до укључивања детета у школски колектив и формирања шеме говора, али се могу вршити и касније уколико постоји функционална или естетска индикација. Корекције хипоплазије горње вилице врше се после навршених 18 година.

SAVREMENO LEČENJE KARCINOMA MOKRAČNE BEŠIKE

Prof Sava Micic

UROMEDICA POLIKLINIKA BEOGRAD ASOCIJACIJA PRIVATNIH ZDRAVSTVENIH USTANOVA SRBIJE

Karcinom mokracne besike je na 6 mestu pos uceсталosti, a na 3 mestu je po uceсталosti kod muskaraca, ali redji kod zena, na 11 mestu.

Histopatoloske karatersitike tumora besike se ogledaju u proceni niskog ili visokog gradusa tumora, a glavna podela je na superficijalni tumor, tkz. misicno –neinvazivni i na misicno-invazivni karcinom.

Dijagnosticke procedure se ogledaju u klasicnoj cistoskopiji, uz radioloska ispitivanja CT ili NMR karlice i abdomena. Prognisticki faktori su: dubina invazije zida mokracne besike, patoloski stadijum, i prisustvo odnosno odsutvo carcinoma in situ. Kod misicno-neinvazivnog karcinoma prognosticki faktori su: broj i velicina tumora, zahvatanje lamine proprije, i da li se radi o primarnom ili recidivnom tumoru.

Savremeni pristup ukljucuje ranu procenu stadijuma bolesti,

odnosno, gde bilo koje zahvatanje misicnog sloja mokracne besike (T2 bilo koji) ukazuje da je neophodna radikalna operacija. Danas je veoma bitno da se mogu raditi, upravo sa ranim otkrivanje invazivnih tumora, i rekonstruktivne operacije, koje omogucavaju mikciju na prirodne otvore i bolji kvalitet zivota.

S druge strane neoadjuvantna hemioterapija omogućava, da radikalna cistektomija, može da utice, u uznapređovalom karcinomu, na dužinu preživljavanja i kvalitet života tih pacijenata.

Danas se koriste i određeni molekularni markeri, koji bi ukazivali na agresivnost bolesti, te njihova sira primena, bi pomogla u ranijoj odluci o radikalnom pristupu- radikalnoj cistektomiji, kao najsigurnijem načinu lečenja ove grupe pacijenata.

CONSEQUENCES OF WAVES OF IMMIGRANTS ON DUTCH FEMALE HEALTH DATA

Mathilde E. Boon

LEIDEN CYTOLOGY AND CYTOLOGY LABORATORY

Summary of continuing education program: Exploiting the Dutch network and national database for pathology (PALGA) for the evaluation of patient care and quality control of the Leiden Cytology and Pathology Laboratory (LCPL)

Background: The Dutch national pathology database, the PALGA, was started in 1971 by pathologists. As of 2010, all 59 Dutch pathology laboratories send their pathology reports each evening to the central database. The PALGA software can identify a patient by name, sex, and date of birth. At present, the PALGA database contains 55 million histology, cytology, and post mortem reports of 10.8 million patients, the Dutch population being 16 million.

Methods: For 2009, the PALGA data traffic of the LCPL was analyzed.

Results: For the year of study, the data traffic comprised 2.1 million pathology reports and past pathology histories. For the Leiden Cytology and Pathology Laboratory (LCPL), exclusively serving general practitioners, 80,000 patients (out of 500,000) were added to the PALGA database, and 1,584 pathology diagnoses were asked for in the context of quality control of cervical cytology and dermatopathology.

Conclusions: In patient care, the Dutch pathologist profit from the historical pathology diagnoses dating back to 1971. For quality control of the LCPL, the diagnoses of other pathology laboratories of the hospitals where the patients of the general practitioners were operated, provided by the PALGA are of paramount importance.

Exploiting the coding of inflammatory events (O-axis of the Dutch KOPAC) in screenees: Dutch women versus immigrants

Background: All Dutch cervical smears (800,000 per year) are centrally archived in the Dutch national pathology database, the PALGA, in the KOPAC coding system. The KOPAC O-axis contains inflammatory events, O1 for koilocytosis, O2 for *Trichomonas vaginalis*, O3 for dysbacteriosis, O4 for *Candida*, O5 for *Gardnerella vaginalis*, O6 for non-inflammatory flora, O7 for *Actinomyces* (mainly in IUD users), O8 for *Chlamydia*, and O9 or nonspecific inflammatory changes (leucocytosis).

Methods: The participants of this study are screenees who had a smear taken in the Dutch national screening program, on the one hand screenees born in immigrant countries (immigrants) and on the other hand screenees born in the Netherlands. The database of the SBBW, one of the responsible screening organisations, encompasses over 500,000 KOPAC cytology reports of screenees, collected between 1996 and 2005.

Results: The variation of the cytoscores was maximal for *Trichomonas* (1.9‰-14.0‰), whilst for *Candida* the values were between 10.0‰ and 29.0‰. Screenees from Surinam and the Dutch Antilles had high cytoscores for *Trichomonas* and *Gardnerella*, whilst Moroccan screenees had a maximally low cytoscore for *Gardnerella* of 0.8‰. In the analysis of our data, we focused on the odds ratio (OR). The cytoscores for the pathogens *Trichomonas* and *Candida*, and for the undesirable bacterium *Gardnerella*, are by-products of cancer screening. The elevated risk for colonisation of *Gardnerella* in immigrants from Surinam, Turkey, and the Dutch Antilles is truly worrisome since it is related to the acquisition of HPV.

Conclusions: This study was possible by exploiting the O-axis of the Dutch coding system for cervical smears.

SONOELASTOGRAFIJA U ODREĐIVANJU BIRADS KLASIFIKACIJE

Doc. Dr Tihomir M. Mihailovic

ORDINACIJA ULTRAMEDIKA BEOGRAD

Ultrazvučni pregled (UZ) je način za rano otkrivanje tumora dojki. To je moguće primenom "broad-band" transducera od 18-5MHz i 12-5MHz uz SONO- CT i X-Res tehniku. Procena ovakvom tehnikom uz primenu kolor-Dopplera (CD) i 3/4D tehnike omogućava klasifikaciju promena u dojkama po BIRADS-u. Prognoza uspešnosti lečenja pacijenata zavisi od veličine promene, stepena maligniteta i imunološkog odgovora pacijenta.

Kompresiona sonoelastografija (E) dojki je procena elastičnosti-tvrdoće promene. Ona se zasniva na određivanju elastografskog skora I E/B odnosa. Ova procena je zavisna od sonografera tj. njegove subjektivne procene. U proceni stepena maligniteta promene utiče veličina E/B odnosa. Sto je on više iznad 1 to je stepen maligniteta tumora dojki veći.

Elatografski "Strain ratio" (SR) je objektivna procena zasnovana na poredjenju elastičnosti tumora u odnosu na elastičnost subkutanog masnog tkiva ili jednog dela promene sa drugim delom promene. Tu procenu radi ultrazvučna mašina.

Ako je taj odnos veći od 2,5-3 postoji sumnja da je promena maligne prirode.

Elastografski skor 2, E/B veći od 1 i SR veći od 2,5 mogu pomeriti BIRADS klasifikaciju za jednu stepenicu više

Rezultati rada pregledom 957 pacijenta ukazuju na visok procenat (91%) otkrivanju sumnjivih promena do 5mm (BIRADS 3). Zato je prvenstveno značajan adekvatan B-mod i UZ sonda L 18-5MHz. Elastografska procena može promeniti BIRADS 4a u 4b/c. Ipak iskusnom sonograferu, E nema presudnu ulogu u određivanju BIRADS klasifikacije. Najveća pomoć je u proceni atipične duktalne hiperplazije. Neodgovarajući UZ B- modom se ne može kompezovati sa E.

Zaključak: Ultrazvučni pregled 2D i 3/4D B-mod sa CD uz dopunu Elastografijom (E scor, E-B odnos i SR) čine metodom izbora u ranoj dijagnostici tumora dojki.

TREND PORODJAJA ZAJEČARSKOG PORODILIŠTA OD 1961 DO 2015

Vera Najdanović Mandić

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, DISPANZER ZA ŽENE

U Timočkoj krajini je odavno prisutan problem „bele kuge“ koji, uslovljen tokovima života, sve više dolazi do izražaja. Cilj rada je da se pokaže trend porodjaja Zaječarskog porodilišta od 1961 do 2015 g. Kao metod rada korišćena je retrospektivna analiza porodjajnog i operativnog protokola za poslednjih 55 godina. Ukupan broj porodjaja za ovih 55 godina je 43.991. Operativno je završeno 6420 porodjaja. U prvoj godini ispitivanog perioda broj porodjaja je 661, a operativno je završeno svega 16 (2,42%) porodjaja. Od te godine do 1983. g. broj porodjaja stalno raste i dostiže maksimum od 1176 porodjaja (10% operativno završenih). Nakon 1983. g. prisutan je stalni pad broja porodjaja da bi 2015. g. završili sa 428 porodjaja (43% operativno završenih). Rezultati su u skladu sa poslednjim popisom stanovnika u Zaječaru iz 2011. g. koji ukazuje na pad ukupnog broja stanovnika kao i na pad broja žena fertilelnog perioda tako da u narednom periodu ne možemo ni očekivati značajne promene.

UPOTREBA I ZLOUPOTREBA CARSKOG REZA

Prof dr Snežana Rakić

GAK „NARODNI FRONT“ BEOGRAD

Završetak porođaja operativnim putem zasigurno je spasila mnoge živote u slučajevima kada je utvrđena opstrukcija u porođaju vaginalnim putem te ima sasvim opravdan naziv sigurne operacije, odnosno siguran porođaj.

U zadnje vreme kako raste broj porođaja operativnim putem, otvara se polemika da li postoji mogućnost da se carski rez zloupotrebljava. U razvijenim zemljama se kao predmet diskusije i kritike postavlja pitanje da li se sigurnost koju pruža carski rez stavlja ispred stvarne indikacije.

U zemljama u razvoju kao i onim siromašnim, ovo pitanje pravi mnogo veći problem, usled nedostatka personala, adekvatnog smeštaja pacijentkinja u jedinice postoperativne nege kao i nedostajuće suportivne aparature.

Uočeno je da postoje velike varijacije u evaluaciji carskih rezova. Upravo je u razvijenim zemljama taj procenat značajno veći (U Severnoj i Centralnoj Americi preko 30%), dok je najniži procenat zabeležen na severnoj priobalnoj regiji Afričkog kontinenta (manje od 5%). Ista ova evaluacija pokazuje da ima porasta u broju operativnog završetka porođaja na severnoj polulopti (Severna Evropa).

U Sjedinjenim Američkim Državama sredinom sedamdesetih i osamdesetih godina prošlog veka beleži se značajan porast carskih rezova da stalnom tendencijom rasta. Zbog toga Američki Kongres Obstetričara i Ginekologa postavlja za cilj da se broj carskih rezova smanji za najmanje 15%. međjutim i pored ovog uputstva u 2005-oj godini beleži se rast carskih rezova na 30%. Carski rez u SAD spada u najčešću operaciju u hirurgiji. Opravdanje za toliki porast carskih rezova nalaze u potvrđenim mogućnostima jedinica intenzivne nege u neonatusa, posebno odličnim suportivnim mogućnostima za prevremeno rođenu decu. Kod karličnih prezentacija zbog rizika koji nosi, kao i kod situacija kada intrapartalno ne može dokazati hipoksija fetusa.

Svi napred navedeni razlozi koji su doveli do povećanja procenta za carski rez nisu smanjili perinatalni mortalitet.

Kako će se završiti porođaj, uz konsultaciju sa pacijentom, odlučuje akušer.

Vaginalni porođaj uvek preporučeni način završetka porođaja, zbog bržeg oporavka i niza drugih prednosti, ali su određena stanja obligatna za carski rez, a to je pre svega vitalni interes majke ili deteta. Carski rez je neophodno izvršiti kod placente previe, abrupcije placente, prolapsa pupčanika.

Porođaj kod karlične prezentacije vaginalnim putem jeste moguć ali zahteva iskusnog akušera. Takođe pacijentkinja mora biti upoznata sa mogućim posledicama povećanog rizika neonatalnog i maternalnog morbiditeta i dati svoj pristanak na njih.

Da li pacijent može da zahteva carski rez? Takođe jedno od pitanja, koje se postavlja u savremenom akušerstvu. Ova incidenca u SAD je 2,5%.

Da, pacijent može da izrazi želju, ali bi ga onda svakako trebalo upoznati sa potencijalnim rizicima i komplikacijama, onim koji su vezani za svaku hiruršku operaciju, ali i potencijalni akušerski rizici. Carski rez se ne preporučuje kod žena koje žele više dece zbog rizika koji nosi naredna trudnoća (placenta accreta, placenta previa i postpartalna histerektomija). Carski rez po želji pacijenta treba da se radi onda kad postoji dokumentovana fetalna plućna zrelost i ne bi trebala da se izvodi pre 39 nedelje gestacije.

Carski rez značajno povećava maternalnu smrtnost. Ona je čak 2-4 puta veća nego kod vaginalnog porođaja. Statistički ona se kreće od 1:2500 do 1:5000 operacija.

Nakon carskog reza vaginalni porođaj je uspešan u 60%-80%, dok se ruptura uterusa kao najozbiljnija komplikacija javlja u manje od 1% porođaja. Protokol postupaka se primenjuje kao kod vođenja prevremenog porođaja.

U Evropi po nekim statistikama procenat porođaja carskim rezom nakon 2005. godine iznosi 19%. Najveći procenti su i Italiji i Portugaliji (više od 30%), dok se najniži procenat beleži u Holandiji (manji od 15%).

Randomizirane studije Svetske Zdravstvene Organizacije pokazale su da povećanje carskih rezova nije doprinelo smanjenju perinatalnog morbiditeta i mortaliteta. I da ovo povećanje carskih rezova nema realnog opravdanja.

Medicinski problemi sa kojima se suočavamo nakon carskog reza jesu problemi sa placentom u narednim trudnoćama. Učestalost pojave placente previe, placente accrete kao i percrete.

Mnogi akušeri kod pacijenata koje daju anamnestički podatak o predhodnoj trudnoći koja je završena carskim rezom, opravdavaju elektivni carski rez u narednoj trudnoći, od neopravdanog sraha od rupture uterusa. Dokazana incidenca rupture je <1%.

Takođe, Kohranovom studijom je izveden zaključak da ne postoji benefit u povećanju procenta carskog reza a usled nemedicinskih razloga u terminu porođaja.

Jedan broj akušera smatra da ukoliko je došlo do oštećenja male karlice nakon vaginalnog porođaja u predhodnoj trudnoći, postoji preporuka za elektivni carski rez.

Kao mogući uzroci koji utiču na povećanje procenta za carski rez u zemljama kao što su SAD, Nemačka, Velika Britanija, povezuju sa povećanim brojem tužbi pacijenata i povećanim brojem tužbenih zahteva za materijalno obeštećenje. Dok u Skandinavskim zemljama, Holandiji i Švajcarskoj to nije slučaj.

Materijalni i socijalni status pacijentkinje se dovodi u vezu.

Socijalni status: nizak procenat carskih rezova je direktno proporcionalan nižem ekonomskom statusu. Želja da se porođaj operativnim putem završi nije izražena u pacijentkinja niskog socioekonomskog statusa. Dok recimo u Velikoj Britaniji, želja pacijentkinje predstavlja vodeću indikaciju. Neki autori smatraju da carski rez po želji pacijentkinje ima potencijalni benefit u okviru nekih socio-ekonomskih grupa.

U Srbiji globalna slika procenta carskih rezova se bitno ne razlikuje. Takođe, gledajući unazad pre dve decenije beleži se značajan rast. Pre dve decenije (1995) taj procenat je bio 8-10%. Sada u nekim centrima taj procenat iznosi od 25-30%. Godišnje se u Srbiji uradi oko 17000 carskih rezova.

Vodeća indikacija je stanje posle carskog reza sa 26%, zatim sledi staza u porođaju i disproporcija u 17%, asfiksija ploda kod 13%, karlična i nožna prezentacija ploda u 11%, trudnoće nastale iz VTO u 9%, blizanačke trudnoće- gemelli, trigemini kod 7%, PIH gestoze sa hipertenzijom u 6%, zastoj u razvoju i placente previe, abrupcije placente imaju jednaki broj zastupljenosti koji iznosi 5% i na kraju, razne anomalije su bile indikacija u svega 1% carskih rezova.

Od svih pacijentkinja koje su imale predhodni porođaj carskim rezom, svega 8% se u narednoj trudnoći porodilo vaginalnim putem, dok 92% je ponovo podvrgnuto operativnom završetku porođaja. Od svih karličnih prezentacija ploda, njih 73% je porođeno carskim rezom, dok 27% vaginalnim putem.

Kod prevremenih porođaja njih 57% je završeno carskim rezom, a 43% vaginalnim putem. Blizanačke trudnoće su u 70% porođene carskim rezom, a 30% vaginalno. Kod trudnoća nastalih iz procesa vantelesne oplodnje, porođaj je u 78,5% završen operativno, a 21,5% vaginalnim putem.

Analizom procenta carskih rezova jasno je da postoji porast u transatlantskim zemljama i samim tim raste i broj procenta zloupotrebe carskog reza.

Inicijativa obstetričara da se ova tendencija zaustavi i smanji broj procenta carskog reza ima ograničen efekat. U zemljama centralne i južne Afrike procenat ide do neverovatnih 70%. U Evropi je situacija drugačija u odnosu na druge kontinente i smatra se da je to posledica medicinske kulture. Pretpostavlja se da je razlog što u priobalnom delu Afrike procenat carskih rezova manji od 5% taj što je u tom delu izuzetno nizak stepen zdravstvene službe.

Demografske promene, godine starosti majke i socijalni uslovi imaju nezavistan uticaj na ishod operativno završenih porođaja.

Po podacima obstetričkih službi, Srbija se nalazi na šestom mestu u Evropi po procentu carskih rezova i maternalne smrtnosti.

Statistički podaci nisu urađeni po jedinstvenom statističkom obrascu za izračunavanje, te je neophodno uvesti takav da bi imali jasan i precizan uvid u rezultate rada porodilišta Srbije.

Takođe, da bi unapredili rad i postigli bolji monitoring trudnice i porodilje neophodno je uvesti jedinstvenu medicinsku dokumentaciju u svim porodilištima. Podizanje nivoa medicinske kulture direktno će uticati na bolju zdravstvenu zaštitu.

EVOLUCIJA U DIJAGNOSTICI I LEČENJU KARCINOMA JAJNIKA

Prof dr Vladimir Pažin

RUKOVODILAC PRIJEMNO-TRIJAŽNE I DIJAGNOSTIČKE SLUŽBE GAK „NARODNI FRONT“ BEOGRAD,
VANREDNI PROFESOR. MEDICINISKI FAKULTET UNIVERZITETA U BEOGRADU

Svedoci smo stalnog napretka medicine, kako u smislu boljeg razumevanja prirode različitih oboljenja, tako i u pogledu terapijskih mogućnosti koje nam stoje na raspolaganju. Evolutivni proces koji karakteriše borbu protiv karcinoma jajnika možemo posmatrati kroz nekoliko ključnih činilaca: epidemiologiju i faktore rizika, prevenciju, dijagnostiku, hirurgiju i dodatne vidove lečenja. Treba napomenuti da su dijagnostika i terapija karcinoma jajnika imali relativno sporu evoluciju uslovljenu, u velikoj meri tehnološkim napretkom.

Što se epidemiologije tiče, važno je napomenuti da se karcinom jajnika nalazi na devetom mestu po učestalosti svih malignih tumora kod žena, a na petom po smrtnosti. Rizik da žena tokom života oboli od karcinoma jajnika danas iznosi 1:70, postoji trend porasta za naredni period. Zbog nespecifične simptomatologije bolest se najčešće dijagnostikuje u odmaklom stadijumu, a incidenca je najviša između 65. i 75. godine života. Oko 90% maligniteta jajnika je epitelnog porekla. Prvo pravo prepoznavanje epidemiologije počinje krajem 19. veka radovima Virhova, kasnije Tirša.

Tokom prošlog veka dolazi i do prepoznavanja faktora rizika, koji, osim nasleđa podrazumevaju pušenje, kontakt sa raznim hemikalijama, nuliparitet, pobačaje, hormonsku stimulaciju itd.. U najskorije vreme prodor genetike povećava naša znanja o ovoj bolesti, tako da otkriće BRCA 1 i BRCA 2 i nekolicine drugih gena/antigena pospešuje mogućnosti prevencije (kontraceptivi, profilaktička salpingooforektomija).

Napredak u dijagnostici osim ginekološkog bimanualnog i kombinovanog pregleda učinila je prvo ultrazvučna dijagnostika, zatim doplerska merenja protoka kroz krvne sudove i imidžing tehnike (CT, MRI, PET CT) uz biopsije tumora pod kontrolom ultrazvuka. Napredak dodatne dijagnostike pomogao je stvaranju celovitijeg utiska o bolesti, kao npr. Rtg pluća, biohemija, laboratorija, tumorski markeri i njihove kombinacije, videolaparoskopija i pregled dojki. Takođe, shvaćena je uloga oboljenja koja po genetskoj osnovi imaju zajedničku malignu ekspresiju za jajnik i dojku, jajnik i endometrijum i jajnik i debelo crevo – Lynch sindrom. Za naredni period ostaje otkrivanje genoma i ciljana terapija, kao i stalna težnja za skrining metodama.

U lečenju karcinoma jajnika se tokom vremena iskristalisao ključni uticaj hirurgije, a u najskorijem periodu i najnovije medikamentne terapijske opcije sve više dobijaju na značaju. Hirurgija je osnov lečenja ove bolesti, a tako je shvatana tokom proteklih vekova. Od davnina su lekari pokušavali da objasne način širenja malignih tumora i nastanak metastaza. Karcinom postoji koliko i ljudska vrsta, a prvi izveštaji o tome sadržani su u egipatskim zapisima od 3000. g pne do 1500. g pne, da su mumije obolele od karcinoma jajnika. Često su to bile benigne promene, ali su i tadašnji lekari znali da se ta vrsta raka ne može lečiti. Takođe, drevni hirurzi su znali da karcinom, kada se odstrani, može ponovo da se javi. Ključne doprinose u medicini po ovompitanju dali su Celzijus, Galen i Hipokrat.

Savremeni tretman ove bolesti počinje tek pre oko sto godina, razvojem hirurgije. Radovi Bilioth-a, Handley-a i Halsted-a je naglašena važnost odstranjivanja tumora u celini, kao i regionalnih limfatika. U dvadesetom veku hirurzi razvijaju paralelno ekstenzivne hirurške postupke i minimalno invazivne tehnike, da bi se pronašao modalitet lečenja koji daje najbolji ukupan terapijski efekat. Takođe, dolazi do razvoja anestezije od Williama Mortona, 1846. godine.

Ukupan razvoj medicinske nauke hirurške tehnike i anestezije sa reanimacijom dovodi do povećanja uspeha u lečenju karcinoma jajnika i dodatnog povezivanja sa, u međuvremenu nastalom hemoterapijom. Sedamdesetih godina prošlog veka ustanovljavaju se standardi eksplorativne laparotomije za jajnik uključujući i medijalni rez trbuha. Savremena hirurgija donosi nam i pojam citoredukcije. Značaj timske rada u lečenju ovakvih pacijenata postaje presudan krajem prošlog i početkom novog milenijuma. Uz sve terapijske metode dolazi paralelno i do razvoja palijativne hirurgije i drugih palijativnih metoda kojima se obezbeđuje dostojanstvo inkurabilnim pacijentima.

Hirurgija, iako osnova, ni danas nije svemoguća zato što stanje pacijenata ne omogućava često odgovarajući operativni zahvat, a priroda bolesti povremeno prikaže pacijente sa hirurški nereseptabilnim tumorima.

Razne dodatne metode traže svoju ulogu u lečenju ove bolesti, kao što su, intraperitonealna terapija, radioterapija i biološka terapija, uz već standardnu primenu hemoterapije. Prva hemoterapija primenjena je 1978. godine za lečenje Ca ovarii. Hormonska terapija u nekim slučajevima ima odlične rezultate, kada se radi o hormon-zavisnim tumorima.

Na kraju se mora priznati da je smrtnost od karcinoma jajnika i dalje visoka i da se bolest u ranom stadijumu otkriva samo zadesno. Skrining i dalje ne postoji, niti je na vidiku. Potrebne su nove terapijske mogućnosti koje bi eventualno pružila genska terapija.

KONTROVERZE O CISTAMA JAJNIKA KOD MLADIH

Dr sci med Zoran Stanković

NAČELNIK REPUBLIČKOG CENTRA ZA PLANIRANJE PORODICE INSTITUT ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU MAJKE I DETETA SRBIJE „DR VUKAN ČUPIĆ“ BEOGRAD

Ciste i tumori jajnika su najčešće genitalne neoplazme devojčica i adolescentkinja. Potreba za očuvanjem reproduktivne funkcije čini dijagnostiku i tretman cista tumora jajnika u detinjstvu i adolescenciji složenijim i zahtevnijim, u odnosu na lečenje ciste i tumore jajnika kod odraslih.

Ciste (neneoplazije) nastaju prvenstveno usled porasta zapremine tečnosti u tumorskoj promeni, a ne zbog umnožavanja ćelija jajnika. Neneoplazmama pripadaju funkcionalne, endometrioidne i paraovarijalne ciste, kao i hiperplazije i torzije jajnika. Postoje osobenosti cista jajnika tokom fetalnog, neonatalnog, dečjeg ili adolescentnog uzrasta. Postoje brojne nejasnoće koje postoje kako u stručnoj javnosti tako i kod pacijentkinja. Predavanje ima za cilj da razjasni lokaciju ciste; razliku u veličini ako se meri dijametar i zapremina; najčešći fiziološki izgled na UZ (ultrazvuku) i česte varijante; najčešće komplikacije i sudbinu ciste; definisanje termina "policističan jajnik". Biće objašnjeni protokoli praćenja i lečenja cista jajnika prema uzrastu.

ZNAČAJ RANE DETEKCIJE KARCINOMA GRLIĆA MATERICE U OČUVANJU REPRODUKTIVNOG ZDRAVLJA ŽENA

Prof dr Radomir Živadinović

GINEKOLOŠKO AKUŠERSKA KLINIKA NIŠ

Srbija sa incidencijom od 23, 8 zauzima četvrto mesto u Evropi. Oko 1300 novoobolelih i približno 450 umrlih. Prvi program za skrining raka grlića materice u našoj zemlji je donet još 2008. godine, zbog brojnih problema u organizaciji njegovo uvođenje je počelo tek 5 godina kasnije i to samo u 18 domova zdravlja. Veliki napori ginekologa, nisu ispunjena očekivanja – nisu stvoreni uslovi i izpoštovani Evropski standardi. Krajem 2014. godine Ministarstvo je formiralo novu Republičku stručnu komisiju za uvođenje skrininga za rak dojke, grlića materice i kolorektima.

Osnovni cilj skrininga malignoma je detekcija maligne bolesti u najranijoj fazi. Skrining za rak grlića materice je specifičan jer se zasniva na detekciji i lečenju ne samo ranih formi malignoma, već se bazira na pretpostavki da će smanjenje procenta premalignih promena (pre svega CIN III) posredno dovesti do smanjenja invazivnog karcinoma. Detekcija CIN I (87.7% spontano regresiraju a u manje od 1% prelaze u invazivni kancer) nije primarni cilj i povećava procenat neželjenih posledica skrininga (dodatne procedure, frustracije pacijentkinja, overtretmane).

Citologija je zlatni, provereni, standard sa kojim se upoređuju svi ostali mogući skrining testovi. Senzitivnost 55 – 80 %, subjektivnost, neuniformno stadiranje, problem u detekciji adenopromena su razlog ovakve niže senzitivnosti. Likvidna citologija povećava senzitivnost za 10% (nebitno za uspeh skrininga). Sa druge strane nedostaci likvidne citologije su : manje abnormalnih ćelija bez traga, ćelije mogu da izgledaju manje, glandularne ćelije mogu da se skupe u lopte što otežava interpretaciju, parabazalne ćelije takođe mogu da se „grupišu“ što daje pogrešan utisak da su prisutne endometrijalne ćelije. Upotreba imunohistohemijskih markera (p16 INK, Ki 67, E6, E7...) u citologiji -nova dimenzija - razdvajanje procesa lokacije i interpretacije -predikcija i trijaža promena.

Hpv tipizacija ima veću senzitivnost 95%, bolja detekcija adenocarcinoma (63% adenokarcinoma je otkriveno kotestom HPV tipizacije nakon normalnog citološkog nalaza). Ovaj test povećava senzitivnost citologije za za 30 % ali i dodatne procedure za 12%. Nedostaci u odnosu na citologiju su: niža specifičnost koja je zavisno od starosne dobi od 77,3% - 94% (ispod 30. godine života HPV tipizacija pozitivna u oko 82%), veliki broj komercijalnih testova s različitim nivoima senzitivnosti i specifičnosti (ne postoji jasna preporuka koji metod tipizacije je preporučen za skrining), nepostojanje jasnih kriterijuma standardizacije adekvatnosti uzorka.

Upotreba HPV testa u skriningu može biti samostalna - primarni skrining (Holandija, Švedska) i u kombinaciji sa citologijom - adjunktivni skrining (SAD). Negativan HPV test uz negativnu citologiju nakon

5 godina daje samo 0,17% mogućnosti za razvoj CIN III. identično riziku skrininga samo citologijom na 3 godine 0,16%. ovo produženje intervala je značajno jer je dokazano da se u Americi invazivni kancer javlja u kategoriji žena koje se nikad nisu javile na pregled (50%) ili onih koje se nisu javile u zadnjih 5 godina (10 %). Sprečava gubljenje 36,8% pacijenata sa nezadovoljavajućim citološkim nalazom koji se kasnije ne javе za ponovljeni skrining.

Ovo predavanje će pokušati da ukaže na sve mogućnosti skrininga za rak grlića materice, sa specifičnostima vezanim za našu zemlju i benefitom vezanim za ukupno zdravlje žena i smanjenje morbiditeta i mortaliteta.

DVODIMENZIONALNA (2D) I 4D X-MATRIX (STIC) EHOKARDIOGRAFIJA U I, RANOM II I III TRIMESTRU TRUDNOĆE

Doc. Dr Tihomir M. Mihailović

ORDINACIJA „ULTRAMEDIKA“ BEOGRAD

Kratak sadržaj: Urođene srčane mane (USM) su najčešće anatomske anomalije ploda. Šest puta su češće od trizomije 21 para hromozoma. Savremena ultrazvučna dijagnostika (UZ) poslednje 2 decenije u mogućnosti je da otkrije najveći broj velikih i minor USM u prvom trimestru trudnoće 12-14 nedelja gestacije (ng). Procena sonomorfologije srca 2D tehnikom sastoji se od određivanja situsa visceralnih organa i kardijalnog aksisa, četvorošupljinskog preseka, LVOT i RVOT (znak X, B), prikaz velikih krvni sudova kroz vaskularnu peteljku na 3VV, 3VT, V konfiguraciji i presek u nivou a. subklavija. Takođe je obavezan prikaz aortnog (AA) i dukalnog luka (DA) i venske drenaže desne i leve pretkomore. Kolor-Dopplerom (CD) se procenjuje punjenje obe komore i PI indeks kroz duktus venozus (DV) i procena "e" i "a" talasa punjenja obe komore.

U ranom II trimestru tj. 16+/-2 gn se 2D fetalnom ehokardiografijom dopunjava pregled iz prvog trimestra uz posebno procenu grana AA, kontinuiteta DA i venskih drenaža pretkomora i postojanje ARSA ("soft" marker za aneuploidije)

Od 20 ng se radi 4D x-Matrix (STIC) tj. prostorno- vremenska korelacija koja omogućava procenu anatomije srca ploda 3D multiplom analizom. Ovaj pregled je moguć ako se kičma ploda nalazi između 5 i 7h uz što kraće trajanje akvizicije. U drugim položajima ploda se prati funkcija srca 2D i CD.

Pregled srca ploda 2D i STIC u III trimestru može imati ograničenja zbog položaja ploda. Najčešće je pregled srca fetusa indikovano ako plod do tada nema urađjen pregled na postojanje USM.

Za fetalnu ehokardiografiju su optimalne "broad band" ultrazvučne sonde C 2-9MHz, L 12-5 I 18-5MHz, endovaginalna 10-3MHz i X-matrix 1-6MHz

Rezultati rada pokazuju moguć pregled srca ploda u 94% u I trimestru, 98% u II trimestru na 1245 trudnica. Ovakva visoka senzitivnost fetalne ehokardiografije je moguća zbog dugogodišnjeg iskustva sonografera i primenjene ultrazvučne tehnike a manjeg stepena zavisi od BM indeksa trudnice i položaja srca ploda. Najozbiljniji ograničavajući faktor za adekvatan pregled srca je III trimestar trudnoće.

ZAKLJUČAK: 2D Fetalna ehokardiografija u I i ranom II trimestru ostaje nezamenjiva metoda u ranom otkrivanju USM i hromozomskih anomalija. Ako položaj ploda dozvoljava 4D STIC ostaje način da se pregled srca od strane neiskusnog sonografera prenese u domen iskusnog lekara.

SIVE ZONE U PATOLOGIJI

Dr Svetlana Milenković

SLUŽBA ZA PATOHISTOLOGIJU KCS BEOGRAD

U svakodnevnoj praksi sve više se susrećemo sa pojavom premalignih i malignih promena u mlađem životnom dobu žene. Često su to žene koje nisu ostvarile svoju reproduktivnu funkciju pa se nameće pitanje očuvanja fertiliteta. Pred patologe se tako postavljaju novi i teži zadaci u dijagnostici, jer su terapijski pristupi koji od njih zavise sve manje radikalni.

Osnovni problem je diferencijalna dijagnoza između benignog i malignog, kao i premalignog/malignog procesa.

Kod promena na grliću to su mikroglandularna hiperplazija i Milerijanovi papilomi, kao benigne promene, koje morfološki liče na mucinozne/svetloćelijske i serozne adenokarcinome, koji su vrlo agresivne forme. Naglašeno urastanje HSIL promene u žlezde neiskusnom oku odgovara fokusima invazije strome čak do stadijuma FIGO Ia2 i FIGO Ib1. Kod invazivnog tumora stadijuma FIGO Ib1 može se primeniti trahelektomija kao operativni postupak. Patolog mora da se izjasni o tipu i diferencijaciji tumora, postojanju limfovaskularne invazije, a na Ex tempore dijagnostici u toku operacije o statusu resekcionih ivica i limfnog nodusa „čuvara“.

Poseban problem predstavlja dijagnoza premalignih lezija u endometrijumu. U ovoj grupi promena postoji veliko neslaganje i između najvećih svetskih stručnjaka, jer kriterijumi za dijagnostiku nisu dovoljno jasno definisani. Danas su u upotrebi i različite terminologije. Prema WHO klasifikaciji koristi se termin „kompleks hiperplazija sa atipijom“ dok se u američkoj literaturi upotrebljava naziv Endometrijalna Intraepitelna neoplazija – EIN. Kako se ova stanja tretiraju medikamentozno, odluka patologa postaje još teža. Ukoliko se radi o malignom tumoru, potrebno je odrediti tip diferencijacije, jer serozna forma je prognostički loša u odnosu na endometrioidnu (za koju je neophodno odrediti gradus). Arias Stella promene u endometrijalnim žlezdama kao i atipičnu kompleks hiperplaziju sa sekrecijom je neophodno razlikovati od svetloćelijskog karcinoma koji zahteva operativni tretman.

Veliku oblast u ginekološkoj patologiji predstavljaju tumori jajnika, a posebno, granične (border line) promene. U pojedinim tipovima ovih tumora dozvoljava se postojanje invazije strome do 3mm, što interpretaciju čini kompleksnijom. Prisustvo implantata, čak i u limfnim čvorovima, i određivanje njihovog tipa – invazivni i neinvazivni – dodatno otežava postavljanje patološke dijagnoze.

Savremeno usložnjavanje patoloških klasifikacija i kriterijuma u dijagnostici stvara potrebu za uzimanjem većeg broja uzoraka, produženjem vremena potrebnog za interpretaciju, korišćenje dodatnih analiza, naročito imunohistohemije ili genetike što nameće pitanje profilisanosti patologa u određenim oblastima, ali i neophodnost timskog rada.

TERAPIJSKI MODALITETI KOD SUPTOTALNO KREZUBIH PACIJENATA

Prof. dr Ivica Stančić

KLINIKA ZA STOMATOLOŠKU PROTETIKU, STOMATOLOŠKI FAKULTET BEOGRAD

Suptotalna krezubost najčešće se vezuje za sindrom trećeg životnog doba. Često su kliničari u dilemi kada treba indikovati optimalno terapijsko rešenje za dati slučaj suptotalne krezubosti. Najčešće se zbrinjava parcijalnom akrilatnom protezom koja je nekada jedino moguće terapijsko rešenje.

Doktrina savremene stomatologije nalaže da buduća zubna nadoknada pored funkcionalnih i estetskih zahteva treba da ispunjava i profilaktičke zahteve. Kako isplanirati buduću zubnu nadoknadu da ne deluje patološki na par preostalih zuba? Da li preostali zubi mogu da doprinesu zadovoljavajućoj retenciji i stabilizaciji proteze kao i kojoj meri mogu da prihvate odgovarajući prenos pritiska žvakanja? Odgovore na ova pitanja treba dati tokom procene stanja nosećih tkiva i planiranja buduće zubne nadoknade. U zavisnosti od toga suptotalna krezubost se može zbrinuti različitim savremenim terapijskim modalitetima (supradentalne proteze, kompleksne proteze sa atečmenima ili dvostrukim krunama itd) koji će u znatnoj meri poboljšati kvalitet života pacijentu starije životne dobi.

Svaki suptotalno krezubi pacijent je slučaj za sebe kod koga treba izvršiti detaljan pregled, valjanu dijagnostiku i studiozne preprotetske analize, a tek nakon toga indikovati adekvatnu zubnu nadoknadu.

PROTEZNOI STOMATITIS – MOGUĆNOSTI PROFILAKSE

Rade Zivkovic, Mirjana Peric

UNIVERZITET U BEOGRADU, STOMATOLOSKI FAKULTET, SRBIJA

Protezni stomatitis je često oboljenje kod pacijenata koji koriste zubne proteze. Uglavnom nije praćen simptomima i karakteriše se inflamacijom i eritemom oralne sluzokože koju prekriva zubna proteza. Etiološki faktori za nastanak ovog oboljenja su: loša higijena proteze, stare proteze, neprekidno nošenje proteze, loša retencija proteze, akumulacija i formiranje biofilma bakterija i gljiva i neki sistemski faktori. Glavni uzrok oboljenja je kolonizacija i infekcija *Candida* spp. Mikroorganizmi (najviše *Candida* spp.) koji se adheriraju na sluzokožu i na površinu proteze formiraju protezni plak (biofilm). Kontinuirano gutanje mikroorganizama iz proteznog plaka izlaže pacijenta riziku od infekcije u različitim sistemima domaćina. Gljive roda *Candida* najčešći su uzročnici oportunističkih infekcija i utiču na morbiditet starih i imunodeficientnih pacijenata. Poslednjih godina otkriven je veliki broj non-albicans vrsta roda *Candida* kao uzročnika infekcija oralne sluzokože koje su rezistentne na standardnu antimikrobnu terapiju. Unapređenje metoda uzorkovanja mikrobiološkog materijala bi doprinela boljoj dijagnostici oboljenja. Do sada korišćen bris nepca često daje lažno negativan nalaz prisustva gljiva. Bris proteze kao i izlaganje proteze ultrazvuku su znatno efikasnije metode uzorkovanja.

U profilaksi oboljenja značajno mesto imaju mere u sprovođenju higijene zubne proteze. S obzirom da su gljivične infekcije često rekurentne, ponovljeno izlaganje antimikoticima može dovesti do razvoja rezistencije. Antimikotici nemaju dejstva na formirani biofilm, koji obezbeđuje gljivama sigurno okruženje za opstanak. Stoga je opravdano pokušati terapiju proteznog stomatitisa sredstvima kao što su etarska ulja koja istovremeno deluju i na biofilm i na mikroorganizme, a da pri tome nema pojave rezistencije, neželjenih efekata, ni ograničenja u primeni.

HITNA MEDICINSKA STANJA U STOMATOLOGIJI

Prof. dr Goran Jovanović Niš

MEDICINSKI FAKULTET NIŠ KLINIKA ZA STOMATOLOGIJU. ODELJENJE ZA ORALNU HIRURGIJU

U svakodnevnoj stomatološkoj praksi mogu se dogoditi različita hitna medicinska stanja koja najčešće prolaze bez ikakvih posledica nakon ukazivanja prve pomoći. Međutim, ponekad se mogu desiti vrlo neprijatne i ozbiljne komplikacije koje i životno ugrožavaju pacijenta. Zbog toga svaki stomatolog ali i pomoćno osoblje moraju biti edukovani u prepoznavanju i obradi hitnih medicinskih stanja. Najčešće komplikacije vezane su za psihogene reakcije i sinkopu. Znatno ređe su toksične reakcije na anestetik ili vazokonstriktor, a najteža i najurgentnija komplikacija je anafilaktički šok. Moguće urgentne kardiovaskularne komplikacije su posledica koronarne bolesti, od neuroloških bolesti pažnju treba obratiti na epilepsiju i cerebrovaskularnu apopleksiju, a od respiratornih na bronhijalnu astmu. Svaka stomatološka ordinacija mora biti opremljena medikamentima i uređajima za zbrinjavanje u hitnim medicinskim stanjima, a posebna pažnja treba biti usmerena na brzo povezivanje sa medicinskim službama koje mogu biti od velike koristi.

**III SIMPOZIJUM
«URGENTNA STANJA U MEDICINI I STOMATOLOGIJI»
SUBOTA, 13 MAJ, 2017. GODINE**

**"SEPSA, STARI PROBLEM, SA NOVOM KONSENZUS DEFINICIJOM" I NOVOM-
STAROM STRATEGIJOM BORBE PROTIV NJE"**

Prof. dr Steva Stanišić

KLINIKA ZA INFEKTIVNE BOLESTI KC NIŠ

Prošlo je dosta godina od druge konsenzus definicije sepse. Sta je novo u ovoj trećoj promeni i sta je sustinski novo u njoj. Novo je da se kriterijumi SIRS-a ne uzimaju kao opredeljujući u definiciji, Multiorganski otkaz organa i sto ranije prepoznavanje sepse na osnovu najostljivijih kliničkih simptoma (quiq SOFA), te početak obsrevacije i lečenja tog po život ugrozavajućeg stanja, ključni su i najvažniji momenat u uspesnoj borbi protiv sepse.

SEMILOGIJA URGENTNIH STANJA U MEDICINI

Prof. dr Svetolik Avramov

PROFESOR MEDICINSKOG FAKULTETA UNIVERZITETA U NOVOM SADU U PENZIJI, REDOVNI ČLAN
AKADEMIJE MEDICINSKIH NAUKA SRPSKOG LEKARSKOG DRUŠTVA

Urgentna stanja u medicini su dobro poznata i njihovo prepoznavanje i tretman su od posebnog interesa. Cilj ovog rada je da kategoriše poznata urgentna stanja (sindrome) PREMA STEPENU prioriteta za prepoznavanje i delovanje, a to su: prioritet za resuscitaciju, prioritet za neodložni tretman unutar 1-2 sata, prioritet za urgentni tretman unutar prvih 6 do 12 časova i prioritet za odloženi-urgentni tretman unutar prvih 24 – 48 časova.

KLINIČKE SITUACIJE (sindromi) su prema dozvoljenim vremenima za dijagnostiku i delovanje klasifikovani u sledeće kategorije: kardiocirkulatorni zastoj, akutne asfiksije, akutna aktivna krvavljenja, akutne ishemijske, akutni spatio-kompresivni sindromi, striktno anaerobne infekcije, akutne intestinalne i urinarne obstrukcije, teške hirurške aerobne infekcije, moderirana i laka trauma.

Svaki od navedenih sindroma je posebno obrađen u svim detaljima, sa precizno određenim opsegom dijagnostičkih procedura u zadatom vremenu, vremenskim limitima za definitivni tretman i terapijskim opcijama.

Ceo rad je prikazan u obliku preglednih ALGORITAMA za svaki sindrom što će kao vodič moći služiti svim zainteresovanim lekarima za brzo i adekvatno delovanje kada se suoče sa medicinskim problemom, koji zahteva brzu odluku i delovanje.

Rad će u celini biti dostupan svim učesnicima TIMOČKIH MEDICINSKIH DANA, bilo u Zborniku radova bilo kao separat (ima 12 stranica, preglednih algoritama za svaki sindrom)

Sa obzirom na aktuelnost teme, koja govori o SEMIOLOGIJI URGENTNIH STANJA U MEDICINI savremeni vodiči Asocijacija za urgentnu medicinu u svetu ali i brojnih specijalizovanih asocijacija (udruženja) kao npr. kardiologije, pulmologije, toksikologije, neurologije, traumatologije, svih hirurških grana, insistiraju na blagovremenom prepoznavanju kliničkih simptoma i znakova i pravovremenom reagovanju.

Ovo treba da znaju lekari svih specijalnosti a posebno oni koji se bave urgentnim stanjima u okviru svojih oblasti

Listu referenci koji podupiru stručno ovu tematiku, je lako pronaći na odgovarajućim sajtovima i nema smisla da je prepisujemo

АКУТНИ ЗАСТОЈ СРЦА (CARDIAC ARREST): ДА ЛИ СУ ДЕЦА (ОД ОДОЈЧЕТА ДО 10 ГОДИНА) ИСТО ШТО И МАЛИ ЉУДИ У ОДНОСУ НА ПРИМЕНУ МЕРА И ПОСТУПАКА КАРДИОПУЛМОНАЛНЕ РЕАНИМАЦИЈЕ

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

(1) ВИСОКА МЕДИЦИНСКА ШКОЛА СТРУКОВНИХ СТУДИЈА ЂУПРИЈА. (2) БЕОГРАД. (3) ОПШТА БОЛНИЦА „САВА САРЏЕРИ“, НИШ. (4) ЗДРАВСТВЕНИ ЦЕНТАР БОР

Циљ рада је да се истакну разлике и специфичности у примени мера и поступака у току кардиопулмоналне реанимације (КПР) у деце (од одојчета до 10 година) у односу на одрасле. Многа деца код акутног застоја срца нису реанимирана због страха потенцијалних реаниматора да нису обучени за КПР код деце. Тај страх је непотребан јер је много боље применити основне мере БЛС као код одраслих него не применити ништа.

Лаици морају знати да алгоритми за одрасле могу бити примењени и код деце која не одговарају на позив или не дишу нормално. Уз мање модификације деца ће успешно бити реанимирана.

Дефиниција акутног застоја срца код деце

Прекид механичке активности срца са последичним прекидом циркулације и дисања или фреквенцом рада срца < 60/минут.

Узроци акутног застоја срца код деце

. претходна респираторна или циркулаторна слабост, акцидентална асфиксија

Дијагноза акутног застоја срца код деце - знаци

- не одговара на болне дражи (кома, губитак свести)

- апнеја или тешко дисање

- одсуство циркулације (одојче - одсуство пулса на брахијалној или феморалној артерији а деца на каротидној и феморалној артерији)

- бледило или тешка цијаноза

- у случају да реаниматор није сигуран у палпацију централног пулса, КПР започиње на основу тзв. „знакова живота“ (нема покрета, кашља и нормалног дисања)

КПР - Основно одржавање живота - БЛС.

Разлике се састоје у следећем:

Према ИЛКОР-у и ЕРЦ-у поставкама код деце се примењује АБЦ след мера (одржавање проходности ваздушног пута, вештачко дисање и компресије грудног коша за одржавање циркулације) док се код одраслих примењује ЦАБ след мера (компресије за циркулацију, одржавање ваздушног пута и вештачко дисање).

- отварање ваздушног пута захватом лагано забацавање главе у назад и подизање браде врховима два прста али без притиска на мека ткива због могућности накнадне обструкције ваздушног пута.

- 5 почетних вештачких дисања пре започињања компресија грудног коша

- метода - уста на уста, нос и уста на уста и нос

- трајање удаха 1 секунда

- КПР 1 минут, одприлике 5 циклуса, пре него што реаниматор оде по помоћ уколико је сам

- минимизирање прекида КПР може се постићи ношењем одојчета или малог детета до места са кога се тражи помоћ

- компресија грудног коша - на доњој трећини грудне кости и до 1/3 anteriorno-posteriornog дијаметра грудног коша (4 цм за одојче и 5 цм за децу старију од једне године)

- употреба врхова 2 прста за притисак на грудн кош код одојчета до једне године - употреба 1 или 2 шаке за децу старију од једне године

- један реаниматор 30 : 2 однос компресија грудног коша и вештачког дисања

- више реаниматора 15 : 2 однос компресија грудног коша и вештачког дисања уз цикличну промену реаниматора

- компресије грудног коша треба да буду изведене 100 - 120/минут

- аутоматски спољни дефибрилатор - континуирани КПР док не стигне АСД. По доношењу АСД поставити електроде и пратити инструкције. За 1 - 8 година стару децу користити подешене електроде за децу уколико су на располагању а за старију одговарају и електроде за одрасле

КПР - Виша животна подршка - АЛС

Обезбеђење ваздушног пута и вентилације са опремом:

- орофарингеални и назофарингеални тубус, трахеална интубација
- данас нема основних препорука за интубацију код пре-хоспитаног застоја срца у деце. Препоручује се код озбиљно компромитованог дисајног пута и начина и трајања транспорта као и познавања вештине од стране реаниматора
- примена супраглотићких средстава (нпр. ларингеална маска) препоручује се код деце, нарочито ако се адекватна вентилација не може постићи самоширећим реанимационим балоном са маском
- вентилација реанимационим балоном са маском или преко других средствима, што пре, адекватна оксигенација са 100% O₂
- фреквенца вентилације са балоном 10/мин без прекидања компресија грудног коша
- мониторинг вентилације и оксигенације – пулсна оксиметрија (SpO₂), капнографија

Обезбеђење циркулације:

- васкуларни приступ – интравенски пут, у случају неуспеха применити интраосеални пут
- адреналин – прва и даље дозе 10 мцг/кг и.в. или и.о., максимум појединачне дозе 1 мг а даље дозе на 3 – 5 мин, сваког 2 циклуса
- амиодарон – после трећег шока 5 мг/кг у болусу а може бити поновљен после петог шока
- лидокаин – алтернатива амиодарону, прва доза 1 мг/кг, максимална доза 100 мг/по дози
- атропин – уобичајена доза 20 мцг/кг у случају брадикардије
- калцијум – рутинска употреба се не препоручује у застоју срца осим код хипокалцемије или хиперкалијемije
- натријум бикарбонат – нема јасних доказа за рутинску примену осим код пролонгираног застоја срца и/или постојања тешке ацидозе
- вазопресин – нема доказа да има предности сам или у комбинацији са адреналином
- дефибрилација – аутоматска или мануелна, монофазни или бифазни шок
- електроде за дефибрилацију - највеће могуће електроде (4,5 цм дијаметар за одојче и децу < 10 кг а 8 – 12 цм за децу > 10 кг и старије од једне године)
- положај електрода – антеро-латералан (десна - испод клавикуле, лева - аксила) , антеро-постериорни (испод леве скапуле и друга напред лево од стернума)
- доза за дефибрилацију – идеална није позната, препоручује се 4 Ј/кг за први шок а иста доза и за следеће шокове

Закључак: КПП код одојчади и деце захтева поступање по алгоритмима за децу који имају своје специфичности али реаниматори и лаици обучени за КПП одраслих не треба да одустану од КПП у случају акцидента код деце јер је преживљавање интрахоспитално и уз адекватну КПП око 20 %.

“ANEURIZME TORAKALNE I ABDOMINALNE AORTE - DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA OD SRČANOG INFARKTA I ULKUSNE BOLESTI – PRIMERI IZ PRAKSE I KONTRAVERZE”

Prof dr sci Višeslav Hadži-Tanović

KLINIKA ZA SRCE „DR HADŽI-TANOVIĆ“, BEOGRAD

Abstrakt: Bol u grudima nije uvek samo angina pectoris ili srčani infarkt, već to može da bude i bolest pluća, bolest jednjaka ili žučne kese. Diferencijalno dijagnostički treba posumnjati i na disekantnu aneurizmu ascendentne ili torakalne aorte, jer se bol projektuje u predelu grudne kosti. Aorta je najveći krvni sud u telu čoveka. Na izlaznom delu iz srca, aorta je prečnik oko 31 mm, Po izlasku iz leve komore je u vidu luka i locirana je u predelu gornjeg dela grudne kosti, odakle se sušta duž kičmenog stuba u abdomen, sve do karlice. Zato svaki bol u predelu grudne kosti treba ozbiljno shvatiti i isključiti pored svih potencijalnih uzročnika koji mogu da dovedu do smrtnog ishoda i disekantnu aneurizmu ascendentne i torakalne aorte.

Pulzacije u stomaku u predelu umbilikusa, su najčešći i najsigurniji znak aneurizme abdominalne aorte, koju može svaki čovek da primeti, ako stavi šaku na stomak u predelu pupka. U diferencijalnu dijagnozu bola u stomaku spadaju gastroenterološka oboljenja, dijafragmalni infarkt srca i ruptura aneurizme abdominalne aorte.

Ako je normalna širina abdominalne aorte oko 21 mm, svako proširenje preko 30 mm, smatra se aneurizmom, a proširenje preko 45 mm indikacija je za operaciju. Aneurizma abdominalne aorte opisana je još pre 4.000 godina, a antički lekar Galen ju je opisao kao pulziranje u trbušnoj duplji u predelu pupka.

Najčešći uzrok nastanka aneurizme trbušne aorte je arterioskleroza-zakrečavanje zida aorte i genetski nedostatak elastina u zidu aorte, što prouzrokuje proširenje aorte

Ruptura- je najteža komplikacija koja se u 75% slučajeva fatalno završi pre nego što pacijent stigne do operacione sale. Samo 10% preživi posle 30 dana od prskanja aneurizme. Smrtnost kod operisanih pacijenata posle prskanja aneurizme abdomenalne aorte je oko 50% i u najpoznatijim svetskim centrima. Ovakva visoka smrtnost zahteva dobru preventivu, ranu dijagnostiku i operativno lečenje pre prskanja aneurizma, kada je smrtnost oko 5%.

Bol u stomaku najčešće se vezuje za ulkusnu bolest. Čak i propratna simptomatologija ukazuje na ulkus: muka, povraćanje, malaksalost, bledilo itd. Medjutim zlatno je pravilo da tada treba uvek posumnjati i na dijafragmalni srčani infarkt ili na aneurizmu abdominalne aorte. Da bi se isključio infarkt srca treba obavezno uraditi EKG, ehokardiogram i srčane markere CK-MB i Troponin test. Ali ako je EKG normalan, da bi isključili koronarnu bolest treba uraditi stres eho ili test opterećenja i koronarografiju.

Prikazujemo slučajeve iz naše privatne lekarske prakse. Prvi pacijent je zbog bola u grudima i ramenu prvo lečen kod reumatologa, a kasnije kod kardiologa zbog angine pektoris. Prvo je na ehokardiogramu, a posle i na koronarografiji konstatovana disekantna aneurizma ascendentne aorte. Drugi pacijenti lečen je kod gastroenterologa, zbog bola u stomaku, a posle je zbog ES poslat kod kardiologa. Mi smo na UZ stomaka dijagnostikovali aneurizmu abdominalne aorte, koja je rupturirala tokom pregleda. Stomak je naočigled nas počeo da raste ko balon. Pacijent upada u kardiogeni šok sa srčanim zastojeom, uspešno ga reanimiramo, transportujemo ga u KC Srbije na kardiovaskularnu hirurgiju, gde je uspešno operisan.

Zato kao preventivu preporučujemo da se posle 40. godine života obavezno jedanput godišnje uradi ultrazvuk stomaka, sa obavezним pregledom abdominalne aorte, što bi bila najbolja preventiva od neprijatnih iznenadjenja.

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

ТРИЈАЖА У ОДЕЉЕЊУ ЗА УРГЕНТНИ ПРИЈЕМ

Др Миљан Јовић

СЛУЖБА ЗА ПРИЈЕМ И ЗБРИЊАВАЊЕ УРГЕНТНИХ СТАЊА, ЗЦ ЗАЈЕЧАР

Тријажа је формалан процес којим се сви пацијенти процењују одмах након доласка у службу ургентног пријема. Тријажом се дефинише хитност проблема и процењује дозвољено и очекивано вријеме чекања на почетак прегледа

Кратка историја тријаже

Назив тријажа потиче од француске ријечи "trier" што значи разврстати. Системи тријаже прво су коришћени како би се утврдили приоритети код пружања здравствене неге у ратовима на крају 18. века. Сматра се да је отац модерне тријаже Доминикуе-Жан Ларреу, главни хирург Наполеонове војске, који је увео организоване системе тријаже при прегледу рањеника са бојишта.

Сврха тријаже

Сврха тријаже је да се омогући да квалитет здравствене неге буде пропорционалан објективним клиничким критеријумима. На тај начин стандардизовани системи тријаже повећавају сигурност и осигурају једнак приступ здравственим услугама целом становништву.

Употреба стандардних система тријаже побољшава квалитет здравствене неге јер омогућава поређење кључних показатеља квалитета (тј. колико пацијент чека до почетка збрињавања).

Скала тријаже

У свету су се тријажне скале од пет категорија показале као ваљана и поуздана метода за категоризацију пацијената који траже процену и лечење на ургентном пријему у болницама. Те скале показују већи степен прецизности и поузданости у поређењу са скалама тријаже од три или четири категорије.

Успешност система тријаже може бити процењена према следећа четири критеријума:

- Корист: Скала мора бити једноставна за разумевање и примену
- Оправданост: Скала треба мерити клиничку хитност за разлику од озбиљности или сложености болести/повреда.
- Поузданост: Примена тријажне скале мора бити независна од особе која је користи, што значи да мора бити доследна.
- Сигурност: Тријажне одлуке морају бити пропорционалне с објективним клиничким критеријумима и морају оптимизирати вријеме за лекарску интервенцију.

Улога тријаже

Доношење тријажних одлука само по себи сложен је и динамичан процес. Одлуке се доносе у окружењу које је осетљиво на време, с ограниченим информацијама, за пацијенте који често немају медицинску дијагнозу.

Тријажне одлуке се деле се на примарне и секундарне. Разумевање тих одлука од велике је помоћи у описивању улоге тријаже у свакодневној пракси.

„Примарне тријажне одлуке“ везане су за утврђивање главне тегобе и одлучивање о хитности проблема и процењеног дозвољеног и очекиваног времена почетка прегледа и лечења пацијента. Кад је категорија тријаже одређена, могућа су следећа три резултата:

- Очекиване тријажне одлуке
 - тријажна категорија је одређена према главној тегоби пацијента, лекар ће га прегледати у одређеном времену и очекује се позитиван исход лијечења.
 - Високо тријажиране тријажне одлуке
 - одређена је тријажна категорија вишег приоритета него што је индиковано главном тегобом пацијента и ризичним факторима. Због тога пацијент краће чека на лекарски преглед што индиректно доводи у питање лечење осталих пацијената.
 - Ниско тријажиране тријажне одлуке
 - одређена је тријажна категорија нижег приоритета него што је индиковано главном тегобом пацијента и ризичним факторима. Због тога пацијент дуже чека на лекарски преглед што директно повећава могућност негативног исхода лечења пацијената.
- „Секундарне тријажне одлуке“ везане су за убрзавање хитног медицинског збрињавања и убрзавају проток пацијената.

AKUTNI KORONARNI SINDROM

Primarius dr Tanja Jozić

KLINIKA ZA KARDIOLOGIJU KCS

Akutni koronarni sindrom (AKS) podrazumeva grupu različitih kliničkih stanja koja nastaju kao posledica akutne ishemiје ili nekroze miokarda čiji je uzrok akutna koronarna lezija nastala kao posledica fisure (erozije) ili rupture aterosklerotičnog plaka sa posledičnom trombozom, inflamacijom i vazokonstrikcijom. AKS može da se ispolji kao: nestabilna angina pectoris i infarkt miokarda bez ST elevacije (NSTEMI-AKS), infarkt miokarda sa ST elevacijom (STEMI) i iznenadna srčana smrt. Podaci iz registara pokazuju da je NSTEMI-AKS postao učestaliji od AKS sa ST elevacijom. Bolnička smrtnost je veća kod bolesnika sa STEMI nego kod NSTEMI-AKS (7% prema 5%), ali nakon 6 meseci stope smrtnosti su vrlo slične kod oba stanja (12%, tj. 13%). Dugotrajnije praćenje pokazalo je da su stope smrtnosti više kod bolesnika sa NSTEMI-AKS nego kod onih sa STEMI, uz dvostruku razliku nakon 4 godine. Ova razlika može biti rezultat različitih profila pacijenata, s obzirom da su bolesnici sa NSTEMI-AKS obično stariji i sa više komorbiditeta, naročito dijabetes melitusom i bubrežnom insuficijencijom. Za razliku od STEMI-AKS gde se većina komplikacija javlja pre ili ubrzo nakon prezentacije, i gde ne postoji nikakva dilema u pogledu lečenja, a to je što hitnija reperfuzija okludirane koronarne arterije, kod NSTEMI-AKS dinamika dešavanja traje danima i nedeljama, što ima implikacije u strategiji lečenja.

ЕКГ ЕЛЕВАЦИЈЕ СТ СЕГМЕНАТА – КАКО ИХ ПРЕПОЗНАТИ И ДА ЛИ ТРЕБА СВЕ ЛЕЧИТИ?

Др Александра Јолић

ОДЕЉЕЊЕ ИНВАЗИВНЕ ДИЈАГНОСТИКЕ СА ПЕЈСМЈКЕР ЦЕНТРОМ-ЗЦ ЗАЈЕЧАР

Показало се, у свакодневной клиничкој пракси, да је класична медицинска едукација најчешће недовољна у интерпретацији ЕКГ-а у свакодневном лекарском раду. Посебан проблем претставља препознавање и лечење аритмија. Курс је базиран на новој подели аритмија на брадиаритмије, тахиаритмије са уским и широким QRS комплексима. Управо ова подела омогућила је лакше разумевање, препознавање и лечење аритмија.

Циљ Симпозијума ЕКГ- ХИТНА СТАЊА је приказати слушаоцима најтипичније ЕКГ манифестације најдраматичнијих аритмија, које врло чест хемодинамски и животно угрожавају пацијенте. Потребна је стална едукација да се оспособи што већи број лекара и медицинских професионалаца, који ће бити у стању да у прихватљивом временском оквиру само на основу ЕКГ-а препознају и адекватно лече пацијенте са најтежим аритмијама. Притом ће бити упознати са дијагностичким и терапијским могућностима пацијената са аритмијама на примарном, секундарном и терцијалном нивоу збрињавања.

IV SIMPOZIЈUM

«PREVENCIЈA, DIЈAGNOSTIKA I LEЋENJE HRONIЋNIH NEZARAZNIH BOLESTI»

NEDELЈA, 14 MAЈ, 2017. GODINE

INFICIRANO DIЈABETESNO STOPALO

prof. dr Svetolik Avramov

МЕДИНСКИ ФАКУЛТЕТА У NOVOM SADU У PENZIЈI, REDOVNI ČLAN АКАДЕМИЈЕ МЕДИНСКИХ НАУКА SRPSKOG LEKARSKOG DRUŠTVA (AMN SLD)

Dijabetesno stopalo је skup meko-tkivnih I koštanah lezija на stopalu kod bolesnika са šećernom bolešću. Etiopatogeneza nastanka ovog kliničkog fenomena, тако честог u našoj populaciji, је veoma kompleksna I практично је posledica delovanja četiri uzajamno potpomažuća faktora: mehanički pritisak на stopalo-oslonac, dijabetesna neuropatija, dijabetesna angiopatija I dijabetesna imunopatija. Klasična klasifikacija tkz. Simple Staging Sistemom (SSS) је veoma prihvatljiva за lekara praktičara I ukazuje на 6 /šest/ kliničkih oblika ovog entiteta: normalno stopalo, rizično dijabetesno stopalo, dijabetesno stopalo са ulceracijom, dijabetesno stopalo са infekcijom, dijabetesno stopalo са nekrozom I dijabetesno stopalo, које се не може sačuvati.

Tema ovog izlaganja је dijabetesno stopalo са infekcijom (INFICIRANO DIЈABETESNO STOPALO), које је u većini slučajeva neuropatsko, али су тежи klinički oblici по pravilu neuroishemijska stopala.

Prepoznati inficirano dijabetesno stopalo nije teško, али prepoznati klasu I težinu infekcije I одreditи adekvatan tretman zahteva malo više znanja. Infekcije kod dijabetesnog stopala су podeljene u klase od blage, moderirane, srednje, teške I veoma teške, I svaka od njih ima svoje karakteristike. Prve dve klase osim lokalnih znakova infekcije (dolor, calor, rubor, tumor, functio laesa) nemaju I simptome I znakove systemske infekcije kod bolesnika, тако да се могу tretirati ambulantno, dok preostale tri klase inficiranog dijabetesnog stopala osim izraženih lokalnim imaju I ispoljene systemske znake infekcije od systemskog inflamatornog odgovora, preko septičnog sindroma pa sve do septičnog šoka I zahtevaju hospitalni tretman.

Generalno tretman inficiranog dijabetesnog stopala zahteva: metaboličku kontrolu bolesnika, kontrolu lokalnog nalaza hirurškim metodama, kontrolu vaskularne lezije, kontrolu infekcije primenom adekvatnih antibiotika u adekvatnim dozama на osnovu dubokih kultura te konačno I edukacionu kontrolu, која се не sme zanemariti.

Edukaciona kontrola obuhvata pouke bolesnicima u načinima sprečavanja razvoja dijabetesnog stopala I njegovih komplikacija, o tegobama I znacima koji pobuđuju sumnju na razvoj infekcije u stopalu I indikuju posetu lekaru bez odlaganja, o lokalnim nalazima koji zahtevaju urgentnu hirurgiju I konačno o opštem stanju I lokalnom nalazu, koji zahtevaju bezuslovnu hospitalizaciju.

Rasprostranjenost ove komplikacije šećerne bolesti u našoj populaciji zabrinjava, te ova predavanja imaju praktičan značaj da u okviru KME daju informacije lekarima-praktičarima o današnjim shvatanjima ovog kliničkog fenomena, prepoznavanjem istog i svim aspektima zbrinjavanja.

Mnogobrojna rešenja i preporuke za ukupan tretman ovog kliničkog entiteta su dostupna preko sajtova nacionalnih i internacionalnih asocijacija za šećernu bolest, a u našoj zemlji je formulisana i NACIONALNI VODIČ ZA TRETMAN ŠEĆERNE BOLESTI I NJENIH KOMPLIKACIJA, među kojima istaknuto mesto ima baš dijabetesno stopalo.

Smatram da ovde nema velike nauke, već da se radi o praktičnom prilazu jednoj veoma često septičnoj komplikaciji šećerne bolesti naravno zasnovanom na brojnim stručnim studijama i ozbiljnom kliničkom iskustvu institucija, koje se time bave i kod nas i u inostranstvu

Mi kao zemlja nemamo mogućnosti da otvaramo posebne FOOT KLINIKE, koje su danas svakodnevica medicinske rutine u razvijenim zemljama, ali možemo naučiti naše lekare bar najvažnijim postulatima za prepoznavanje i zbrinjavanje ove komplikacije, koje inače odnosi veoma veliki deo medicinskog bužeta svake, pa prema tome i naše države.

РАЗВОЈ И ПЕРСПЕКТИВЕ АНАМНЕСТИЧКИХ ИСПИТИВАЊА У ЕПИДЕМИОЛОГИЈИ

Prof. dr Biljana Kocić

MEDICINSKI FAKULTET NIŠ. INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE NIŠ

Анамнестичка испитивања полазе од последице, тј. од болести, како би идентификовала факторе који су јој претходили. Многи аутори сматрају студију рака дојке из 1926. године (Janet Lane-Claupon) најранијим примером анамнестичких студија, која је рађена према модерним стандардима. Међутим, зачеци концепта ове опсервационе методе, налазе се у радовима француског лекара из 19. века Pierre Charles Alexandre Louis-а и његовог савременика, енглеског лекара William Augustus Guy-а.

Анамнестичке студије, чврсто постављене у епидемиологији, како због своје широке употребе тако и због драгоцених резултата, никако нису настале случајно. Проистекле су из временског контекста, важећег медицинског концепта (дефиниција случаја, интерес за етиологију и превенцију болести, фокусирање на појединца) и медицинске праксе (анамнеза тј. историја болести, груписање оболелих у серије случајева, поређење група оболелих и здравих, у циљу утврђивања ризика за појединца). Развијале су се под утицајем промена насталих у структури поремећаја здравља у развијеним земљама у првој половини 20. века, и еволуирале у оквиру епидемиологије превазилазећи поље истраживања заразних болести на простор малигних и осталих хроничних «незаразних» болести. Узимајући у обзир добро познате недостатке и предности ове методе, уз коришћење расположивих, усавршених статистичких процедура, оне и убудуће могу својим „елегантним“ дизајном допринети акумулирању знања која ће бити од значаја за унапређење здравља популације. Такође, веома је значајно и то што су једноставан концепт и јасни резултати разумљиви за широку популацију, медије, доносиоце политичких одлука, и одлука у оквиру здравствене политике.

FAKTORI RIZIKA I NACIONALNI PROGRAM ZA PREVENCIJU KARDIOVASKULARNIH OBOLJENJA U SRBIJI

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

Kardiovaskularne bolesti su na prvom mestu u svetu po broju obolelih i umrlih.

Statistika kaže da je u EU smrtnost od KVB 48% od svih bolesti, u Srbiji, koja je na žalost u svetskom vrhu, taj procenat je 62%. To stanje se svake godine pogoršava, tako da već sada u Srbiji dnevno umre od kardiovaskularnih bolesti oko 150 ljudi, odnosno godišnje umre preko 55.000 ljudi, skoro čitav grad.

Na genetiku do sada nismo mogli da utičemo, ali poslednja istraživanja pokazuju da ćemo ubuduće i tu moći preventivno da utičemo na razna oboljenja, pa i na kardiovaskularna. Ali ono što sada možemo da uradimo je da aktivno radimo na smanjenju ili uklanjanju faktora rizika, medju kojima je na prvom mestu stres, zatim hipertenzija, nizak stepen fizičkih aktivnosti, pušenje, povećane masnoće u krvi, "loša" ishrana, povećana telesna težina, šećerna bolest, hronične bolesti pluća, bubrega i drugo.

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

1. Edukaciju gradjana Srbije, putem intenzivne, višegodišnje kampanje o faktorima rizika za kardiovaskularne bolest, putem svih vrsta medija, posebno TV i elektronskih i neposrednu edukaciju pacijenata u lekarskoj ordinaciji primarne zdravstvene zaštite
2. Preventivne sistematske preglede, bar jedanput godišnje, za rano otkrivanje faktora rizika
3. Otklanjanja faktora rizika u potpunosti ili njihova amortizacija nefarmakološkom ili medikamentoznom terapijom
4. Pravovremenu i adekvatnu terapiju kardiovaskularnih oboljenja, kako u početnoj, tako i u hroničnoj fazi bolesti
5. Permanentan tretman drugih hroničnih bolesti kao što su šećerna bolest, hronično oboljenje bubrega i druga hronična oboljenja, a sve da bi se sprečile kardiovaskularne komplikacije
6. Dobra komunikacija izmedju različitih nivoa zdravstvene službe i normalno uključenje i privatnog zdravstvenog sektora kao ravnopravnog partnera

Nacionalni program prevencije kardiovaskularnih oboljenja morao bi da objedini: sve stručne kapacitete, što podrazumeva institucije i lekare iz državnog i privatnog sektora, zatim naučne institucije, SANU, medicinske fakultete, strukovna udruženja, političke partije, NGO, posebno za zaštitu prava pacijenata i druge.

Programski svako bi bio nosilac dela posla, koji bi se analizirao, merio i korigovao periodično na 6 meseci, a jedino merilo uspeha bio bi procenat smanjenja broja umrlih od kardiovaskularnih oboljenja.

NOVE EVROPSKE SMERNICE ZA PREVENCIJU, DIJAGNOZU I TERAPIJU VISOKOG KRVNOG PRITISKA KOD DECE I ADOLESCENATA

Проф. Др Радован Богдановић
ПЕНЗИОНЕР, МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ; ИНСТИТУТ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ МАЈКЕ И ДЕТЕТА СРБИЈЕ „ДР ВУКАН ЧУПИЋ“

Нове европске Смернице за превенцију, дијагнозу и терапију високог крвног притиска код деце и адолесцената

Растућа преваленција хипертензије код деце и адолесцената постала је значајан народноздравствени проблем и довела је до низа истраживања која су дала одговоре на бројна питања. После првих Смерница из 1999. године, Европско друштво за хипертензију, сумирајући напредак који је у овој области у међувремену учињен, објавило је у октобру 2016. нове Смернице у које су уграђена нова сазнања.

RAZVOJ U RANOM DETINJSTVU

Prim. Mr sci. med. Dragana Lozanović

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

Рано детињство је период до краја пете године детета, а карактерише га интензивни раст и развој у свим доменима: физичком, сензо-моторичком, психичком, емоционалном, интелектуалном, социјалном и сазнајном (1).

Неуролошка истраживања током протекле деценије потврђују да је критичан период за развој мозга у првим годинама живота детета. Период од 0 до 3 године, укључујући и пренатални, оптималан је, а свакако и критичан моменат за подршку здрављу детета током читавог његовог будућег живота. Тада је развој мозга најинтензивнији, нарочито у првим месецима, и директно утиче на учење, ментално здравље, емоционалну стабилност, самосталност, самопоуздање, социјализацију и успешност током читавог живота (2-4). У процесу развоја, неурони одговарају на стимулацију из околине међусобним повезивањем – стварају се и гранају неуронске спојнице (синапсе). Нити којима се неурони повезују (дендрити, аксони) стварају сложене нервне путеве. Ако је неурон понављано изложен стимулацији једнаког интензитета ти спојеви постају дебла. Тако сваки додир или покретање тела али и друга (психолошка, комуникациона) искуства, доносе подражаје у неуроне и стимулишу их на међусобно повезивање, синаптогенези (3,5). Основна законитост развоја јесте да се одвија по одређеном редоследу, од простијих ка сложенијим функцијама. То омогућава да се прате развојна постигнућа као и развојна очекивања, тј. компетенције које би деца требало да достигну у појединим узрасним фазама, уколико је средина у којој се развијају адекватна. Осим тога, постоји значајна индивидуална варијабилност у темпу и начину развоја, тј. индивидуалне разлике у развоју појединих функција (6). Активирање тог огромног природног потенцијала директно зависи од искустава и стимулуса којима је дете изложено у овом, критичном развојном периоду (4).

Савремене теорије о развоју детета деле став да се развој детета одвија кроз интеракцију биолошких и срединских чинилаца (1). Биоеколошки концепт развоја објашњава међузависност свих утицаја из спољашње средине на развој генетичког потенцијала детета, било да га стимулишу (заштитни фактори) или представљају ризике. Најјачи заштитни фактори су: дојење, исхрана одгобавајућа за узраст, добро физичко здравље, адекватна стимулацију у раном развојном периоду, функционална и подржавајућа породица са интеракцијама родитеља/неговатеља и детета, као и спречавање деловања бројних разноврсних фактора ризика у пре/пери/постнаталном периоду и раном детињству (1,7).

Непосредно окружење, породица, свим својим здравственим, социјалним и културним карактеристикама и капацитетима, значајно одређује квалитет и ток развоја (7,8). Вештине родитељства су кључне у одгајању: емотивној подршци, подстицању развоја и успешној комуникацији. Зато активности усмерене на свеобухватан развој потенцијала детета укључују и рад са породицом као кључним партнером (9).

Нормативан, „нормалан“ развој, јесте онај који је типичан, уобичајен, очекиван за узраст. Предуслов „нормалног“ развоја јесте структурно целовит нервни систем који остварује функционалну зрелост у складу са узрастом. Једнако је значајна средина која обезбеђује услове за неометан физички раст и за успостављање чврстих осећајних веза детета са другим особама. Повољан амбијент пружа детету могућност да учи, да истражује околину и да активно делује на њу, подстицајући и награђујући дете (2). Развојне потребе детета се реализују кроз интеракцију детета, најчешће са родитељима, али и другим особама које брину о детету, као и са широм околином.

Овај критичан период пружа велике могућности за развој, али је то, такође, период када прилике могу бити пропуштене (6). У односу на касније периоде, мала деца су осетљивија на утицаје из окружења због брзине и интензитета развојних процеса као и због различитог темпа развоја у различитим доменима. Због специфичности дечјег развоја искуства из односа са родитељима су од изузетног значаја за раст и развој детета, посебно искуства из најранијег узраста. Стабилно и подржавајуће окружење, које укључује препознавање и задовољавање потреба детета, представља основ за здраво и безбедно одрастање (11).

Породица је прво окружење у којем дете учи, а родитељ је прва одрасла особа која за дете креира искуства у којима оно истражује околину и своје могућности. Вештина родитеља да овакве активности користи како би стимулисао развој детета ослања са на капацитете родитеља за адекватно старање (сензитивност и респонсивност ка дететовим потребама, на пример): доступност родитеља за дете, спремност да се одговори на његове потребе, али и познавање дететове игре као доминантног начина на који дете сазнаје о себи и свету (12).

Због интеракције околине и развоја људског бића, негативни аспект сиромаштва интензивнији је у раном детињству и има далеко већи утицај на крајњи исход него сиромаштво у каснијем периоду живота. Сиромаштво је најјачи комплексни фактор ризика. Стално сиромаштво у пренаталном и постнаталном периоду, као и мала тежина на рођењу, заостајање у расту, повезани су с каснијим когнитивним и проблемима понашања, гојазношћу и осетљивошћу на разне болести (срца, дијабетес, менталне поремећајеи) у одраслом добу (13-15).

Деца из осетљивих група захтевају додатну пажњу и ангажовање свих ресурса локалне заједнице и друштва јер, у односу на другу децу, трпе утицаје далеко већег броја фактора ризика по здравље исоцијално функционисање: често се рађају у сиромашним домаћинствима и у неповољном су положају од самог почетка живота и, због често отежаног приступа породице услугама подршке почетном изједначавању детета са вршњацима. Међутим, родитељи деце која су маргинализована, живе у сиромаштву или оних који имају неке развојне проблеме су често препуштени сами себи са ограниченим приступом услугама које су им намењене (16).

Стога овај развојни период захтева повећану пажњу свих стручњака који се баве децом. Интензивни развој централног нервнoг система у првим месецима и годинама живота даје могућност компензације одређених можданих и чулних оштећења. Активности које се предузимају према детету и његовој породици, утичу на формирање и обликовање развојних способности детета, које ће се касније надограђивати и значајно доприносити могућностима за квалитетнији живот, радно и социјално функционисање, а ране интервенције, усмерене на децу са ризиком за настанак сметњи у развоју и децу са већ насталим сметњама, су кључне за постизање потпунијег напредовања развојних функција (17). У оквиру социјалне подршке раном развоју и раном родитељству, стручњаци примарне здравствене заштите имају незаменљиву и изузетно одговорну улогу. У периоду до 3 године живота, подршка породици и детету долази готово искључиво од стране здравственог система (12). Дете и његова / њена породица имају посету педијатрима 10 -16 пута. Они су најдоступнији родитељима и родитељи у односу на њих имају највише поверења и највећа очекивања (16).

И ако праћење развоја деце током превентивних прегледа садржи већи број процена развоја у одређеним узрастима, понекад развијеност у релевантним развојним областима није довољно обухватно/прецизно испитана/процењена - наводи се да здравствени радници откривају само 30% развојних тешкоћа и одступања од нормалног развоја и да је увиђење ратвојних скринига и инструмената за процену и праћење развоја деце, неопходно на примарном нивоу (17). Постоји реална потреба за обученим кадровима, пре свега у области педијатрије (педијатара и патронажних сестара,) у едукацији, подстицању и подржавању родитеља мале деце за рану стимулацију, као и обука за повећање њихове ефикасности у раном откривању ризика у развоју и пружање раних интервенција. Потребне деце и породица, као и здравственог система, препознате су и утицале су на доношење Националног програма за унапређење развоја у раном детињству (18). Основна опредељења Програма су промоција и подршка здравља и здравог развоја све деце у првим годинама живота, а посебно деце са присутним развојним ризицима и сметњама у развоју, и то кроз смањење и спречавање деловања фактора ризика, а подразумева ангажовање здравственог система и међусекторску сарадњу. Један од битних предуслова имплементације Програма је и развој партнерских односа са породицама, применом породичног усмерења у раду. Програм се посебно усмерава на повећање ефикасности и ефикасности здравственог система у раном препознавању развојних ризика и пружање интервенција у раном детињству кроз унапређење организације здравствене заштите, капацитета здравствених радника и сарадника, и изградњу сарадње са другим релевантним секторима и системима у заједници и координисано деловање здравственог сектора, предшколских установа, невладиних организација и струковних удружења. ЗАКЉУЧАК: Првих неколико година живота имају пресудан утицај на каснији успех детета у животу - од доброг здравља и школских достигнућа до нивоа самопоуздања, емотивне

стабилности, осећања поверења и развоја социјалних вештина. Може се рећи да овај критичан период развоја пружа велике могућности за развој сваког детета, али је то, такође, период када ове могућности могу бити пропуштене.

Могућности за превенцију у области раног развоја деце присутне су много пре зачећа. Познавање и откривање заштитних и фактора ризика за рани развој је врло значајно јер омогућава благовремено деловање у циљу унапређења развоја и превенције поремећаја развоја у раном детињству. Редовне контроле трудница, пружање адекватних информација, подршка у превазилажењу нормалне анксиозности везане за трудноћу и будуће материнство, као и редовне контроле новорођенчета и малог детета, процена и праћење уз саветовање родитеља, јесу мере које су доказале своју ефикасност.

Улагање у примарну здравствену заштиту, у циљу промоције здравља и превенције болести, суштинско је за унапређење здравља и за будућност појединца и целог друштва. Цена неулагања се дуго плаћа и може се мерити економским, социјалним, медицинским и другим показатељима.

Национални програм за унапређење развоја у раном детињству и његова примена треба да доведу до смањења преваленције и интензитета развојних тешкоћа, побољшање квалитета живота деце са сметњама у развоју и њихових породица, као и до смањења дуготрајних и скувих процеса неге и лечења, а што доводи до позитивног економског ефекта на национални буџет.

ISHEMIJSKA BOLEST SRCA KAO VODEĆI UZROK MORTALITETA U SVETU. EPIDEMIOLOGIJA, PREVENCIJA, DIJAGNOSTIKA I LEČENJE

Prim Dr Sc Dušan Bastać

INTERNISTIČKA ORDINACIJA DR BASTAĆ

Važnost ishemijske bolesti srca (Koronarna arterijska bolest), na osnovu velikih epidemioloških studija i registara bolesti jeste da i dalje ostaje vodeći uzrok smrti u svetu. Procenjuje se da 15,4 miliona stanovnika SAD ima ishemijsku bolest srca od toga 7,8 miliona hroničnu anginu pectoris i 7,6 miliona je preležalo akutni infarkt miokarda (izveštaj AHA-američkog udruženja kardiologa iz 2014 godina, Circulation 129:28, 2014). Bazirano na podacima Fremingemske studije o srčanim bolestima, životni rizik da se dobije simptomatska koronarna bolest srca posle četrdesete godine života je 49% za muškarce i 32% za žene. U 2010 godini, ishemijska bolest srca je izazvala mortalitet od 48% svih kardiovaskularnih bolesti i ostaje pojedinačni najčešći uzrok smrti u Americi kod oba pola. Ekonomski troškovi zbog ishemijske bolesti srca su ogromni i u 2010 godini su procenjeni na 204 milijarde dolara. Uprkos stalnom opadanju u mortalitetu prema starosti poslednjih decenija, ishemijska bolest srca je vodeći uzrok smrti na svetu i očekuje se da će se incidenca koronarne bolesti povećavati u niskorazvijenim zemljama i posebno u nižim socioekonomskim grupama (siromašni). Doprinosеći faktori za povećanje incidence ishemijske bolesti srca danas jesu starenje populacije, povećanje prevalencije dijabetesa i gojaznosti širom sveta i porast kardiovaskularnih faktora širom sveta. Svetska zdravstvena organizacija (WHO, SZO) prikuplja podatke o mortalitetu koristeći šifre iz Internacionalne statističke klasifikacije bolesti (ICD). Analizirajući IHD smrti u celom svetu između 1995 i 2009 godine i koristeći populacionu bazu Ujedinjenih nacija (UN) izračunata je stopa mortaliteta prema starosti po zemljama i regionima. Kao rezultat dobijeno je da je IBS pojedinačni vodeći uzrok smrti u celom svetu uzrokujući 7249000 smrti u 2008 godini što je 12,7% od totalnog globalnog mortaliteta. Postoje više od 20 puta razlike u stopi mortaliteta između raznih zemalja. Najveća stopa mortaliteta je u Istočnoj Evropi i Centralnoj Aziji, dok su niže stope mortaliteta u visoko razvijenim zemljama. Ali za subpopulaciju starosne grupe radno sposobnih osoba značajno je viši mortalitet u nerazvijenim i srednje razvijenim nego u visokorazvijenim zemljama. Tokom poslednjih 25 godina stopa mortaliteta standardizovana prema starosnim grupama je pala više nego upola u visoko ekonomski razvijenim zemljama, dok je trend konstantan ili rastući u nisko i srednje ekonomski razvijenim zemljama gde IBS čini više od 80% globalnog mortaliteta. Ipak progresivni pad smrtnosti u visoko ekonomski razvijenim zemljama pokazuje da porast mortaliteta nije neizbežan i da dobrom edukacijom stanovništva, prevencijom, skriningom, efiksnim lečenjem putem dobre organizacije hitne pomoći i reperfuzionom kateterskom ili trombolitičkom terapijom. SZO je procenila da bi 2020 godine globalni broj smrti zbog

ishemijske bolesti srca porastao na 11,1 miliona, što je ogromno povećanje u odnosu na 2005 godinu za 68%(7,6 miliona umrlih).

Stabilna ishemijska bolest srca je najčešće izazvana aterosklerotskim plakovima koji postepeno opstruiraju jednu ili više epikardnih koronarnih arterija a ostali doprinoseći faktori su endotelna disfunkcija, mikrovaskularna koronarna bolest i vazospazam. Kada vulnerabilni aterosklerotski plak rupturira dolazi do akutnog koronarnog sindroma- nestabilne angine pectoris i infarkta miokarda sa ST elevacijom (STEMI) ili bez perzistentne ST elevacijeduže od 20 minuta NON-STEMI ili NSTEMI.

Oko 40% svih slučajeva IBS pripada akutnim koronarnim sindromima(AKS) gde dominira ruptura aterosklerotskog plaka i konsekventna koronarna tromboza sa okluzijom i najčešće infarktom miokarda sa elevacijom ST segmenta na EKG(STEMI) ili ruptura plaka sa neokluzivnim trombom gde dolazi do infarkta bez ST elevacije(NSTEMI) sa nekrozom miokarda. Ako nema nekroze miokarda, radi se o nestabilnoj angini pectoris. Oko 60% IBS čine bolesnici sa stabilnom koronarnom bolesti.

Akutni infarkt miokarda (AIM) sa elevacijom ST segmenta (STEMI) je jedna od najčešćih Dg u hospitalizovanih bolesnika u industrijalizovanim zemljama. U SAD približno 525.000 pacijenata doživi novi infarkt a 190.000 rekurentni infarkt svake godine. Više od polovine smrti usled infarkta ae dešava pre dolasa u bolnicu. Intrahospitalna stopa mortaliteta po prijemu zbog AIM je smanjena od 10% na 6% tokom poslednje decenije. Mortalitet u prvoj godini posle infarkta je još uvek visok oko 15%. Mortalitet je 4 puta viši u strajigh od 75 godina u odnosu na mlađe bolesnika. Tipična klinička prezentacija je kada bolesnik ima produženu ishemičnu nelagodnost ili stezanje u grudima u mirovanju i tada se postavlja radna Dg Akutni koronarni sindrom (AKS). 12-to kanalni EKG je suštinskog značaja za dijagnozu i trijažudonešenje dijagnostičke odluke prema algortitmu za akuten koronarne sindrome. EKG omogućava diskriminacuiju izmedju bolesnika sa elevacijom ST segmenta (STEMI) od onih bez ST elevacije (NSTEMI i AKS). Serumski biomarkeri (CK-MB, troponini) se rade da bi se razlikovao NSTEMI infarkt od nestabilne angine pectoris (UA, NAP) kao i za procenu veličine infarkta kod STEMI. Većina pacijenata sa STEMI razvija Q zubac (QwAIM vs NonQ AIM), dok mali broj razvije Q zubac kod NSTEMI. Stemi nastaje uobičajeno kad se koronarni protok naglo prekine posle trombotske okluzije jedne od koronarnih arterija predhodno sužene aterosklerotskim plakom. NSTEMI I NESTABILNA ANGINA PECTORIS (UA) su najčešći oblici AKS, koji u SAD ima godišnje oko 1,1 milion pacijenata , dok STEMI čini 300.000 pacijenata. NSTEMI AKS au najčešće uzrokovani disbalansom izmedju dopremanja kiseonika i potrebe za kiseonikom usled neokludirajućeg tromba koji se formira na rupturirsnom aterosklerotskom plaku u koronarnoj arteriji uz doprinosk koronarnog spazma i mikrovaskularne bolesti. Angiografski oko 10% ima stenozu glavnog stabla leve koronarne arterije, 35% ima trosudovnu bolest, 20% dvosudovnu, 20% jednosudovnu i 15 % nema značajnu stenozu (mikrovaskularna bolest i spazam). Culprit lezija odgovorna ishemijsku se identifikuje kao uzak, končast protok uz režnjeviti i narcekan izgled suženja. Klinički depresija ST segmenta se javlja u oko 25% slučajeva i može biti tranzitorna i dg se postavlja na osnovu biomarkera-infarkt ili nestabilna angina ako su negativni. Dijagnoza hronične ishemijske bolesti srca se postavlja algoritmom u tri koraka gde anamneza i pretest verovatnoća koronarne bolesti imaju glavnu ulogu zajedno sa vezuelizacionim testovima opterećenja srca. Koronarografija s eradi uvek kod akutnih koronarnih sindroma gde treba uraditi hitnu revaskularizaciju-primarna perkutana koronaran intervencija razbijanjem intrakoronarnog tromba i balon dilatacijom stenozu sa implantacijom stenta. Stabilna koronarna bolest se leči neframakološkom terapijom dijetom, fizičkom saktivnošću i farmakološkom terapijom gde centralnu ulogu ima nitroglicerina sublingvalno, aspirin, statini, betablokatori, antagonisti kalcijuma a dodaju se i ACE inhibitori, trimetazidin, ranolazin, dugodelujući nitrati i alopurinol.

HIPERLIPOPROTEINEMIJE

Dr Aleksandar Aleksić
ZC ZAJEČAR. ZAJEČAR

Sažetak: Opšte je prihvaćeno mišljenje da su hiperlipoproteinemije jedan od najvažnijih faktora rizika za nastanak ateroskleroze i oboljenja srca.

Kardiovaskularne bolesti (KVB), a sve više i cerebrovaskularne bolesti, vodeći su uzroci morbiditeta i mortaliteta savremenog čoveka. Procenjeno je (WHO) da godišnje umire više od 7 miliona ljudi od bolesti srca. Tri glavna faktora rizika za KVB su visoki lipidi (holesterol), pušenje i hipertenzija.

Postoji opšti konsenzus da su povišene vrednosti lipida u krvi među najvažnijim faktorima rizika za razvoj ateroskleroze i oni su neposredni izvršioци oštećenja u zidu krvnog suda.

Mnogobrojna ispitivanja su pokazala da veliki broj ljudi danas ima povećane vrednosti masnoća u krvi.

Povišene vrednosti lipida u krvi – hiperlipoproteinemije (HLP) su i najčešći metabolički poremećaji u opštoj populaciji. Rizik od IBS se povećava za 2–3% za svakih 1% povećanja nivoa ukupnog holesterola, tako da muškarci starosti 55–65 godina sa povećanim ukupnim holesterolom za 10% imaju povećan mortalitet od IBS za oko 38%.

Lipidi su u organizmu važan izvor energije, ali i deo strukturnih elemenata ćelija. Osnovne frakcije lipida u krvi su holesterol, trigliceridi, fosfolipidi i masne kiseline.

U plazmi postoji više vrsta lipoproteina- VLDL, LDL, VLDL, HDL, IDL.

Laboratorijski skrining lipidnih poremećaja treba započeti u adolescentnom periodu.

Postoje više tipova lipidnih poremećaja, a pre svega mogu biti primarni i sekundarni. Sama terapija se usklađuje prema tipu poremećaja. LDL je uočen kao glavni faktor rizika za IBS i prema tome glavni cilj terapije. U poslednjih deset godina plasiran je agresivniji pristup u terapiji HLP i za primarnu i za sekundarnu prevenciju. Pokazano je u brojnim studijama da se samo sa smanjenjem LDL holesterola može smanjiti morbiditet i mortalitet od IBS za oko 40%. Tokom poslednjih 15 godina, u razvijenim zemljama Evrope i u SAD-u veoma je uspešno smanjen morbiditet i mortalitet od IBS, što je bar u 50% slučajeva bilo posledica popravljanja faktora rizika.

HOLELITIJAZA - PREVENCIJA, DIJAGNOZA I TERAPIJA

Joksimović Zoran

INTERNISTIČKA ORDINACIJA "JOKSIMOVIĆ" BOR

Holelitijaza označava prisustvo ili formiranje kalkulusa (kamenčića) u žučnoj kesici (holecistolitijaze) ili žučim kanalima (holedoholitijaze).

Faktori rizika za pojavu holelitijaze su prekomerna telesna težina, ženski pol, starost preko 40 godina, premenopauza, ishrana sa malo vlakana i puno holesterola i masti, hormonska terapija, trudnoća i oralna kontracepcija. Za nastanak holelitijaze, najčešće postoji kombinacije više pomenutih faktora.

Patofiziologija: Da bi došlo do stvaranja holesterolskih kamenaca potrebno je da budu ispinjeni sledeći uslovi: 1. Žuč mora biti prekomerno zasićena holesterolom. 2. Višak holesterola mora se istaložiti u obliku mikrokristala. 3. Mikrokristali se moraju istaložiti.

Žučni mulj se sastoji od kalcijum bilirubinata, holesterolskih mikrokristala i mucina. Mulj nastaje za vreme staze npr za vreme trudnoće ili totalne parenteralne ishrane.

Crni pigmentni kamenci su mali, tvrdi sastoje od kalcijum bilirubinata i anorganskih kalcijumovih soli. Faktori koji doprinose njihovom nastanku su alkoholizam, hronična hemoliza i starija životna dob.

Smeđi pigmentni kamenci su mekani i masni, sastoje se od bilirubinata i masnih kiselina. Stvaraju se tokom infekcije, infestacije parazitima i upale.

Klinička slika Žučni kamenci rastu 1–2 mm godišnje pa je potrebno 5–20 godina da postanu dovoljno veliki da uzrokuju simptome. Većina kamenaca nastaje u žučnoj kesici, međutim, smeđi pigmentni kamenci nastaju u žučnim kanalima kao rezultat staze. 80% o bolesnika sa žučnim kamencima nema smetnje, u preostalih simptomi variraju od bilijarnih kolika do holecistitisa ili holangitisa opasnog po život. Dijabetičari su skloni teškim oblicima bolesti. Kamenci pasirajući ductus cysticus izazivaju prolaznu opstrukciju bol -bilijarnu koliku. Bol je obično jaka, mada kod dijabetičara može biti slabija nastaje u desnom gornjem kvadrantu, i može se širiti u leđa ili niz desnu ruku. Počinje iznenada, pojačava se unutar 15 min do 1 sata, traje od jednog do 6 sati a zatim postupno popušta i nestaje unutar 30–90 min. Često se javlja mučnina i povraćanje. Iako se bilijarna kolika često javlja posle teškog obroka, masna hrana nije specifični precipitirajući faktor. Ako bolovi traju >6 sati uz povraćanje i povišenu telesnu temperaturu, treba sumnjati na holecistitis i/ili pankreatitis.

Dijagnoza Laboratorijske analize obično nisu od velike pomoći. Ultrazvuk abdomena sa 95% specifičnosti i senzitivnosti je metoda izbora za otkrivanje žučnih kamenaca. Alternativne su CT, MR i peroralna holecistografija. Asimptomatski kamenci se obično slučajno otkriju na UZ pregledu ili nativnoj grafiji abdomena iz drugih razloga.

Lečenje - Asimptomatski žučni kamencise najčešće ne leče ili se leče litolitičkom terapijom peroralnim preparatima žučnih kiselina, ili vantelesnom litotripsijom. Ipak, u dijabetičara se i asimptomatski kamenci moraju odstraniti. U 20–40% bolesnika godišnje simptomi recidiviraju, a u 1–2% razviju se komplikacije kao što su holecistitis, holedoholitijaza i pankreatitis bilijarne etiologije. Iz tih se razloga se kod simptomatskih bolesnika preporučuje holecistektomija. Klasična holecistektomija je i dalje sigurna i efikasna metoda. Međutim, laparoskopska holecistektomija je postala metoda izbora. a holecistektomija je postala jedna od najčešćih hirurških intervencija savremenog doba.

Preventiva Nastanak holecistitisa ne možemo potpuno sprečiti ali se rizik može smanjiti ako se izbegava masna hrana i ako se održava uobičajeni ritam obroka svakodnevno. Preskakanje obroka i gladovanje može da poveća rizik od kamena u žuči. Gojaznost i prekomerna težina takođe povećava rizik holecistitisa. Redukciju telesne težine treba izvoditi postepeno smanjenim unosom kalorija ali i povećanom fizičkom aktivnošću. Rapidan gubitak težine može povećati rizik od žučnih kamenaca. Ako su žučni kamenci već prisutni dijetom možemo sprečiti nastanak pogoršanje i ponovnu pojavu simptoma. Posle holecistektomije nije potrebna posebna dijeta iako te osobe i dalje obično teško podnose masnu hranu.

PREVENCIJA, RANO OTKRIVANJE I LEČENJE FAKTORA RIZIKA ZA KARDIOVASKULARNA OBOLJENJA (KVO) KOD DECE I MLADIH

Prim Mr sci. med. dr Bratimirka Jelenković
ZC ZAJEČAR, DEČJE ODELJENJE

Kardiovaskularna oboljenja (KVO) izazvana aterosklerozom su vodeći uzrok smrti u razvijenim zemljama sveta. Bolest srca je vodeći uzrok smrti upšte, moždani udar je treći vodeći uzrok. Oko 10% adolescenata od 12-19 godina imaju visok ukupni nivo holesterola, što je faktor rizika za KVO. Činioci za razvoj ateroskleroze su: starije životno doba; muški pol; pozitivna porodična anamneza za KVO, hipertenzija, dislipidemije, dijabetes melitus, pušenje i gojaznost. Osnovni činioci na koje može da se utiče su ishrana, fizička aktivnost i pušenje. Suštinsko pitanje je vreme nastanka ateroskleroze, jer ono određuje i vreme za intervenciju. Sprečavanje razvoja faktora rizika (primordijalna prevencija) i modifikovanje faktora rizika kada se otkriju (primarna prevencija) podjednako su važni.

Gojaznost se definiše kao porast telesne mase iznad arbitrarno utvrđene vrednosti, koja uzima u obzir pol, hronološki uzrast i telesnu visinu ispitanika, a koji je uslovljen prekomernim sadržajem masti u organizmu. U kliničkoj praksi koristi se Indeks telesne mase (ITM) kao važan pokazatelj viška kilograma u detinjstvu i adolescenciji i pokazuje znatan stepen korelacije sa znatno preciznijim metodama merenja ukupnog sadržaja telesne masti. Gojaznost je snažno povezana sa insulinskom rezistencijom, tipom 2 dijabetes melitusa (DM tip 2), i aterosklerotičnim kardiovaskularnim oboljenjima. Najnoviji dokazi kod dece pokazuje da je obim struka više povezan sa stepenom visceralne masti, dok ITM je više povezan sa sadržajem potkožne masti. Merenje obima struka (OS) preporučuje se za decu stariju od 12 godina, posebno onu čiji je ITM iznad + 2SD.

Hipertenzija je dobro prepoznatljiv faktor rizika za KVO kod odraslih. Nijedna studija nije bilo dovoljna da se utvrdi da li je trajanje hipertenzije dijagnostikovano, odnosno otkriveno u mladosti je povezano sa KVO u odrasloj dobi. Pored toga, manifestuje arterosklerotične KVB je izuzetno retka u detinjstvu. Ipak, dokazi da podrži vezu između povišenog krvnog pritiska i ateroskleroze u mladosti je dostupan od studija učinjenih na patologiji kao i studija neinvazivnim markerima ateroskleroze. Adolescenti sa esencijalnom hipertenzijom imaju veću prevalenciju hipertrofije levog srca, a pojedini razviju kasnije izraženiju hipertrofiju što može predstavljati povećan rizik za morbiditet od KVB u odrasloj dobi. Osobe koje imaju fibrozne plakove u 18. godini života pokazuju tendenciju da imaju veći prosečan sistolni krvni pritisak u odnosu na osobe bez promena na krvnim sudovima. DEFINICIJA HIPERTENZIJE - ostala je nepromnjena, i zasniva se na upoređivanju dobijene vrednosti sa percentilima krvnog pritiska. Hipertenzija se definiše

kao sisistolni i/ili dijasistolni krvni pritisak 95 percentila za uzrast, pol i visinu izmeren u 3 ili više odvojena merenja. Krvni pritisak veći od 90, ali manji od 95 označava se kao prehipertenzija.

Epidemija prekomerne težine i gojaznosti u mladosti povećava prevalencu prehipertenzije i hipertenzije kod dece i adolescenata. Farmakološka terapija je rezervisana za bolesnike sa hipertenzijom koji ne reaguju na promene u ponašanju, imaju dodatne kardiovaskularne faktore rizika ili dijabetes, ili su razvili oštećenje „ciljnih“ organa.

Prevalencija dislipidemija među svim mladima varira u zavisnosti od indeksa telesne mase (ITM): 14,2% kod normalne težine, 22,3% kod prekomerne težine, a 42,9% gojaznih mladića je imao najmanje 1 dislipidemiju. Američka akademija pedijatrije (AAP) preporučuje ciljani pristup skrininga. Konkretno, ovaj pristup preporučuje skrining dece (>2 godine starosti) koji imaju porodičnu anamnezu prerane kardiovaskularnih oboljenja (KVO) ili koji imaju roditelje sa dislipidemijom. Skrining se preporučuje za decu za koju je porodična anamneza nepoznata ili deca koja imaju druge faktore rizika za KVO, uključujući hipertenziju, gojaznost i dijabetes melitus.

Značaj pravilne ishrane. Ekskluzivno dojenje tokom prvih 6 meseci života je u skladu sa preporukama Kancelarije Svetske zdravstvene organizacije (SZO) i Američke akademije pedijatrije (AAP). • Dugogodišnje studije koje su pratile decu koja su dojena pokazale su mnoge zdravstvene prednosti u odnosu na faktore rizika za kardiovaskularna oboljenja (KVO), uključujući niži nivo holesterola, niži indeks telesne mase (ITM), smanjenu učestalost dijabetesa tipa 2. • U okviru odgovarajućeg uzrasta i u skladu sa adekvatnom ishranom za rast i u zdrave dece i dece sa hiperholesterolemijom, unos ukupnih masti može biti bezbedno ograničen na 30% od ukupnih kalorija, unos zasićenih masti ograničen na 7-10% od ukupnih kalorija, unos holesterola ograničen na 300 mg / dan. Masti su važni za ishranu odojčadi zbog njihove uloge u razvoju mozga i kognitivnom razvoju. Unos masti kod odojčadi do 12 meseci ne bi trebalo da bude ograničena bez medicinskih indikacija. • Preporučena je ukupni unosa masti od 30% energije, Ekspertska komisija preporučuje da se preostalih 70% od kalorija sadrži iz proteina 15-20% i iz ugljenih hidrata izvora 50 - 55%. • unos natrijuma: niži unos natrijuma je povezan sa nižim sistolnom i dijasistolnim krvnim pritiskom kod odojčadi, dece i omladine. • biljna hrana: važni su izvor niskih kalorijskih hranljivih materija, uključujući vitamine i vlakna u ishrani dece. • Smanjen unos šećera i zasladenih pića je povezan sa smanjenjem gojaznosti. Procenjene kalorijske potrebe prema polu i uzrastu date su za tri nivoa fizičke aktivnosti.

• Preporuka eksperata podržava preporuku 2008 AAP za unos vitamina D sa 400 IU / dan za odojčad i dece. Nema drugih vitamina, minerala i dodataka ishrani koji se preporučuju. PLAN ISHRANE: je prva faza promene u ishrani za decu sa dislipidemijama, prekomernom težinom, hipertenzijom, dijabetesom, za decu sa pozitivnom porodičnom anamnezom ranog KVO.

Porodična anamneza za KVO predstavlja zbirni efekat zajedničkih genetskih, biohemijskih činilaca, ponašanja i ekološke komponente. Identifikacija pozitivne porodične anamneze za kardiovaskularne bolesti i/ili kardiovaskularnih faktora rizika trebalo bi da dovede do procene svih članova porodice, posebno roditelja, za kardiovaskularne faktore rizika. Porodična anamneza se razvija kako dete sazreva, pa redovno je ažuriranje neophodni deo rutinske prevencije u pedijatriji.

ORTOSTATSKA HIPOTENZIJA KAO UZROK SINKOPE KOD STARIJIH OSOBA

Prim. dr Snežana Pavlović

SPECIJALISTIČKA ORDINACIJA ZA INTERNU MEDICINU „DR PAVLOVIĆ KARDIOLOGIJA,, BEOGRAD

Ortostatska hipotenzija (OH) je pad arterijskog krvnog pritiska prilikom ustajanja i zauzimanja uspravnog/sedećeg položaja, pri čemu dolazi do: pada sistolnog pritiska (SP) ≥ 20 mmHg ili ≥ 10 mmHg dijasistolnog pritiska (DP) ili pad srčane frekvevence >30 /min, u toku 3 min sedenja/stajanja (iz ležećeg položaja); pada SP ≥ 30 mmHg kod pacijenata sa hipertenzijom (pritisak u stojećem položaju ≥ 160 mmHg); pad DP < 90 mmHg, kod pacijenata sa DP ≥ 97 mmHg. OH se češće javlja kod starijih osoba sa učestalošću $\sim 20\%$ u dobi >65 god, OH može da se ispolji kao hronična, idopatska ortostatska intolerancija – sindrom posturalne ortostatske tahikardije (POTS), nepoznatog je uzroka, javlja se kod mlađih osoba, bez/minimalni pad pritiska, bez sinkopalnih epizoda (umor, omaglica, loša tolerancija napora, kognitivne smetnje). Na POTS ukazuje: ubrzanje pulsa za ≥ 30 /min pri promeni položaja/perzistentna tahikardija sa $f \geq$

120/min. Poseban vid OH je pojava kod bolesnika sa već postojećom arterijskom hipertenzijom (SH-OH /hipertenzija-ortostatska hipotenzija). Učestalost OH se kreće od 5% kod osoba ≤50 god do 30% kod osoba ≥70 god. (dugotrajno ležanje – slabije pokretni bolesnici ~55%; dijabetičari, IDDD, + β- blokatori, žene ~ 20% ACCORD BP St.) Faktori koji dovode do pojave OH su brojni :poremećaj funkcije baroreceptora (desenzitizacija) 8, interakcija aortokarotidnog-hemoreceptornog sistema, neurohumoralni odgovor (cerebralna autoregulacija) - vazoaktivnih substance - adenozin, NO, prostaglin, PaCO₂ >60 mmHg, hipovolemija (diuretici, gubitak/nedovoljan unos, eksec bradikinina – ACE?, karcinoid)), prateće bolesti (arterijska hipertenzija, srčana slabost, bolest vena (izraženi varikoziteti), "kapilarno curenje", tonis vaskularne muskulature (MAP), lekovi (koji deluju na autonomni nervni sistem, izazivaju autonomnu neuropatiju, vazodilatatori). SH-OH se javlja kod bolesnika sa dugotrajnom esencijalnom hipertenzijom, (13,4-32,1%), kao posledica autonomne disfunkcije (smanjeno lučenje norepinefrina-hipersenzitivni postsinaptički adrenoreceptori), disfunkcija baroreceptora, neadekvatna natrureza. 5-14,6% pacijenata ima blagu simptomatologiju. Poseban dijagnostičko tetapijski probem su bolesnici sa noćnom hipertenzijom i OH. Simptomi OH mogu da budu tipični: sa pojavom ortostatske sinkope (prolazni gubitak svesti,pri ustajanju ili sedanju, sa spontanom oporavkom, umutar 30 min, bez neurološkog deficita), atipični-svetlucanje/ispadi u vidnom polju koji se spontano povlače u ležećem položaju, palpitacije, dispneja kognitivni poremećaji, subokcipitalna glavobolja, klinički nemi (okultni) - detektuju se "slučajno". Takođe OH može da se javi kao akutna (dehrtacija, infekcija) ili hronična (autonomna disfunkcija -Levy body syndrome). Dijagnoza OH –klinička manifestacija, kontrola pritiska u ležećem i sedećem/stojećem položaju u trajanju od 3 min (preporuka!), skrinig test – posturalni test u ležećem položaju, test autonomne funkcije (head up tilt-table test HUTT). Senzitivnost UUTT testa za neurokardiogenu sinkopu 65%, specifičnosti 100%. HUTT je kontraindikovano kod pacijenata sa dokazanom OH. (mogući testovi-respiratorna sinusna aritmija–sinus aritmija odnos<1,2;Valsalva manevar –valsalva odnos < 1,4; postprandijalna hipotenzija) Senzitivnost sinus aritmija/R – 4 (skala 1-5) Valsalva /R 3. Uobičajenim i ciljanim laboratorijskim testovima je moguće potvrditi prisustvo komorbiditeta kao uzroka OH. Terapija OH – nefarmakološka i farmakološka. nefarmakološke mere: vežbe u krevetu (kod potrebe za dužim ležanjem, slabo pokreni bolesnici), postepeno ustajanje iz kreveta, vežbe, smanjeni unos alkohola, povećani unos tečnosti (1,2-2,0 lit). Izbegavati dugotrajno stajanje u mestu, spavanje na povišenom uzglavlju (manja noćna diureza i zadržavanje natrijuma!) manja količina ugljenih hidrata u obrocima (postprandijalna OH), Elastične čarape (manja rezerva krvi u venama), dodatni unos natrijuma (bez znakova srčane slabosti ili hipertenzije) .Plivanje. Farnakološke mere: Flidrokortizon (retencija Na+) 0,1 mg p.o. do 10 mg (do pojave perifernih edema!), midodrin (Gutron, ProAmatin)2,5-10,0, g p.o 3x/d (oprezno kod koronare bolesti); NSAIL - Indometacin 25-50mg3x/d (inhibicija vazodilatacije izazvane prostaglandinima) (GI simptomi); L-dihidroksifenilserin (??) precursor noradrenalina (ograničeni podaci),β-blokatori (propranolol -efekat na α-rp).

Zaključak: Ortostatska hipotenzija je čest problem, posebno kod starijih pacinetata, kao i pacijenata sa arterijskom hipertenzijom, Utvrđeno je značajno mesto OH kao nezavisnog faktora rizika za pojavi KV I CV događaj, kao FR za pogoršanje kognitivnih smetnji (vaskularna demencija). Mogućnosti za skrinig OH postoje i pri standardnom intrenističkom-kardiološkom pregledu, I treba ga uraditi kod svake sumnje na OH, kod dugotrajne esencijalne hipertenzije, starijih osoba, osoba sa izraženim oscilacijama arterijskog pritiska, ili postojanjem noćne hipertenzije (AMBP).

Prikaz slučaja:

GLJIVIČNA OBOLJENJA KOŽE I NOKTIJU - DIJAGNOSTIČKI I TERAPIJSKI IZAZOVI

Dordije Karadaglić

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

Značaj gljivica do sada je bio nešto manji u odnosu na bakterije i viruse, ali njihova uloga kao oportunističkih patogena nezaobilazna je kod imunosupresivnih osoba.

Broj obolelih od mikoza, prvenstveno stopala i ingvinalne regije, značajno raste čak i u zemljama sa visokom razvijenom opštom i zdravstvenom kulturom.

Dijagnostika gljivičnih oboljenja često nije jednostavna, a broj lečenih sa pretpostavljenom, ali ne dokazanom gljivičnom infekcijom je u porastu.

Ohiomikoze predstavljaju poseban problem, oralna terapija sprovodi se mesecima, a mikoza nije dokazana. Predavanje ima za cilj da ukaže na mogućnosti savremene dijagnostike i terapije ovih čestih bolesti.

II DAN

Naziv sesije

HIRURGIJA I SRODNE GRANE USMENE PREZENTACIJE

PORODILIŠTE BOR 1970 – 2017. BELA KUGA TIMOČKE KRAJINE

Ljubica Milošević, J. Jovanović, G. Golubović, M. Jevremović, S. Mejilanović
OPŠTA BOLNICA BOR, GINEKOLOŠKO AKUŠERSKO ODELJENJE

UVOD Između dva popisa 1991. i 2002. godine u osam opština Timočke krajine broj stanovnika je smanjen za 31.000. Čitava Timočka krajina je za deset godina izgubila jedan grad srednje veličine. Višegodišnje trajanje bele kuge ima za posledicu da je sada prosek starosti stanovnika 47 godina. Slično je i u Srbiji – stanovništvo Srbije među pet najstarijih zemalja Evrope i među deset najstarijih područja na svetu.

CILJ Pokazati podacima tendenciju smanjenja broja porođaja u 47. godišnjem ispitivanom periodu.

MATERIJAL I METODE Retrospektivni pregled porođaja Porodilišta Bor 1970. do 2017. i podaci sa popisa stanovništva 1991, 2002. i 2011. godine.

REZULTATI Selo Bor prvi put se pominje krajem 18. veka, a oko 1785. dobija naziv „po jednom velikom boru četinaru“. Ubrzani razvoj počinje posle 1903 – 1904. kada je pronađena bakarna ruda, organizovan rudnik i rudnička kolonija. Broj stanovnika 1900. godine je 775 da bi 1948. bilo 10.823 Po popisu 1991. opština Bor ima 59.420 a grad 40.861 stanovnika. 2002. opština ima 55.817 a grad 39.387 stanovnika, a 2011. opština 48.615 a grad 34.160 stanovnika.

Nova bolnica je otvorena 1934. godine i u sklopu opšte hirurgije nalazilo se ginekološko akušersko odeljenje, a od 1970. odeljenje je funkcionisalo zasebno u novoizgrađenoj zgradi. Po protokolu porodilišta broj porođaja od 1970. do 1979. je 8.094; od 1980. do 1989. je 8.278; od 1990. do 1999. – 7.035; od 2000. do 2009 – 4.883; od 2010. do 2017. – 2.917 porođaja. Po najoptimističnijoj prognozi u ovom poslednje posmatranom desetogodišnjem periodu do 2019. biće oko 4.000 porođaja.

ZAKLJUČAK Broj porođaja sve kaže! Po našim podacima i već iznetim zaključcima radova ZZJZ „Timok“ započeta je treća demografska tranzicija u Timočkoj krajini i Srbiji. Kako trenutno stvari stoje biološke budućnosti nema. To znači da ćemo se pitati, za 50 godina, da li postoje timočani.

CARSKI REZOVI NA GINEKOLOŠKO AKUŠERSKOM ODELJENJU U NEGOTINU U PERIODU OD 1959-2016

Dr Aleksandar Banković, Prim Dr Jevrosima Puslojić, Prim. Dr Nada Mihajlović, Dr Boban Istatkov, Prim Dr M. Ivić

ZDRAVSTVENI CENTAR NEGOTIN, GINEKOLOŠKO-AKUŠERSKO ODELJENJE

Cilj rada je da se prikaže trend carskih rezova u periodu od 1959-2016 godine, najčešće indikacije kao i operativna tehnika koja se koristila. Takođe prikazane su i histerektomije koju su vršene nakon carskog reza kao jedna od najtežih komplikacija.

Materijal i metode: Urađena je retrospektivna analiza porođajnih i operativnih protokola za period od 1959-2016 godine.

Rezultati rada: U pomenutom periodu bilo je 22154 porođaja. Procenat carskih rezova u ovom periodu se kretao od 0.3% do 38.9%. Najveći broj porođaja je zabeležen 1972. godine kada je bilo 597 porođaja. Operativna tehnika su se vremenom usavršavala počev od reza na koži koji je ranije uglavnom vršen donjim medijalnim rezom, kasnije su uvedeni rezovi po Pfannenstielu i po Cohenu koji se i danas koriste. Rez na uterusu se oduvek radio po Dorfleru, a od 1994. god se uterus šije u jednom sloju produžnim šavom. Od 2014 godine najčešće primenjena tehnika carskog reza je modifikacija po Vejnoviću. Zaključak: Utvrđen je stalni pad broja porođaja na godišnjem nivou uz istovremeni porast broja porođaja završenih operativnim putem. Napretkom operativne tehnike kao i savremenom anestezijom došlo je do pada komplikacija i carski rez je postao relativno bezbedna operacija.

TREND POROĐAJA KNJAŽEVAČKOG PORODILIŠTA OD 1973. DO 2016. GODINE TREND POROĐAJA PORODILIŠTA OB MAJDANPEK OD 1995. DO 2016. GODINE TREND POROĐAJA PORODILIŠTA ZC KLADOVO OD 2007. DO 2016. GODINE

Mirjana Marković (1), Radiša Arsić (2), Kristina Petrović (3), Vera Najdanović Mandić (4)

(1) ZC KNJAŽEVAC, (2) OPŠTA BOLNICA MAJDANPEK, (3) ZC KLADOVO, (4) ZC ZAJEČAR, DISPANZER ZA ŽENE

Depopulacija Timočke krajine je sve veća i opustelim selima se pridružuju poluopusteli gradovi. Cilj rada je da se prikaže trend porođaja porodilišta u Knjaževcu, Majdanpeku i Kladovu. Kao metoda rada korišćena je retrospektivna analiza porođajnog i operativnog protokola porodilišta u Knjaževcu, Majdanpeku i Kladovu.

Knjaževac je prikazao trend porođaja od 1973. do 2016. godine i ukupan broj porođaja za ovaj vremenski period je 12569. Vaginalno se porodilo 11515, a operativno je završeno 1054 porođaja. Najveći broj porođaja je bio 1982. godine – 473, kada je carskim rezom završeno 19 (4.02%). Najmanji broj porođaja je bio 2013. godine – 129, od toga carskim rezom je završeno 62 (48.06%). Procentualno carskih rezova je najviše bilo 2014. godine (53.11%).

Majdanpek je prikazao trend porođaja od 1995. do 2016. godine i ukupan broj porođaja za ovo vreme je 3007, od toga carskih rezova je 584 (19.42%). Najveći broj porođaja je bio na početku ispitivanog perioda 1995. - 228, kada je carskih rezova 24 (10.53%). Najmanji broj porođaja je bio 2014. - 82, kada je 26 (31.7%) carskih rezova. Procentualno carskih rezova je najviše bilo 2012. godine (34.48%).

Kladovo je prikazalo trend porođaja od 2007. do 2016. godine i ukupan broj porođaja za ovo vreme je 1155, od toga carskih rezova je 357 (30.91%). Najveći broj porođaja je bio 2009. - 155, kada je carskih rezova 22 (14.19%). Najmanji broj porođaja je bio 2016. - 86, kada je bilo 50 (58.14%) carskih rezova i to je procentualno najviše carskih rezova u ispitivanom periodu (58.14%).

Uočeni pad broja porođaja potvrđuje poslednji popis stanovnika Srbije iz 2011. godine koji beleži negativni prirodni priraštaj Srbije -5,2‰, a najmanji procenat prirodnog priraštaja bio je u Zaječarskom, Borskom, Topličkom i Pirotskom okrugu. Sem što se smanjuje broj stanovnika našeg kraja, još brže se smanjuje broj žena fertilnog doba (15-49g) te se u narednim godinama ne može ni očekivati pozitivna promena uočenog trenda, a samim tim biološka budućnost našeg kraja postaje neizvesna.

OPTEREĆENJE RAKOM DOJKE U SRBIJI

Miljuš D, Zivkovic S.

INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE "DR MILAN JOVANOVIĆ BATUT", DR SUBOTIĆA 5, BEOGRAD

Uvod: Širom sveta rak dojke je veliki javnozdravstveni problem i procenjuje se da trenutno u svetu sa dijagnozom raka dojke živi 6,3 miliona osoba kojima je u poslednjih pet godina otkriven rak dojke i koje su završile lečenje ili je lečenje još uvek u toku. Ova maligna bolest je učestalija među ženskim polom i na 100 obolelih žena od raka dojke, oboli jedan muškarac.

Cilj: Namera autora bila je prikazu pokazatelje opterećenja rakom dojke u Srbiji.

Materijal i metodi rada: Na osnovu dostupnih podataka, analizirani su pokazatelji obolevanja i umiranja od raka dojke u Srbiji i svetu.

Rezultati: Sa 1.670.000 novih slučajeva raka i 522.000 smrtnih ishoda, rak dojke najčešća je maligna bolest kod žena u svetu. Prosečan kumulativni rizik obolevanja od raka dojke iznosi 12,4%, odnosno postoji verovatnoća da će jedna od osam žena tokom svoga života oboleti od ove bolesti. Najveće stope obolevanja beleže se u razvijenim delovima sveta, gde je rak dojke kod žena najčešći uzrok obolevanja i drugi uzrok smrti među malignim tumorima. Incidencije raka dojke varirale su u rasponu od 27,0/100.000 u Centralnoj Africi i Istočnoj Aziji, do 91,1/100.000 u Zapadnoj Evropi i Severnoj Americi. Stope mortaliteta varirale su od 6,2/100.000 u Istočnoj Aziji do 20,1/100.000 u Zapadnoj Africi. U Srbiji se dijagnoza raka dojke godišnje postavi kod približno 4400 žena i 75 muškaraca. Prognoze govore da će 2035. godine u našoj zemlji od raka dojke oboleti 5800 i umreti 2300 žena. Iako su muškarci mnogo manje skloni raku dojke nego žene, bolest se kod njih u proseku dijagnostikuje u starijoj životnoj dobi nego kod žena. Od 1999. do 2014. godine standardizovane stope incidencije raka dojke evidentirale su slične vrednosti i u proseku je kod naših žena bila 60,8/100.000. Uzrasno-specifične stope incidencije od raka dojke kod žena rasle su sa godinama života i najviše vrednosti evidentirane su nakon 45. godine. Tokom poslednje tri i po decenije, standardizovane stope mortaliteta od raka dojke kod žena u našoj zemlji gotovo su se udvostručile, od 11,3/100.000 (1980) do 20,3 na 100.000 (2014). Uzrasno-specifične stope mortaliteta od raka dojke kod oba pola rasle su sa godinama života i najviše vrednosti su zabeležile u najstarijim uzrastima. Najviše stope incidencije i mortaliteta raka dojke evidentiraju se u zapadnoj i severnoj Evropi, dok su na jugu i istoku Evrope stope niže. Standardizovana stopa incidencije od raka dojke kod žena u Srbiji (67,7/100.000), 2012. godine bila je u rangu prosečnih vrednosti stopa incidencije od raka dojke u Evropi (69,9/100.000). Posle bivše jugoslovenske Republike Makedonije (25,5/100.000), Srbija je evidentirala najvišu standardizovanu stopu mortaliteta od raka dojke (20,8/100.000) u Evropi, koja je u 2012. godini za trećinu bila viša od proseka u zemljama evropskog regiona (16,1/100.000).

Zaključak: Meren kompozitnim pokazateljem opterećenja jednog društva bolešću, odnosno godinama života izgubljenim zbog nesposobnosti uzrokovane obolevanjem ili prevremenim umiranjem, u svetu i u Srbiji među malignim tumorima kod žena, rak dojke je najznačajniji uzrok tereta bolešću. Kod žena uzrasta od 45 do 64 godine opterećenje rakom dojke nalazi se na trećem mestu, posle cerebrovaskularnih bolesti i ishemijske bolesti srca.

Ključne reči: opterećenje, rak dojke, Srbija

BURDEN OF BREAST CANCER IN SERBIA

Introduction: Worldwide, breast cancer is a major public health problem and it is estimated that currently the world diagnosed with breast cancer lives of 6.3 million people which in the past five years revealed breast cancer and who have completed treatment or treatment is still ongoing. This malignant disease is more common among female sex and 100 female patients of breast cancer are diagnosed a man.

Aim: The authors' intention was to show indicators of breast cancer burden in Serbia.

Materials and methods: Based on available data, analyzed indicators of morbidity and mortality from breast cancer in Serbia and abroad.

Results: With 1,670,000 new cancer cases and 522,000 deaths, breast cancer is the most common malignancy in women in the world. Average cumulative risk of contracting breast cancer is 12.4% and it is likely that one in eight women during their life suffer from this disease. The highest incidence rates recorded in developed parts of the world where breast cancer in women the most common cause of morbidity and the second cause of death among malignant tumors. The incidence of breast cancer ranged from 27.0/100,000 in Central Africa and East Asia, to 91.1/100,000 in Western Europe and North America. Mortality rates ranged from 6.2/100,000 in East Asia to 20.1/100,000 in West Africa. In Serbia are diagnosed with breast cancer annually set at approximately 4400 women and 75 men. Projections suggest that in 2035 in our country become ill from breast cancer and 5800 women die in 2300. Although men are much less prone to breast cancer than women, the disease with them, on average, diagnosed at an older age than women. From 1999 to 2014 the standardized incidence rates of breast cancer are similar to values recorded and averaged at our women was 60.8/100,000. The age-specific incidence rates of breast cancer rose with age and the highest values were recorded after 45 years. During the last three and a half decades, standardized mortality rates from breast cancer among women in our country have nearly doubled, from 11.3/100,000 (1980) to 20.3 per 100,000 (2014). The age-specific mortality rates from

breast cancer in both sexes grew with age and the highest values were recorded in the oldest age groups. The highest rates of incidence and mortality of breast cancer are recorded in western and northern Europe, while southern and eastern Europe, rates are lower. The standardized incidence rate of breast cancer in women in Serbia (67.7/100,000), 2012 was in the range of the average value of the incidence rate of breast cancer in Europe (69.9/100,000). After the former Yugoslav Republic of Macedonia (25.5/100,000), Serbia has recorded the highest standardized mortality rate from breast cancer (20.8/100,000) in Europe, which in 2012 was one-third higher than the average in the European Region (16.1/100,000).

Conclusion: Measured by the composite indicator of a society's disease burden, and years of life lost due to incapacity caused by morbidity or early death, in the world and in Serbia among malignant tumors in women, breast cancer is the most significant cause of disease burden. In women aged 45 to 64 years of breast cancer burden is on the third place, after cerebrovascular disease and ischemic heart disease. Key words: burden, breast cancer, Serbia

NEOČEKIVANO OTEŽANA INTUBACIJA – PRIKAZ SLUČAJA

Danijela Stanković (1), Zoran Jovanović (1), Siniša Čelojević (2), Tihomir Milovanović (3) Biljana Stošić (4)
(1) SLUŽBA ANESTEZIJE I REANIMACIJE, ZDRAVSTVENI CENTAR NEGOTIN; (2) ODELJENJE GINEKOLOGIJE I AKUŠERSTVA, ZDRAVSTVENI CENTAR NEGOTIN, (3) ODELJENJE ORTOPEDSKE HIRURGIJE I TRAUMATOLOGIJE, ZDRAVSTVENI CENTAR NEGOTIN, (4) CENTAR ZA ANESTEZIOLOGIJU I REANIMATOLOGIJU, KLINIČKI CENTAR NIŠ

Uvod: Otežani disajni put se definiše kao: „ klinička situacija u kojoj iskusni anesteziolog ima poteškoće pri ventilaciji pacijenta facijalnom maskom, poteškoće pri trahealnoj intubaciji, ili oba.“ Procena disajnog puta predstavlja jedan od prvih i ključnih koraka anesteziološkog preoperativnog pregleda, i određuje strategiju u planiranju položaja pacijenata, opreme, tehnika i lekova. Postoje prediktori otežanog disajnog puta: gojaznost, deformiteti vilice i vrata, makroglosija, mali interincizorni razmak, prominentni grudni koš, velike grudi, mala tireoentalna distanca. Najčešće se koristi Mallampati klasifikacija, gde su klasa 3 i 4 prediktori otežane intubacije. Najkorisnija je kombinacija testova, ne postoji idealan prediktor za procenu otežanog disajnog puta, neočekivano otežane intubacije se u praksi dešavaju s vremena na vreme. Cilj: Prikaz slučaja neanticipirano otežane intubacije, analiza postupaka i preduzetih mera.

Metode i materijal: Deskriptivna metoda, podaci iz anestezioloških karti.

Prikaz slučaja: Pacijentkinja stara 62 godine, mase 50 kg i visine 160 cm, se priprema za planiranu operaciju, sa uputnom dijagnozom: Tumor ovarii dextri per magna. Laboratorijski nalazi su u granicama referentnih vrednosti. Pre dva meseca preležala pneumoniju, pušač. Ima varikozitete potkolenica umerenog stepena, granično povećane vrednosti arterijskog pritiska, ne koristi terapiju. Negira alergije na lekove i hranu. U detinjstvu je imala apendektomiju. U proceni disajnog puta ima zadovoljavajuću pokretljivost vrata, tireoentalnu distancu, Mallampati 2, nije gojazna, jedino je interincizorni razmak graničnih vrednosti od oko 3 cm. Ne anticipira se mogućnost za otežanu intubaciju.

Posle premedikacije, pacijentkinja se pozicionira u horizontalni položaj. Nakon uvoda u anesteziju, ventilacija facijalnom maskom je zadovoljavajuća. Posle aplikovanog kratkododelujućeg depolarizujućeg miorelaksanta pristupa se laringoskopiji. Uočava se veliki epiglotis koji je nemoguće podići, te su plicae vocalis nedostupne vizualizaciji. Endotrahealna intubacija je pokušana u 3 navrata. Nakon neuspeha, plasira se supraglotično sredstvo- laringealna maska. Laringealna maska se ne pozicionira zadovoljavajuće, ne postiže se korektna ventilacija. Zbog insuflacije vazduha u želudac i nezadovoljavajuće ventilacije, donosi se odluka o odlaganju operativnog zahvata za nekoliko dana. Pacijentkinja se budi, diše spontano. Svi podaci, sa detaljnim opisom su zabeleženi u anesteziološku kartu.

Suočen sa neanticipirano otežanom intubacijom, anesteziološki tim se detaljno priprema za odloženi operativni zahvat, i menja strategiju za obezbeđenje disajnog puta. Umesto jednog anesteziologa i anestezičara, tim čine dva anesteziologa i dva anestezičara. Pacijentkinja se smešta u antitrendeleburg položaj, pod glavu i vrat se podmeću komprese, čime se ravna osovina gornjih disajnih puteva i omogućava bolja vizualizacija anatomskih struktura. Jedan anesteziolog pristupa laringoskopiji, a drugi BURP manevrom (Backward, Upward, Rightward Pressure), modifikacijom manuelnog krikoidnog

pritiska, intubatoru približava strukture larinksa, omogućava vizualizaciju i uspešnu intubaciju. Anestezija i operativni zahvat se izvode uspešno.

Diskusija i zaključak: Vodič Asocijacije za otežani disajni put iz 2015. godine akcenat stavlja na pažljivo planiranje i detaljno upoznavanje celokupnog tima sa strategijom obezbeđenja disajnog puta. Pozicioniranje glave i vrata mora biti optimizirano u samom startu, da bi prvi pokušaj intubacije bio uspešan. Oprema za otežanu intubaciju mora biti lako dostupna. Sve poteškoće detaljno zabeležiti u medicinsku dokumentaciju, što je od ogromnog značaja za anesteziologa i pacijenta pri eventualnom sledećem operativnom zahvatu.

Ključne reči: otežana intubacija, vodič, strategija

TRETMAN AKUTNOG PANKREATITISA –MULTIDISCIPLINARNI PRISTUP, SKOROVANJE I TRETMAN

Rangelov N., Avramović G.

SLUŽBA ANESTEZIOLOGIJE SA REANIMATOLOGIJOM, SLUŽBA OPŠTE HIRURGIJE NEGOTIN

Uvod: Akutni pankreatitis –akutno zapaljensko oboljenje pankreasa praćen organskim oštećenjima i ili lokalnim komplikacijama. Etiologija: konzumacija alkoholnih pića, bolesti žučnih puteva, postoperativna stanja, metabolički poremećaji, infekcije, medikamenti, trauma, idiopatski. Patofiziologija: intesticijalni edem pankreasa, fokalna nekroza sa ili bez peripankreatične steatonekroze. Klinička slika: bolan i distendiran abdomen, oslabljena ili odsutna peristaltika, znaci hipovolemije i šoka, respiratorna insuficijencija, renalno oštećenje, diseminovana intravaskularna koagulacija, abdominalni kompartman sindrom, metabolička acidoza, znaci multipne organske disfunkcije. Nalaz CT-a je u korelaciji s prognozom.

Cilj: prikazati kliničke, laboratorijske, radiografske karakteristike akutnog pankreatitisa, monitoring, scoring i prognozu

Materijal i metodi rada: Deskriptivni prikaz slučaja.

Rezultati: pacijentkinja stara 60 godina primljena u JIN zbog bolova u epigastrijumu, povraćanja, aholične stolice. U statusu znaci hipovolemije. Somnolentna. Abdomen palpatorno bolno osetljiv u epigastrijumu i ispod LRL. Nativna grafija abdomena uredna. Ehokardiografski pancreas nehomogene eho structure, uvećane glave do 32mm. Telo i rep 25mm. Žučna kesa raslojenih zidova i debljine do 8mm, bez patološkog sadržaja. Komorbiditet: apsolutna aritmija, prolaps mitralne valvule, HTA. Na OAT. Laboratorijske analize: povišene vrednosti serumske amilaze, alaninaminotransferaze, aspartattransferaze, gamaglutamiltransferaza (AST:1544, ALT:914, SAmilaza: 2910, GGT:166), neutrofilija (Neu:77,3%). Skorovana Ransonovom skalom: 3, GCS skalom:14, APACHE II:12, a nakon 48h GCS:15, APACHE II:11, Vrednosti CRP-a nakon 72h: 224,6. Započete terapijske mere koje su korigovane prema parametrima dobijenim monitoringom respiratornih, hemodinamski laboratorijskih parametara. Primenjena analgetska, spazmolitička terapija, nadoknada cirkulatornog volumena, terapija Sandostatinom, antibioprofilaksa, antimikotska i probiotska terapija, rana EN, a zatim TPN, prevenirane tromboembolijske komplikacije, forsirana diureza, korigovan elektolitni disbalans. RTG pulmo: homogena senke manjeg pleuralnog izliva obostrano. MSCT abdomena sa kontrastom: obostrano bazalno pleuralni izlivi, uz kapsulu jetre, oko slezine i oko glave repa pankreasa prisutna mala količina slobodne tečnosti. Jetra steatozna, dve ciste (21 i 10mm). Žučna kesa sa kalkulusom od 6mm. Pankreas u predelu glave uvećan, 35mm, lako nehomogenog denziteta u celini bez izdvajanja fokalnih promena, telo 23mm, rep 21mm, retropankreatično i oko glave uska hipodenzna zona, denziteta tečnosti, širine 3 do 5mm. Dg: Pancreatitis ac., Ascites, Effusio pleurae bill., Calculosis v.fellae, Steatosis haepatis, Cystaes haepatae lobi dex. Tumor markeri Ca19,9 i CeA negativni. Kontrolne ehosonografije u smislu inflamatornih promena u pankreasu i peripankreatičnom tkivu, uz uvećanu glavu do 32mm. Desetog dana hospitalizacije urađena je retrogradna holecystectomy, plasirani drenovi subhepatično i u Douglas. Operativni i postoperativni tok uredni. Rana zarasta PPI. Skinuta sukcija i drenovi, afebrilna, parametri zapaljenja u padu, uspostavljena pasaža, prevedena na per os unos. Hemodinamska i respiratorna stabilnost očuvani, uz korekciju elektrolitnog disbalansa i adekvatnu supstituciju. Kontrolni Rtg pluća uredan. APACHE primenjivan na svaka dva dana (12,12,12,15,13,13). Ehosonografski nalaz petog postoperativnog dana: pancreas granične

veliĉine, grube homogene ehostrukture. Opuštena na kućno lećenje 20. dana hospitalizacije uz zakazan MSCT.

Zaključak: Adekvatno zbrinjavanje srednje teških formi pankreatitisa moguće je samo uz adekvatno primenjene protokole, vodiĉe dobre prakse, skorovanje, monitoring, multidisciplinarnost i tehniĉku opremljenost. Skoring sistemi koje smo koristili su multifaktorijalni i prilagođeni tehniĉkom opremljenošću.

Ključne reĉi: akutni pancreatitis, skorovanje, monitoring, serumska amilaza, CRP

Naziv sesije
KAZUISTIKA
USMENE PREZENTACIJE

METAPLASTIČNI KARCINOM DOJKE – DIJAGNOSTIČKI IZAZOV PRIKAZ SLUČAJA

Nikola Živković (1,2), Maja Jovičić Milentijević (1,2), Ana Cvetanović (1,3), Miloš Kostić (1,4), Tijana Denčić (1,2)

(1) MEDICINSKI FAKULTET, (2) CENTAR ZA PATOLOGIJU, KLINIČKI CENTAR NIŠ, (3) KLINIKA ZA ONKOLOGIJU, KLINIČKI CENTAR NIŠ, (4) INSTITUT ZA IMUNOLOGIJU, MEDICINSKI FAKULTET, UNIVERZITET U NIŠU

Uvod. Metaplastični karcinom dojke predstavlja veoma retku neoplazmu, sa uĉestalošću od 1% u odnosu na sve invazivne karcinome dojke. Svetska Zdravstvena Organizacija je ovaj entitet prepoznala i uvrstila ga u klasifikaciju 2000. godine. Predstavlja izrazito heterogenu grupu malignih tumora dojki. Neoplastiĉne epitelne ćelije metaplastiĉnog karcinoma posduju divergentnu diferencijaciju, koja ukljuĉuje epiteloidnu, vretenasto ćelijsku, mezenhimnu/pleomorfnu, hondroidnu i koštanu diferencijaciju. Najĉešća varijanta jeste epiteloidni podtip. Metaplastični karcinom dojke je ĉesto udružen na intaduktalnim karcinomom. Ovi tumoru spadaju u takozvane „triple negative” karcinome, obzirom na njihovu hormonsku nezavisnost i negativnu HER2 ekspresiju. Karakterišu se visokom proliferativnom aktivnosti, brzim rastom, brzim recidiviranjem. Adekvatnu dijagnozu je veoma teško postaviti na vakuum asistiranju biopsiji ili biopsiji tankom iglom, te je hirurška biospija neophodna. U diferencijalnoj dijagnostici je neophodna imunohistohemijska analiza tumorskih ćelija.

Prikaz sluĉaja. Predstavljena je bolesnica starosti 43 godine. U prvom aktu urađena je tumorektomija, gde je i postavljena dijagnoza metaplastiĉnog karcinoma sa mezenhimnom diferencijacijom, „basal-like” imuno profil. Veliĉina tumora je iznosila 85mm, bez zahvatanja kože (pT3). Ivice resekcije su bile pozitivne, te je u drugom aktu naĉinjena radikalana mastektomija. U okolini karcinoma nađeni su fokusi neinvazivnog (in situ) duktalnog karcinoma. Imunohistohemijskom analizom tumorske ćelije su bile pozitivne na p63, CD10, CK5/6, vimentin, a negativne na ER, PR, HER2, desmin, S100. Proliferativni Ki67 indeks je iznosio 55%. Iz masnog tkiva aksile izolovano je ukupno 16 limfnih nodusa, bez sekundarnih depozita (pN0). Udaljene metastaze u trenutku postavljanja dijagnoze nisu bile detektovane.

Zaljuĉak. Radi se o veoma retkom entitetu, pa su i u literaturi prikazane male serije pacijenata. Zbog male uĉestalosti nemoguće je i sprovesti studije koje su fokusirane na ovu grupu pacijenata. Kada se uporedi veliĉina tumora (pT) sa ostalim karcinomima dojke, metaplastični karcinom zauzima jedno od vodećih mesta. Za razliku od veliĉine, sekundarni depoziti u limfnim nodusima aksile (pN) su retki. Metastaze ovog karcinoma (pM) su daleko ĉešće u plućima, kostima i centralnom nervnom sistemu. Po ovoj karakteristici, metaplastični karcinom dojke je po biološkom ponašanju bliži sarkomima. U literaturi se nailazi na podatak da su tumorske ćelije u visokom procentu pozitivne na p63, tako da ovaj marker ima visoku diferencijalnu dijagnostiĉku znaĉajnost u odnosu na tumore mezenhimalnog porekla. U terapijskom smislu postoji dosta kontradiktornosti. Primenjuje se adjuvantna hemioterapija, ali sa druge strane postoji stav da je reĉ o tumorima koji su hemiorezistenti. Ukljuĉuje se i palijativna zraĉna terapija. Hormono terapija je iskljuĉena, obzirom da je reĉ o tumorima koji su hormon nezavisni. Svakako zlatni standard u terapiji predstavlja adekvatna hirurška intervencija na osnovu precizne dijagnoze.

Ključne reĉi: karcinom dojke, metaplastični karcinom, imunohistohemija, dijagnostika

PRIKAZ SLUČAJA PACIJENTKINJE SA BRENNEROVIM TUMOROM JAJNIKA I ADENOKARCINOMOM ENDOMETRIJUMA

Mladenović D. (1), Mladenović S. (1), Trailović M. (2), Mladenović M. (1), Ristić J. (1)

(1) SLUŽBA PATOLOGIJE, ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (2) SLUŽBA GINEKOLOGIJE, ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

Uvod: Brennerov tumor je redak benigni tumor-jajnika. Uglavnom se javlja u šestoj dekadi (prosečna starost je 56 godina), čini 1-2% svih ovarijalnih neoplazmi, u 6% je bilateralan

Cilj: Prikaz slučaja retkog benignog tumora jajnika, sa istovremenim prisustvom maligne neoplazije endometrijuma.

Materijal i metodi rada: Uvid u medicinsku dokumentaciju ginekološkog odeljenja i patohistološka analiza dostavljenih uzoraka

Rezultati: Kod pacijentkinje starosne dobi 54 godine na kontrolnom pregledu u privatnoj ordinaciji, ultrazvučnim pregledom je otkrivena tumorska promena na jajniku. Planirana je laparoscopska intervencija ali, nakon tri meseca od otkrivanja promene, pacijentkinja se javlja ginekologu zbog obilatog krvarenja. U državnoj zdravstvenoj ustanovi je urađena eksplorativna kiretaža, nakon čega je postavljena dijagnoza: Adenocarcinoma endometrii, a nakon toga učinjena i I totalna histerektomija sa adneksetomijom, kada je postavljena I dijagnoza Brennerovog tumora jajnika

Zaključak: Obzirom na retkost pojave Brennerovog tumora, i još ređe mogućnosti za istovremeni nastanak sa karcinomom endometrijuma, pri čemu se jasno ne može reći koji je od ova dva tumora prvi nastao, ovaj slučaj je još jedan u nizu učestalosti pojavljivanja sinhronih tumora današnjice koji se, na žalost, sve češće javljaju, a bez pravila uzajamnog pojavljivanja.

Ključne reči: Brenner-ov tumor jajnika, adenokarcinom endometrijuma.

Naziv sesije **HIRURGIJA I SRODNE GRANE** POSTER PREZENTACIJE

MARCUS GUNN FENOMEN-PRIKAZ SLUČAJA

Repac Vinka (1), Lukić Ivan (2), Repac Marija (3), Lukić Ivana (4)

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

Uvod: Marcus Gunn fenomen je neurogena ptoza kod koje pri otvaranju usta dolazi do otvaranja ptočnog oka, ponekad do otvaranja oka na suprotnoj strani gde je ptoza. Ptozis palpebrae ili spuštenost gornjeg kapaka može biti urođena ili stečena. Urođena je posledica slabije razvijenog m.levator palpebrae ili, oštećenja inervacije (n.oculomotorius).

Cilj rada: prikaz slučaja sa Marcus Gunn-ovim fenomenom.

Prikaz slučaja: Dečak star 11 god. dolazi u pratnji roditelja zbog mutnijeg vida. Prvi oftalmološki pregled. Inspekcijom se uočava spušten desni kapak, zauzimanje posebnog položaja tela pri fiksiranju predmeta sa zabacivanjem glave unazad. Urađeno je određivanje vidne oštine na optotipu po Snellenu. Nativna vidna oština: VOD:0.3 VOS:0.6 Prednji segment: Desno oko: gornji kapak prelazi preko gornje ivice pupile, prekriva gornju polovinu pupile, širina rime oculi po Beckeru: 8mm. Nalaz na binokularnom mikroskopu: optičke medije providne. Levo oko- nalaz uredan. Očno dno: u fiziološkim granicama. Motilitet: bulbusi pokretni u svim pravcima. Caver test: ortophoria na 6m, esophoria na 33cm. Urađeno je objektivno određivanje vidne oštine, ukapavanjem Fenilefrina 1% i dobijena je miopska refrakcija. Nakon korekcije VOD: sa-1.25Dsph=-0.25Dcyl ax 180=0.7 i VOS: sa-0.75Dsph=-0.25Dcyl ax 0=1.0 U toku pregleda uspostavlja se komunikacija sa detetom i primećuje da pri jačem otvaranju usta dolazi do podizanja desnog kapka. Roditelji tada daju podatak „da se oko otvara kada žvaće, guta, jede, jako više“. U porodičnoj

anamnezi: o čeva rođena sestra ima identične tegobe, ali je kapak nešto manje spušten- nikada nije oftalmološki pregledana. Nakon konsultativnog neurološkog pregleda, dete se upućuje u tercijarnu ustanovu radi korektivnog podizanja desnog gornjeg kapka, koji je ovde predstavljao obturator. Operativnim zahvatom širina rime oculi je 10mm. Pri otvaranju usta kapak se podiže, ali nema zabacivanja glave pri fiksiranju predmeta i estetski momenat je važan.

Diskusija: Kongenitalni kranijalni disinervacioni poremećaji su grupa poremećaja u kojoj osnovnu patološku promenu predstavlja poremećaj razvoja jednog ili više kranijalnih nerava, sa posledičnim poremećajem inervacije pripadajućih mišića. Uspešnost operativnog lečenja podrazumeva podizanje gornjeg kapka u odnosu na pun obim pokreta zdrave strane, zatvaranje kapaka i simetrija rime oculi pri mirnom horizontalnom pogledu. Kod našeg pacijenta nisu pravovremeno odreagovali pre svega roditelji, majka koja je primetila da se kapak podiže u toku sisanja, a potom i neuredno odazivanje obaveznim sistematskim pregledima. Korigovana vidna oštrina je zadovoljavajuća, ako se uzme u obzir vremenski period gde je kapak predstavljao obturator i smetnju po razvoj vida.

Zaključak: Saradnja roditelja, pedijatra i oftalmologa je značajna u prvim godinama života kada se mogu otkriti mnoge kongenitalne greške i pristupiti njihovom lečenju. Rezultati takvog lečenja su značajno bolji.

Ključne reči: Marcus Gunn fenomen, ptoza kapka, vidna oštrina.

DESKRIPTIVNO EPIDEMIOLOŠKE KARAKTERISTIKE MELANOMA U SRBIJI

Živković Perišić Snežana, Miljuš D.

INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE SRBIJE "DR MILAN JOVANOVIĆ BATUĆ", BEOGRAD, SRBIJA

UVOD: Melanom kože je tokom 2013. godine u Republici Srbiji, bio deseti najčešći maligni tumor u obolevanju sa učešće od 1,6%, u strukturi obolevanja od svih malignih tumora u Srbiji. Melanom je 2013. godine bio dvanaesti najčešći maligni tumor u umiranju kod osoba oba pola, sa 0,7%, u strukturi umiranja od svih malignih tumora.

CILJ: Prikazati obolevanja i umiranja od melanoma u Srbiji u period od 2007. do 2013. godine.

MATERIJALI I METOD RADA: Izvor podataka o novoobolelim osobama su podaci Registra za rak Instituta za javno zdravlje Srbije, a podaci o umrlim osobama su podaci Republičkog zavoda za statistiku analizirani u Institutu. Kao izvor podataka o populaciji korišćene su procene stanovništva Republičkog zavoda za statistiku. Stope su standardizovane metodom direktne standardizacije. Kao standardna populacija korišćene su standardne populacije Evrope i sveta. U radu je korišćen deskriptivno epidemiološki metod.

REZULTATI: Prema podacima Registra za rak Republike Srbije u periodu od 2007. do 2013. godine, u proseku se godišnje registrovalo 613 novoobolelih osoba od melanoma, 314 muškaraca i 299 žena. Prosečna standardizovana stopa incidencije (ASR-E) na standardnu populaciju Evrope, iznosila je 7,3 na 100.000, odnosno prosečna standardizovana incidencija (ASR-W) na standardnu populaciju sveta je iznosila 5,34/100.000 za osobe muškog pola. Kod osoba ženskog pola prosečna standardizovana stopa incidencije (ASR-E) na standardnu populaciju Evrope, iznosila je 6,21 na 100.000, odnosno prosečna standardizovana incidencija (ASR-W) na standardnu populaciju sveta je iznosila 4,75. na 100.000 žena. Prema istom izvoru u periodu od 2007. do 2013. godine, u proseku se godišnje registrovalo 251 osoba umrla od melanoma, 149 muškaraca i 102 žene. Prosečna standardizovana stopa mortaliteta (ASR-E) na standardnu populaciju Evrope, iznosila je 3,37 na 100.000, odnosno prosečna standardizovana mortaliteta (ASR-W) na standardnu populaciju sveta je iznosila 2,37/100.000 za osobe muškog pola. Kod osoba ženskog pola prosečna standardizovana stopa mortaliteta (ASR-E) na standardnu populaciju Evrope, iznosila je 1,93 na 100.000, odnosno prosečna standardizovana mortaliteta (ASR-W) na standardnu populaciju sveta je iznosila 1,40 na 100.000 žena. Takođe prema poslednjim procenama IARC-a i Globocan projekta (2012) procenjena incidencija (ASR-W) u Srbiji iznosila je 8,5/100.000 kod muškaraca i 5,9 na 100.000 kod žena. U odnosu na druge zemlje Srbija se sa stopama obolevanja, koje su pet puta manje u odnosu na najviše procenjene u svetu, nalazi u grupi zemalja sa nižim rizikom obolevanja. Prema istom izvoru melanom kože je najučestaliji u Australiji i Novom Zelandu, dok je u Evropi najveća incidencija zabeležena kako u skandinavskim zemljama, tako i u Holandiji, Švajcarskoj i Sloveniji. Ove razlike se mogu objasniti u varijacijama tipa kože, insolacije i obrascima izlaganja suncu. Podaci o epidemiologiji melanoma u Južnoj Evropi i Balkanu otkrili su razlike koje se samo delimično

moгу pripisati geografskim i etničkim različitostima već ukazuju na verovatno nepotpuno prijavljivanje i kasno otkrivanje melanoma u nekim državama Jugoistočne Evrope pa i u Srbiji.

ZAKLJUČAK: Srbija se nalazi u grupi zemalja sa nižim rizikom obolevanja i umiranja od melanoma iz dva razloga, geografskih i etničkih s jedne i medicinskih s druge strane.

KLJUČNE REČI: melanom, obolevanje, umiranje

KARCINOM JAJNIKA - ZNAČAJ RANE DIJAGNOZE

Dr Helena Hrnjak Ilić, Dr Srđan Hrnjak

DOM ZDRAVLJA TEMERIN

Uvod: U ranim stadijumima rak jajnika daje nespecifične simptome ili nema simptoma dok izraženu kliničku sliku daje tek u uznapredovalim stadijumima zbog čega ga kliničari nazivaju tihim ubicom. Nespecifična simptomatologija rezultuje kasnim postavljanjem dijagnoze, a to dalje sužava terapijske mogućnosti

Cilj: Istaći značaj dijagnostikovanja karcinoma jajnika u ranijim stadijima bolesti, jer tada se može i očekivati produženje života pacijentkinje.

Istaći važnost postojanja protokola dijagnostikovanja i terapije pacijentkinja sa karcinomom jajnika.

Istaći važnost prepoznavanja simptoma karcinoma jajnika zbog čega je bitno edukovati lekare primarne zdravstvene zaštite i same pacijentkinje.

Materijal i metodi rada: Rerospektivna analiza podataka dobijenih iz Registra za maligne bolesti i elektronskog kartona pacijenata D.Z. Temerin.

Rezultati: Rak jajnika predstavlja najčešći uzrok smrti od svih drugih maligniteta ženskog reproduktivnog sistema. Rak jajnika čini 4,2% svih oblika raka kod žena dok je sedmi najčešći uzrok umiranja od raka kod žena, od koga u proseku godišnje u Srbiji oboli 820 i umre 420 žena dok u svetu, godišnje u proseku umre 140.000 žena. Vrh incidence je između 65 i 75 godina starosti, ali se danas sve češće ova dijagnoza postavlja i kod mlađih žena.

U ranim stadijumima rak jajnika daje nespecifične simptome ili nema simptoma dok izraženu kliničku sliku daje tek u uznapredovalim stadijumima zbog čega ga kliničari nazivaju tihim ubicom. U toku 2016. Godine u opštini Temerin registrovano je 326 obolelih od malignih bolesti. Najčeće dijagnostikovana maligna neoplazma je karcinom dojke 27,5%, dok je karcinom jajnika činio 3,7% dijagnostikovanih malignih neoplazmi sa najvećom zastupljenošću kod pacijentkinja starosti 60-69 godina.

Najčešći simptomi, koji, ukoliko su učestali tokom nekoliko sedmica, mogu da ukazuju na rak jajnika su: bol u leđima (45%), slabost (34%), nadutost (27%), opstipacija (24%), abdominalni bol (22%) i gineurinarne simptomi (16%).

Nespecifična simptomatologija rezultuje kasnim postavljanjem dijagnoze, a to dalje sužava terapijske mogućnosti. U sadašnjem trenutku ne postoje pouzdane skrining metode kojim bi mogli pouzdano da identifikujemo žene sa rakom jajnika u ranim stadijumima bolesti.

S obzirom na to da je stadijum bolesti jedan od značajnih prognostičkih faktora kod karcinoma jajnika prepoznavanje simptoma u ranim stadijumima imalo bi najznačajniju ulogu u daljem toku lečenja. Klinički pregled obuhvata: palpatorni, ginekološki, ultrazvučni kao i pregled dojke i rektuma, te uzimanje Papanikolau brisa. Kod sumnje na karcinom jajnika indikovano je sprovesti dopunski pregled karlice i abdomena nekom od imidžing dijagnostičkih metoda (CT – kompjuterizovana tomografija i MR – magnetna rezonanca) u cilju procene proširenosti oboljenja.

Zaključak: Budući da je dijagnostikovanje karcinoma jajnika u ranijim stadijima bolesti od neprocenjivog značaja jer tada se može i očekivati produženje života pacijentkinje, akcentat se stavlja na prepoznavanje ranih, nepecifičnih simptoma.

Lekari primarne zdravstvene zaštite (lekari opšte prakse i ginekolozi) moraju biti dobro edukovani, kako bi što ranije prepoznali rane simptome raka i pacijentkinje s takvim simptomima blagovremeno uputili na odgovarajuću dijagnostiku i terapiju. Stoga je veoma važno povećanje svesti među ženama o ranim simptomima genitalnih karcinoma, kao i o značaju javljanja svom izabranom lekaru odmah kada opaze takve simptome.

Ključne reči: karcinom jajnika, dijagnoza, simptomi

ZNAČAJ ENDOSKOPIJE U LEČENJU KOLOREKTALNOG KARCINOMA (CRK) ISKUSTVA OPŠTE BOLNICE BOR U 2016. GODINI

Goran Bogdanović, Goran Joksimović, Zvezdan Mejlanović, Vladimir Sulić, Zoran Ćirić
OPŠTA BOLNICA BOR

Uvod: Karcinom debelog creva je jedan od najčešćih karcinoma kod nas i u svetu. Godišnje se otkrije preko 4000 slučajeva CRK u Srbiji.

Cilj: Prikazivanje naših iskustava u dijagnostici i lečenju CRK.

Materijal i metode: U Opštoj bolnici Bor u 2016. godini operisali smo 43 pacijenta sa CRK. U dve trećine slučajeva dijagnoza je postavljena endoskopskom metodom sa biopsijom i PH dijagnostikom. (29 slučajeva). U jednoj trećini slučajeva dijagnoza je postavljena na operativnom stolu jer su pacijenti bili u stanju ileusa, perforacije creva ili tumora u maloj karlici (14 slučajeva).

Rezultati: U 2016 godini uradili smo 559 kolonoskopija, 50 biopsija i otkrili 22 CRK. Uradili smo i 37 rektoskopija, 10 biopsija i otkrili 7 CRK. Pored CRK u prethodnom periodu urgentni hirurški zahvat smo radili još kod 12 pacijenata. U 3 slučaja radilo se o opstrukcionom ileusu zbog torzije sigme, u 2 slučaja je bio retroperitonealni tumor, 2 slučaja enteromezenterični infarkt creva, 2 slučaja karcinom jajnika koji infiltrira zid creva, jedan slučaj perforacije creva posle zračne terapije zbog karcinoma grlića materice, 1 slučaj ileusa zbog priraslica i multiplih metastaza u žlezdama omentuma, 1 slučaj perforacije divertikuluma.

Zaključak: U poređenju sa periodu od pre 20 godina kada su hirurzi počeli da se bave endoskopskom metodom, situacija se znatno promenila jer smo tada u najvećem procentu slučajeva dijagnozu postavljali u toku eksplorativne laparotomije. Nastojaćemo da u narednom periodu svi hirurzi rade endoskopsku dijagnostiku ali smo svesni da će ipak kod jednog broja pacijenata dijagnoza i dalje biti postavljena na operacionom stolu zbog kasnog javljanja lekaru i uznapredovalog stadijuma kolorektalnog karcinoma.

Ključne reči: CRK, endoskopija, eksplorativna dijagnostika, patologija

III DAN

Naziv sesije

URGENTNA STANJA U MEDICINI I STOMATOLOGIJI USMENE PREZENTACIJE

UČESTALOST I NAČIN ZBRINJAVANJA PNEUMOTORAKSA

N.Vešović, V.Cvijanović, A.Ristanović, N.Marić, V.Kostovski, Lj.Dženić, D.Stojković, A.Nikolić
KLINIKA ZA GRUDNU HIRURGIJU VMA

Uvod: Pneumotoraks je patološko stanje koje označava nakupljanje vazduha u pleuralnom prostoru. Prisustvo vazduha u pleuranom prostoru, gde inače vlada negativni pritisak, uslovljen je prekidom kontinuiteta pleure. Kao rezultat toga javlja se parcijalni ili totalni kolaps pluća koji je jednostran ili jako retko obostran. Pneumotoraks može biti spontani ili traumatski. Spontani pneumotoraks opet može biti primarni ili sekundarni. Primarni spontani pneumotoraks je javlja kod mlađih ljudi koji nemaju poznatu plućnu bolest a sekundarni se javljaju na terenu mnogih oboljenja počevši od buloznog pluća pa do eskaviranog karcinoma pluća. Traumatski pneumotoraks prati brojne povrede grudnog koša i pluća. Jatrogene lezije pleure su nastale kao komplikacija različitih dijagnostičkih ili terapijskih procedura. Pošto je pneumotoraks hitno hirurško stanje, lečenje zahteva brzu intervenciju koja obuhvata različite modalitete lečenja. To lečenje može biti konzervativno i hirurško. Hirurško lečenje uključuje procedure od pleuralne drenaze do torakotomije uključujući video-asistirano torakoskopiju/VATS/. Suština lečenja je uspostavljanje negativnog pleuralnog pritiska i potpuna obliteracija pleuralnog prostora.

Cilj: Ukazati na značaj hitnosti dijagnostikovanja i hirurškog zbrinjavanja pneumotoraksa.

Materijal i metode: u ovom radu obuhvatili smo sve pacijente koji su zbog kliničke i radiološke slike pneumotoraksa bili hospitalizovani u Klinici za grudnu hirurgiju VMA tokom 2016.god.kao i način kojim smo rešili to oboljenje.

Rezultati: U periodu od 01.01.2016 do 31.12.2017 hospitalizovano je ukupno 50 pacijenta sa kliničkom i radiološkom slikom pneumotoraksa.Od njih 32 (64%) imalo je epizodu spontanog, 16 (32%) traumatskog i 4 (4%) jatrogenog pneumotoraksa.Spontani pneumotoraks je dijagnostikovao kod 24 (75%) muškarca i 8 (25%) žena a prosek starosti je bio 38 godina. Traumatski izazvana pleuralna lezija je dijagnostikovana kod 13 (81%) muškaraca, 3(19%) žena prosečne dobi 48 godina. Svi pacijenti sa traumatskim i jatrogenim pneumotoraksom su lečeni torakalnom drenažom.Pacijenti sa spontanim pneumotoraksom rešeni su u 66% (21) torakalnom drenažom a u preostalim slučajevima VATS-om.

Zaključak: Pneumotoraks je hitno hirurško stanje koje zahteva brzu dijagnostiku i adekvatnu terapiju. Spontani pneumotoraks je u našoj populaciji se javio kod mlađe starosne dobi, znatno češće kod muškaraca. Iako je pleuralna drenaža terapijski standard, VATS zauzima, sasvim opravdano sve više prostora u definitivnom razrešavanju ovih stanja. U literaturi recidivi spontanog pneumotoraksa posle VATS-A su oko 2-14% (1).

Ključne reči: pneumotoraks, pleuralna drenaža, VATS

FAKTORI RIZIKA KOJI UTIČU NA RAZVOJ AKUTNOG KORONARNOG SINDROMA

Vidić B, Godnoš A, Pepelčević B, Vasić A, Smiljić D.

DOM ZDRAVLJA BEČEJ

Uvod: Kardiovaskularne bolesti danas su vodeći uzrok smrti u industrijalizovanim zemljama, a među njima je koronarna bolest srca najčešći pojedinačni uzrok smrti.

Cilj rada: Bio je da se analizira polna i strosna struktura pacijenata obolelih od akutnog koronarnog sindroma (AKS), broj umrlih i preživelih pacijenata obolelih od AKS, distribucija obolelih od AKS po godinama i faktore rizika koji uticu na razvoj AKS.

Materijal i metode: Istraživanje je retrospektivno, opservacionog karaktera sprovedeno u SHMP Doma zdravlja Bečej. Ciljna grupa bili su pacijenti koji su u periodu od 01.01.2014. do 31.12.2016. godine bili zbrinuti od AKS. Podaci su prikupljeni iz ambulantnog, terenskog protokola, protokola transporta i elektronskog kartona, a potom obrađeni u SPSS 11 i Statistica 7.

Rezultati: Tokom posmatranog perioda zbrinuto je ukupno 254 pacijenata sa AKS, od toga najveći broj su činili muškarci 166 (64,35%), a žene 88 (34,65%). Najveći broj pacijenata bio je starosti 60-69 godina 84 (33%), potom 70-90 74 (29%). Najveći broj pacijenata je preživelo, njih 215 (84,65%), dok se kod svega 39 (15,35%) završilo smrtnim ishodom. U našem istraživanju, najveći broj ispitanika sa AKS bilo je 2014. godine 100 (39,37%), potom 2015. godine njih 88 (34,64%), i 2016. godine njih 66 (25,98%). Kod ukupnog broja pacijenata najzastupljeniji faktor rizika bila je hipertenzija 185 (72,38%), zatim, hiperlipoproteinemija kod 146 (57,48%), dijabetes kod 74 (29,13%), pušenje kod 55 (21,65%) i nasleđe kod 35 (13,78%) pacijenata.

Zaključak: Rezultati našeg istraživanja ukazuju da hipertenzija i hiperlipoproteinemija kao najzastupljeniji faktori rizika utiču na pojavu AKS. Kako bi se zaustavio nepovoljan trend AKS potrebno je stalno poboljšanje prevencije na nivou primarne zdravstvene zaštite, da bi se na vreme uočili potencijalni faktori rizika, a pacijenti sa povećanim rizikom motivisali da zajedno sa zdravstvenim radnicima preuzmu odgovarajuće mere prevencije u cilju smanjenja obolavanja od AKS.

Ključne reči: Akutni koronarni sindrom, faktori rizika, prevencija.

PERKUTANA KORONARNA INTERVENCIJA U LEČENJU PACIJENATA SA AKUTNIM KORONARNIM SINDROMOM U ISTOČNOJ SRBIJI

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

ODELJENJE INVAZIVNE KARDIOLOGIJE ZDRAVSTVENOG CENTRA ZAJEČAR

Cilj rada: Cilj rada je prikaz dvoipogodišnjih rezultata rada Odeljenja invazivne kardiologije u lečenju pacijenata sa akutnim koronarnim sindromom primenom perkutane koronarne intervencije (PCI).

Materijal i metode: Analizom postojećih baza podataka Odeljenja invazivne kardiologije u periodu mart 2014.- decembar 2016. godine izdvojeni su pacijenti lečeni PCI pod slikom akutnog koronarnog sindroma sa teritorije istočne Srbije u pomenutom periodu i analiziran odnos pacijenata sa STEMI/NSTEMI, tip vaskularnog pristupa, vreme od pojave tegoba do otvaranja koronarne arterije. Rezultati: U pomenutom periodu na Odeljenju invazivne kardiologije lečeno je 200 pacijenata sa akutnim koronarnim sindromom primenom PCI i to: 147(73.5%) pacijenata sa STEMI od toga 87 inferoposterolateralne I 60 anteriorne lokalizacije; 52(26%) pacijenta sa NSTEMI; 1 (0.5%) pacijenta sa novonastalim blokom leve grane Hisovog snopa. Korišćen vaskularni pristup bio je radijalni kod 53(26.5%), femoralni kod 134 (67%) i brahijalni kod 2(1%) pacijenta. U 2016. dominantni vaskularni pristup u lečenju pacijenata sa akutnim koronarnim sindromom bio je radijalni (67.3%). Kod lečenja 15 pacijenta (7.5%) u pomenutom periodu došlo je do razvoja razvoja bradiaritmije tokom intervencije, najčešće AV bloka III stepena, što je iziskivalo implantaciju elektrode privremenog pejsmejкера.

U lečenju pacijenata sa STEMI vreme od pojave bola u grudima do prvog kontakta pacijenta sa zdravstvenom službom bilo je 130 minuta, potrebno vreme transporta pacijenta do Koronarne jedinice 75 minuta a vreme od smeštaja pacijenta u Koronarnu jedinicu do otvaranja cullprit arterije 45 minuta.

Zaključak: PCI kod pacijenata u akutnom koronarnom sindromu je najbolja metoda revaskularizacije sa niskom stopom komplikacija I velikom stopon proceduralog uspehom koja se kao takva za pacijente sa teritorije istočne Srbije sprovodi na Odeljenju invazivne kardiologije uz preferenciju radijalnog pristupa. Potrebna je dalje skratiti vreme do otvaranja okludirane koronarne arterije kod pacijenata sa STEMI, posebno skraćanjem vremena od pojave bola u grudima do prvog medicinskog kontakta.

Ključne reči: Akutni koronarni sindrom, Odeljenje invazivne kardiologije, STEMI, NSTEMI, PCI

RANA PREZENTACIJA AKUTNOG KORONARNOG SINDROMA KOD DVE SESTRE – PRIKAZ SLUČAJA

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

ODELJENJE INVAZIVNE KARDIOLOGIJE ZDRAVSTVENOG CENTRA ZAJEČAR

Cilj rada: Cilj rada je prikaz slučaja dve pacijentkinje, rođene sestre, sa ranom prezentacijom akutnog koronarnog sindroma.

Materijal i metode: Prikazuju se dve mlade pacijentkinje, rođene sestre, sa akutnim koronarnim sindromom koji se prezentovao u 37-oj odnosno 39-oj godini života pacijentkinja. Prikaz kliničke istorije, angiografskih nalaza i daljeg načina lečenja i kliničkog praćenja pacijentkinja.

Rezultati: Prva pacijentkinja je 27.10.2014. hospitalizovana na Internom odeljenju ZC Zaječar sa kratkotrajnim ponavljanim bolovima u grudima praćenim ST segment depresijama u aVL, V2-V6 uz serijski pozitivne markere miokardne nekroze. Urađena koronarografija na kojoj se verifikuje medijalno i distalno subokludirana desna koronarna arterija te se pristupa PCI proceduri pri kojoj dolazi do višestrukih disekcija desne koronarne arterije sa proksimalnom propagacijom što je rešeno plasiranjem 3 drug eluting stenta (DES) i 1 bare metal stenta (BMS) u desnu koronarnu arteriju. U daljem kliničkom praćenju stabilna, bez ponovne pojave tegoba.

Druga pacijentkinja hospitalizovana je dana 9.11.2015. na Internom odeljenju ZC Zaječar pod slikom infarkta miokarda sa tranzitornom ST segment elevacijom koja prolazi na gliceriltrinitrat te urađena koronarna angiografija na kojoj se verifikuje minorna, difuzno izmenjena prednja descendenta arterija sa

maksimalnom stenozom do 90% nakon čega je pacijentkinja obzirom na pozitivnu porodičnu anamezu i postojanje sumnje na fibromuskularnu displaziju upućena na Kardiohirurški konzilijum radi odluke o daljem načinu lečenja. Odlučeno da se u KCS ponovi koronarografija koja je potom urađena – bez angiografski značajnih promena na epikardnim koronarnim arterijama. Urađen stres ehokardiografski pregled urednog nalaza. Postavljena sumnja na trombofiliju te pacijentkinja upućena na Kliniku za hematologiju KC Niš gde je indikovana obrada u pravcu trombofilije koja je u toku. Bez ponovljenih subjektivnih tegoba nakon infarkta miokarda.

Zaključak: U dva pomenuta slučaja pacijentkinja sa akutnim koronarnim sindromom način i pristup u lečenju razlikovao se obzirom da je nakon višestrukih disekcija sa proksimalnim propagacijom pri PCI proceduri kod prve pacijentkinje postavljena sumnja na postojanje fibromuskularne displazije te se stoga nije pristupilo pokušaju PCI procedure kod druge pacijentkinje već je upućena na procenu i odluku o daljem načinu lečenja u Klinički centar Srbije.

Ključne reči: akutni koronarni sindrom, fibromuskularna displazija

Naziv sesije

HIRURGIJA I SRODNE GRANE POSTER PREZENTACIJE

PRIKAZ SLUČAJA - DISEKCIJA AORTE I TARNEROV SINDROM

Marina Đikić (1), Kristina Marković (2)

(1) URGENTNI CENTAR KCS, BEOGRAD, (2) DOM ZDRAVLJA "DR SIMO MILOŠEVIĆ", BEOGRAD

Cilj: Disekcija aorte (DA) se javlja, između ostalog, i kod osoba sa naslednim poremećajima vezivnog tkiva, kao što su Marfanov, Ehlers – Danlosov, Tarnerov sindrom i drugi. Učestalost DA kod osoba sa Tarnerovim sindromom (TS) je relativno mala (1,4%), i retko se prepoznaje van pedijatrijske populacije. Cilj ovog rada je ukazati na značaj pravovremenog prepoznavanja ovog urgentnog i potencijalno fatalnog stanja kod odraslih ženskih osoba sa TS.

Materijal i metode: Podaci su generisani iz medicinske dokumentacije pacijenta.

Rezultati: Pacijentkinja 24 godine se javila u Urgentni centar zbog bola u stomaku u predelu želuca, bez propagacije, praćen mučninom bez povraćanja. Anamnestički navedena tegoba je usledila nakon jakog bola u grudima koji je u momentu pregleda negirala. U ličnoj anamnezi navodi da od jedanaeste godine zna za TS i da uzima hormonsku supstitucionu terapiju. Inicijalno je pregledana od strane gastroenterologa i upućena dalje na evaluaciju internisti. Fizikalni nalaz je bio uredan. Radiografija srca i pluća, elektrokardiogram, ultrazvuk stomaka, nativna radiografija abdomena i osnovne laboratorijske analize (krvna slika i glikemija) su bili uredni. Pošto su tegobe i dalje perzistirale, uzeta je krv za biohemijske analize, i pacijentkinja vraćena gastroenterologu. Tokom tog pregleda, bol se preместio u predeo slabina zbog čega je upućena na dalju evaluaciju urologu. Urološki nalaz je bio uredan i pacijentkinja vraćena internisti. Obzirom da je u pristiglim biohemijskim analizama vrednost d-dimera bila višestruko povišena, i na podatak o korišćenju hormonske terapije, postavljena je sumnja na plućnu emboliju. Pacijentkinja je dalje upućena na kompjuterizovanu tomografiju plućne arterije kojom je dijagnostikovana disekcija aorte a ne embolija plućne arterije. Nakon toga, hitno je transportovana na Kliniku za kardiohirurgiju gde je operisana.

Zaključak: Na osnovu ovog prikaza slučaja možemo zaključiti da se o DA kod osoba sa TS ne razmišlja dovoljno zbog male učestalosti ovog entiteta i raznovrsne kliničke slike. Obzirom da kod osoba sa TS postoji mali ali realan rizik za DA, treba uvek biti svestan istog pri evaluaciji ovih bolesnika.

MEDIKAMENTOZNA KONVERZIJA VENTRIKULARNE TAHIKARDIJE (VT) U PREHOSPITALNIM USLOVIMA

Momir Kitanovic
DZ VLASOTINCE

Uvod: VT je maligna komorska aritmija koju karakterise 3 i vise komorskih ektopicnih otkucaja frekvence oko 100-350/min. u EKG zapisu karakterise se širokim QRS kompleksima bez jasno vidljivog P talasa.

Cilj rada: Ukazati na znacajnu ulogu specijaliste urgentne medicine u zdravstveno sistemu kroz prikaz slucaja. Predstavljen je uspesni medikamentozni nacin tretmana VT u prehospitalnim uslovima.

Metodologija: Korisceni su podaci iz protokola SHMP Vlasotince

Rezultati: U ambulantu SHMP uveden je pacijent R.M. star 68 godina koji je pre 15 minuta osetio slabost i malaksalost, nije gubio svest ali je bled i preznojen. Izmereni pritisak je 110/70mmHg, uradjen EKG snimak pokazuje frekvenciju od 220/min. SUK =7,8mmol/l. Srcana radnja aritmicna, ubrzana, tonovi jasni. Na EKG snimku registruje se VT širokih QRS kompleksa. Medikamentoznom aplikacijom amp Amiodarona od 150mg u 20ccm 5% glukoze na bolusu i 500ml fizioloskog rastvora. Nakon 15minuta postize se konverzija prvo u sinusnu tahikardiju a potom u sinusni ritam frekvence 80/min. i tenzije 120/80 mmHg. Pacijent je tako hemodinamski stabilan transportovan u koronarnu jedinicu Opste bolnice Leskovac.

Zakljucak: Ovi rezultati mogu da ukazu da je konverzija u sinusni ritam uspesno uspostavljena i prehospitalnim uslovima antiaritmikom Amiodaronom i na vaznu ulogu specijaliste urgentne medicine u zdravstvenom sistemu pri prezivljavanju ekstremno ugrozenih bolesnika.

TERAPIJSKI TRETMAN PACIJENTA U ANAFILAKTICKOM ŠOKU

Momir Kitanovic
DZ VLASOTINCE

Uvod: Anafilakticki sok predstavlja najtezu formu alergijske reakcije. To je akutno nastali tezak tip reakcije rane prosetljivosti ciji pocetak moze biti nagao, cesto dramatican, i neocekivan.

Cilj rada: Ukazati na znacaj sto brzog uspostavljanja vazomotornog tonusa i nadoknada cirkulatornog volumena kako bi se sprečio nastanak nekonpenzovanog soka.

Metod: Prikaz slucaja pacijenta u anafilaktickom soku-protokol SHMP Vlasotince.

Rezultati: Pacijent A.V. 55 godina uveden je u ambulantu hitne pomoci uz pomoc prijatelja. Heteroanamnesticki smo saznali da je imao veci broj uboda pcela u predelu glave i vrata. Klinickom slikom dominira niska tenzija 60/40 mmHg, pepeljasto bledilo, hladna i vlazna koza, ubrzan i slab puls, -110 u minuti, "glad" za vazduhom, zedj, svrab, otezano gutanje i govor. Prisutan je i otok periorbitalne i usne regije kao i mucnina i nagon na povracanje, pa i panika kod pacijenta.

Terapijski tretman: Pacijent je postavljen u „sok polozej“. Zbog prisutne dispnee daje se 6l kiseonika nazalnom kanilom. Odmah je dato 0,5ml adrenalina (1:1000) i.m. Posle 15 min. jos 0,5ml s.c. jer je to lek izbora kod anafilaktickog soka. Odmah je data i 1 ampula sinopena od 20 mg. Otvorene su 2 venske linije i kroz njih je dato 1000ml fizioloskog rastvora i 500ml 5%glukoze. Takodje je aplikovano i 40 mg Urbazona i 250mg amonofilina.

Diskusija: Primarna terapijska mera u soku je procena klinicke slike bolesnika i obezbedjenje disajnog puta.

Zakljucak: Brz dolazak do zdravstvene ustanove, energican brz i adekvatan tretman, kao i dobra obucenost medicinskog tima osiguravaju uspesan prehospitalni tretman pacijenta u anafilaktickom soku i spasavanje zivota.

IV DAN
Naziv sesije
ISTORIJA MEDICINE I UMETNOSTI
POSTER PREZENTACIJE

JAVNO ZDRAVLJE U STAROJ GRČKOJ I RIMU

Miloš P.(1), Milošević Lj. (2), Jovanović N.(3), B. Velić (4)

(1) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (2) ZDRAVSTVENI CENTAR BOR, (3) ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVLJE „TIMOK“, ZAJEČAR, (4) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

Uvod: Prema SZO (WHO) definicija javnog zdravlja je, umetnost i nauka o prevenciji bolesti, produžavanja života i unapređenje zdravlja kroz organizovane napore društva". Prema istorijskim zapisima još u antička vremena su zabeležena nastojanja tadašnjih društava da promovišu i obezbede zaštitu od zaraznih bolesti, neguju zdrave stilove života, kao i što su postojale ustanove za lečenje obolelih. Izazovi po zdravlje čoveka su se sa promenom nomadskog načina života prema stvaranju prvih ljudskih naseobina promenili od povređivanja prilikom lova, na primer u plemenima, pa do zahteva koje su prva naselja postavljala pred zdravlje čoveka, kao što je depozicija otpada.

Cilj: Namera ovog preglednog članka je da prikaže napore činjene u antičko vreme ljudske civilizacije, u Starom Rimu i Antičkoj Grčkoj na planu javnog zdravlja, a i dostignućima tih civilizacija, za ono vreme impresivnim.

Materijal i metodi rada: Istraživanje je sprovedeno pregledom baza podataka o istorijskim zapisima iz antičke epohe, tadašnjih istoričara, kao i kasnijim otkrićima nastalim proučavanjem ostataka ovih civilizacija, na internetu.

Rezultati: Antički Grci su smatrali da je bolest kazna od bogova, a ozdravljenje božanski dar. Teorija o četiri elementa: krv-vazduh, flegma-voda, žuta žuč-vatra i crna žuč-zemlja se koristila za tumačenje bolesti. U 5.veku p.n.e. pojavljuju se nastojanja za razdvajanjem spiritualnog poimanja bolesti, i traže se materijalni uzroci, što dovodi do napretka od sujeverja prema naučnom objašnjenju. Opisi bolesti su nadjeni u Homerovoj „Ilijadi” kao i oblici lečenja. Otac savremene medicine Hipokrat (5. vek pne do 4. vek pne) je radio na promociji zdravlja, intervencijama kod povreda, lečenju mentalnih poremećaja i terapijskim intervencijama. Promovisao je fizičku aktivnost, i važnost ishrane. Medjutim Stari Grci nisu imali opsežan javni zdravstveni sistem kao sistem tekuće vode ili regulisanu kanalizaciju, na primer. Rimskim osvajanjem Grčke u 2. veku pne dolazi i do preliivanja uticaja grčke kulture na Rim. To se reflektuje i na medicinu. Galen, jedan od najistaknutijih grčkih lekara (bio je lični lekar Marka Aurelija, rimskog imperatora, i vrsni poznavalac anatomije) i Pedanije Diskorides (botaničar, farmakolog i lekar) su uticali na razvoj medicine Rimu. Rimljani su smatrali da je prevencija bolesti važnija od lečenja. Proučavali su vezu uzroka bolesti i metoda sprečavanja. Napravili su vodovod i kanalizaciju. Imali su javna kupatila i javne toalete. Poznat je hram posvećen Aesculapius-u, grčkom bogu lečenja, izgrađen na ostrvu u reci Tibar, u vreme epidemije kuge 293 god. pne. Korišćen je za karantin zbog izolovanosti ostrva od ostalog dela samog grada.

Zaključak: Javno zdravstveni sistemi su razmatrani u antičkim civilizacijama. Dostignuća iz tog doba su zastupljena i danas (vodovod i kanalizacija). Maksima „u zdravom telu zdrav duh” nastala je u staroj Grčkoj.

Ključne reči: stari Rim, antička Grčka, javno zdravlje.

Naziv sesije
ISTORIJA MEDICINE I UMETNOSTI
 USMENE PREZENTACIJE

VARIOLA VERA, 45 GODINA OD EPIDEMIJE, 35 GODINA OD PRIKAZIVANJA FILMA

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

(1,6) ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU PREDŠKOLSKE I ŠKOLSKE DECE SA MEDICINOM SPORTA I SAVETOVALIŠTEM ZA MLADE, (2) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, SLUŽBA OPŠTE MEDICINE, (3) ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, (4,6) DOM ZDRAVLJA DOLJEVAC, (5) MEDICINSKI FAULTET-NIŠ, (6) KLINIČKI CENTAR NIŠ, KLINIKA ZA DEČJE INTERNE BOLESTI, (7) APOTEKARSKA USTANOVA, LILLY DROGERIJE NIŠ

Variola vera je smrtonosna bolest. Godine 1967. Svetska zdravstvena organizacija (SZO) je donela plan za eradikaciju varirole. U Socijalističkoj Federativnoj Republici Jugoslaviji (SFRJ) se pune 42.godine verovalo da je bolest iskorenjena (poslednja epidemija na ovim prostorima je bila 1930.god.). Marta 1972. godine se bolest vratila, odnela 40 života u SFRJ (26 na Kosovu, 7 u Beogradu, 5 u Novom Pazaru, 1 u Čačku i 1 u Ležemiru kod Sremske Mitrovice). Obolelo je 184 ljudi od čega 32 u Beogradu. Poslednji slučaj varirole zabeležen je u Somaliji 1977. godine. Kuvar Ali Mov Malin oboleo je 26. oktobra 1977. godine. Zvanično obaveštenje o eradikaciji (uništenju ili istrebljenju) virusa varirole je izdato 1979. godine.

„Variola vera” je jugoslovenski film snimljen 1982. godine, u režiji Gorana Markovića, koji je napisao i scenario. Film je dobio mnogo nagrada, a može poslužiti kao edukativan material mlađim naraštajima i medicinskom osoblju. Deceniju kasnije od izbijanja epidemije radnja filma prati tok epidemije na teritoriji tadašnje Savezne Republike Srbije, republike bivše SFRJ 1972. godine, ponašanje skoro svih slojeva društva u kome se epidemija pojavila: pacijenata u bolnici, medicinskog osoblja, običnih građana, pa i političara, funkcionera tadašnjih vlasti. Prikazuje se kako jedna, tako smrtonosna, pretnja doprinosi da ljudi pokažu svoje pravo lice.

Danas varirole zvanično nema, ali se živi sojevi mogu naći u dve laboratorije. Prva je u Americi, i to je Centar za kontrolu i prevenciju bolesti u Atlanti, SAD, a druga je u Ruskoj Federaciji, i to je Istraživački institut virusologije i biotehnologije „Vektor”u Koljcovu u Novosibirskoj oblasti.

Ljudi se već dugo ne vakcinišu protiv ove bolesti, a što je bolest manje prisutna, to je populacija manje imuna. Zbog toga se variola nalazi na mestu broj jedan bioloških oružja. Na drugom mestu je ebola, a na trećem kuga. Iako varirole više nema, vakcina se proizvodi. Neke zemlje obnavljaju svoje količine, a i SZO radi predostrožnosti raspolaže sa 60 miliona vakcina.

Ključne reči: Boginje, smrtnost, eradikacija

MOTIVI INCESTA U DELU BORE STANKOVICA

Mirjana Stojkovic- Ivkovic

ZZZZ RADNIKA “ZELEZNICE SRBIJE”, SAVSKA 23, BEOGRAD

MITKA (Kostani): E, s’g dede onuj: Kako k’d Kumanovo cuma bi’,k’d se ludi i besni Stojan zagleda u Stamenu, od ujku sestru, pa ili grad da pali ili Stamenu da uzme. I tri dana crkve zatvorene, tri dana carsija zatvorena, Stamena kuka i moli:

Stojane, more Stojane,
 Gde se je culo, razbralo
 Brat sestru more da zema?

A on, pusti i besni Stojan, odgovara:

Stameno, mori Stameno,

Stameno, kito proletnja,
Stameno, zrno biserno,
Jesi li cula, razbrala;
Sitno kamenje broj nema,
Duboka voda brod nema,
Visoko drvo hlad nema,
Ubava moma, mori, rod nema.

Ovaj rad je inspirisan temom incestuoznih (rodoskrvnickih) motiva u delu Bore Stankovica. Incest ili rodoskrvnuce podrazumeva seksualni kontakt medju bliskim srodnicima tj. clanovima iste porodice (otac-kcerka, majka –sin, sestre-braca, otac –sin itd.) ili radnje koji vode prema tom cinu.

Metod rada, obradjeni su “Kostana”, “Gazda Mladen”, “Necista krv”, “Jovca”, “Tetka –Zlata” i Biografski podaci samog pisca.

Svaka civilizacija pocinje i pociva na odricanju od nagona, a svaka kultura od pounutrasnjivanja spoljnih zabrana. Mozda je i sve pocelo od incesta i zabrane incesta, dakle od tajne seksualnog nagona, u sirem smislu Erosa. Vrlo je verovatno da bi incestuozno zadovoljenje seksualnih potreba ljudi u proslosti dovelo do corsokaka u razvoju coveka. Postavlja se i pitanje da li je ova zabrana svuda postovana i sprovedjena u delo. Incest ,ne miruje ni danas, mi se sa ovom aveti i dalje srecemo ,istina vise u prerusenom obliku (prikriven motiv).

Da bi smo razumeli sta se to dogadja i kako je doslo do motiva incesta u delu B.S. moramo razmotriti pojam- razvoj licnosti. Kod dece ne postoji polni nagon kakav se javlja u procesu sazrevanja, tj. puberteta, i tada se ispoljava pojavom neodoljive privlacnosti koje jedna osoba vrsi na drugu; njihov cilj je polno sjedinjavanje ili bar takve radnje koje vode ka njima.

Odgadjanjem seksualnog sazrevanja dobija se u vremenu da se pored ostalih seksualnih prepreka izgrade granice incestu , da se usvoje oni moralni propisi koji krvne srodnike izricito iskljucuju prilikom izbora seksualnog objekta. Postovanje tih prepreka ,pre svega, kulturni zahtev drustva koji mora da spreci te nagone radi visih ciljeva, opstanka vrste. Bitna faza u razvoju licnosti je odvajanje od roditeljskog autoriteta. Mnoge licnosti zaostaju u razvoju i nikad ne savladaju roditeljski autoritet, Ukoliko se rano pocne sa seksualnim odnosima –otezava se ovladavanjem seksualnim nagonima, ne postavlja se jasna granica prema krvnim srodnicima pomocu visih dusevni instanci.

Rodoskrvnicki motiv koji se obradjuje u delu B.S., nije karakteristican samo za sredinu koju Bora opisuje vec je to univerzalni problem coveka. Neki biografi smatraju da se i sam pisac borio protivu mracnih atavizama svoje licne prirode, zasnovanoj na sirokoj osnovici njegove podsvesti.

Erotsko zastranjivanje u rodjacksim odnosima nalazimo na vise mesta u Borinom delu.

Imamo toga i u “Tetka-Zlata” koja mirise sinovljevu glavu, pa kad je taj miris potseti na pokojnika “pocelo bi od toga da joj snaga treperi i dusa izumire, ne moguci vise i ne smejući da ga ljubi, samo bi naslanjala svoje uzdrhtale usne....”

Erotska naklonost oca prema kceri opisana je u delu “Jovca”. Jovca zadrzava i odugovlaci Nacinu udaju, jer njegova ljubav prema njoj je toliko velika da ne moze da je sakrije.

Sofka je rasla u porodici koja je “izvan sveta”, koja se nije druzila sa okolinom, tako da nije imala mogucnost za razvoj objekt libida. To je uslovalo povecanje narcizma i jakanje incestuoznih veza. Sofka, videci oca siromasnog, prestaje da ga idealizuje i voli. Cim je otac-ideal bio srusen, ona je bila spremna da ostvari ljubav. Dva puta je bila na pragu ljubavi ali obe imaju incestuozan karakter i ni jedna nece biti realizovana. Prva ljubav sa svekrom, sa covekom koji je imao ulogu oca. Druga, opet, incestuozna ali se sada Sofka pojavljuje u ulozi majke koja gaji dete koje bi kasnije trebalo da postane-suprug. Patolosku sebicnost Efendi-Mitine, mozemo shvatiti kao incestuoznu ljubomoru oca na kcerku koja ostvaruje sreću bez njega.

Pojavu culnih pozuda i incestuoznih zelja kod Stankovicevih licnosti ne mozemo tumaciti nekim posebnim “juznjackim” temperamentom i mentalitetom, niti orjentalnim uticajima na odnos muskarca i zene, niti seksualnoj nastranosti. Sve je ovo uslovljeno teskim patrijarhalnim moralom koji je svaku ljubav smatrao grehom. Njegove licnosti su narcisticne , emocionalno nestabilne i depresivne. Odbranu od emocija realizuju povlacenjem. Seksualnost je pokretac i stozer naseg iskustva sveta. To je mesto na kome sukob izmedju individualne osobenosti i kolektivnih normi postaje neizbezan.

BRAK I BRAČNI ODNOSI NA PODRUČJU NEGOTINSKOG PROTOPREZVITERATA U VREME SRPSKO-TURSKIH RATOVA OD 1876. - 1878. GODINE

Prim. dr sci. med. Petar Paunović
RAJAČKA ŠKOLA ZDRAVLJA

Autor u svome radu opisuje društvene prilike u vreme I i II srpsko -turskog rata, od 1876. do 1878. godine, sa posebnim osvrtom na brak i bračne odnose. Negotinski protoprezviterat koji se prostirao, najvećim delom na području severnog dela Timočke krajine, odnosno, na području današnjeg borskog orkuga, veoma je stradao u vreme srpsko-truskih ratoiva kako u ekonomskom tako i u društvenom pogledu. Zbog odlaska u rat i pogibije velikog broja muškaraca i zbegova ostalog dela stanovništva došlo je do poremećaja porodičnog života. Javio se veliki broj ratnih udovica i siročadi. Žene su umirale od gladi i studu u zbegovima, ostavljajući za dobru bolesnu decu. Osiromašene, bez muževa i bez kuće, žene su se odavale prostituciji, što je pogodovalo širenju sifilisa.

Autor u svome radu opisuje delovanje pravoslavne crkve koja je bila zadužena za brak i bračne odnose, na stabilizaciji porodičnog i zadružnog života, nastojeći da uslove za stupanje u brak učini jednostavnijim, ubrzavajući tako stupanje u vrak, naročito prevazilaženjem prepreka za brak kao što su nedostajuće godine i srodstvo među ženicama i devojkama. Tako se rani brak i brak u srodstvu, kao štetna za zdravlje, ukorenjivao na području Timočke krajine i ostao do sredine XX veka. Bez obzira na sve, nastojeći da stabilizuje brak i bračne odnose i što veći broj muškaraca i žena poveže brakom, crkva je dala veliki doprinos stabilizaciji porodičnog i zadru života i zdravstvenom i privrednom oporavku negotinskog protoprezviterata.

Ključne reči: brak i bračni odnosi, negotinski protoprezviterat, I i II srpsko-turski rat

Naziv sesije
MLADI AUTORI
USMENE PREZENTACIJE

UPITNIK PROCENE RIZIKA ZA TIP 2 DIJABETESA U PRAKSI

Danijela Ćirić (1), Bratimirka Jelenković (1), Dragana Mitrović (2), Olgica Stanojlović (1)
(1) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR. (2) ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC

Globalna epidemija dijabetesa je jedan od najvećih javno-zdravstvenih izazova 21. veka. Pojavi bolesti prethodi period predijabetesa koji može trajati više godina što omogućava da promenom životnih stilova sprečimo ili odložimo pojavu bolesti. Cilj rada je utvrđivanje rizika za nastanak dijabetesa tip 2 u ordinaciji izabranog lekara u Domu zdravlja Zaječar i analiza pojedinačnih faktora rizika. Analizirani su upitnici koji su pacijentima popunjavani u ordinaciji izabranog lekara u periodu od dve godine. Obuhvaćeno je 169 ispitanika, od toga 68 muškaraca od kojih 38,23 % ima visok rizik za tip 2 dijabetesa, i 101 žena pri čemu njih 16,83 % ima visok rizik za tip 2 dijabetesa.

Na nivou značajnosti od 0,05 muški pol ima veću učestalost visokog rizika za tip 2 dijabetesa u odnosu na ženski pol. Nema statističke značajnosti ($p=0,23$) u prosečnim godinama muškaraca koji imaju visok rizik za tip 2 dijabetesa u odnosu na one koji imaju manji rizik. Kod žena postoji statistički visoka značajnost ($p=0,0086$) između žena sa visokim rizikom (prosek godina 65,94) i onih sa manjim rizikom (prosek godina 57,84). Postoji značajna povezanost ITM i obima struka i visokog rizika za obolevanje od dijabetesa tip 2 kod osoba oba pola. Fizički je aktivno 83,82 % muškaraca i 89,11 % žena. Svakodnevna upotreba voća i povrća je prilično zastupljena u svim grupama rizika i kod oba pola. Učestalost povišenog krvnog pritiska naročito je prisutna kod muškaraca sa visokim rizikom, dok je kod žena sa niskim rizikom prisutna kod svake druge, a kod žena sa ostalim stepenom rizika prisutna je sa učestalošću od 80-90%. Svaki drugi muškarac sa visokim rizikom i svaka treća žena sa visokim rizikom ima pozitivno porodično opterećenje za dijabetes melitus tipa 2. Povišena vrednost glikemije pri rutinskom pregledu prisutna je kod 81%

muškaraca sa visokim rizikom za obolevanje od dijabetesa tip 2 i kod 71 % žena sa visokim rizikom. Ako posmatramo mesto prebivališta, u grupi muškaraca sa visokim rizikom 47,06% su sa sela, dok je u grupi žena sa visokim rizikom podjednaka zastupljenost žena koje žive na selu i u gradu. Analizirajući faktore rizika uočeno je da porodično opterećenje, gojaznost, povišena glikemija pri rutinskom pregledu i hipertenzija imaju važnu ulogu u nastanku tip 2 dijabetesa. Zbog toga je potrebno razvijati i testirati isplative metode edukacije i savetovanja pacijenata u cilju redukcije rizika za nastanak dijabetesa tip 2.

Ključne reči: dijabetes, predijabetes, skrining

Diabetes is a major public health problem that is approaching epidemic proportion globally. For people of high risk of developing type 2 diabetes, lifestyle changes can significantly reduce the risk. As general practitioners we want to calculate risk level for diabetes by using questionnaire, for 2 years long period. We asked 169 people, 68 of them was male and the other 101 was female. High risk for diabetes type 2 had 38,23% of man and 16,83% of women. The most frequently high risk of diabetes occur at man and the age is not important. In group with female, age take an important role. There is significant connection between BMI (Body Mass Index) and high waist circumference and high risk of diabetes type 2 at male and female. People of both sex are physically active and usually take fruit and vegetable every day. Male with high risk of diabetes type 2 have hypertension, also female, except female with low risk level. Family history is present at every other men and every third women. In group with high risk for diabetes both sex have had increased level of blood glucose. If we watched place for living, 47 % of male with high risk lived in village, but in female group there is no difference. Risk factors which have an important role for diabetes type 2 are family history, obesity, high level of blood glucose and hypertension. We should develop economic payable method for patients education if we want to reduce risk for diabetes.

Key words: diabetes, prediabetes, screening

PRIMARNI KOLOREKTALNI KARCINOM U NAŠOJ KLINIČKOJ PRAKSI U PETOGODIŠNJEM PERIODU

Davidović Vladimir, Miladinov Bojan

OPŠTA BOLNICA KIKINDA/GENERAL HOSPITAL KIKINDA

UVOD: Kolorektalni karcinom (KRK) je najčešći maligni tumor digestivnog trakta. Od KRK godišnje u svetu oboli oko 1,2 miliona ljudi, što čini 9,8% svih obolelih od malignih bolesti. U Srbiji godišnje oboli oko 4000 osoba (od toga u Vojvodini oko 800), i to nešto više od polovine čini karcinom kolona, a nešto manje od polovine karcinom rektuma.

CILJ: Prikazati distribuciju KRK prema polu, godinama starosti, anatomskim segmentima, TNM stadijumu, primenjene operativne tehnike, odrediti stopu ranog postoperativnog mortaliteta i prosečan broj dana hospitalizacije.

PACIJENTI I METODE: Retrospektivna analitička studija. Uključeni su pacijenti koji su elektivno ili urgentno operisani zbog primarnog KRK na Odeljenju hirurgije Opšte bolnice u Kikindi, u periodu od 01.01.2012.-31.12.2016. godine. Za statističku analizu podataka korišćen je χ^2 -test.

REZULTATI: Operisano je 196 pacijenata, 114 muškaraca i 82 žene ($\chi^2=5,22$; $p<0,05$), prosečne starosti $67,45\pm 10,41$ godina (32-91). Mladih od 60 godina je bilo 40 (20,41%), a 156 (79,59%) starijih od 60 godina ($\chi^2=68,65$; $p<0,001$). KRK je najveću distribuciju imao u starosnoj grupi 60-79 godina (131 vs 65, $\chi^2=22,22$; $p<0,001$). Prosečan broj dana hospitalizacije po pacijentu iznosio je $18,75\pm 11,05$ (2-89). 153 (78,06%) pacijenata je operisano elektivno, a 43 (21,94%) urgentno ($\chi^2=61,74$; $p<0,001$). Kod 132 (67,35%) pacijenata KRK je bio lokalizovan u rektumu i sigmoidnom kolonu, a kod 64 (32,65%) pacijenata u preostalim segmentima debelog creva ($\chi^2=23,59$; $p<0,001$). Urađeno je 37 (18,88%) desnih i 30 (15,31%) levih hemikolektomija, 18 (9,18%) subtotalnih i 4 (2,04%) totalnih kolektomija, 15 (7,65%) prednje-visokih i 45 (22,96%) prednje-niskih resekcija rektuma, 21 (10,71%) Miles-ovih procedura, 18 (9,18%) Hartmann-ovih procedura, 7 (3,57%) prizidnih "loop" kolostomija i 1 (0,51%) terminalna ileostomija. Kod 54 (27,55%) pacijenata je KRK bio u ranom (T1 i T2) stadijumu, a kod 142 (72,45%) u uznapredovalom (T3 i T4) stadijumu ($\chi^2=39,26$; $p<0,001$). Kod 172 (87,76%) pacijenata je dijagnostikovao adenokarcinom, kod 21 (10,71%) mucinozni adenokarcinom, kod 2 (1,02%)

neuroendokrini tumor (carcinoid) i kod 1 (0,51%) karcinom ćelija pečatnog prstena. Metastaze u limfnim nodusima je imalo 110 (56,12%), a nije imalo 86 (43,88%) pacijenata ($\chi^2=2,94$; $p>0,05$). U perikoličnom masnom tkivu prosečno je pronađeno i histopatološki pregledano $13,42\pm 3,4$ (6-24) limfnih čvorova. Makroskopski vidljive metastaze u trenutku operacije je imalo 42 (21,43%), a nije imalo 154 (78,57%) pacijenata ($\chi^2=64,0$; $p<0,001$). Stopa ranog postoperativnog mortaliteta za elektivno operisane pacijente je iznosila 9,15% (14/153) i 37,21% (16/43) za urgentno operisane pacijente ($\chi^2=20,4$; $p<0,001$). Ukupna stopa ranog postoperativnog mortaliteta iznosila je 15,31% (30/196).

ZAKLJUČAK: KRK se 1,4 puta češće javlja kod muškaraca. Najzastupljeniji je u populaciji od 60-79 godina, mada je oko 20% obolelih mlađe od 60 godina. Iako se u lečenju KRK najčešće primenjuje elektivna hirurgija, oko 1/5 pacijenata se operiše urgentnom hirurgijom. Najčešća lokalizacija KRK je u rektumu (40%) i sigmoidnom kolonu (25%). U hirurškom lečenju se koriste dokazane operativne tehnike koje podrazumevaju resekciju tumora uz kreiranje crevnih anastomoza i/ili stoma, a u slučaju inoperabilnosti tumora neophodno je izvesti derivacione stome. Hirurško lečenje KRK zahteva relativno dugu hospitalizaciju (prosečno 2-3 nedelje). KRK se najčešće operiše u T3 stadijumu, sa prisutnim metastazama u limfnim čvorovima u više od 50% slučajeva. Po ovom istraživanju Dukes C stadijum je bio najviše zastupljen. Oko 20% pacijenata u trenutku operacije ima udaljene metastaze. Hirurgiju KRK prati visoka stopa ranog postoperativnog mortaliteta (oko 15%), i ona je statistički značajno veća kod pacijenata operisanih urgentnom hirurgijom.

KLJUČNE REČI: primarni kolorektalni karcinom; operativno lečenje; TNM stadijum

PRIMARY COLORECTAL CANCER IN OUR CLINICAL PRACTICE FOR A PERIOD OF FIVE YEARS

INTRODUCTION: Colorectal cancer (CRC) is the most common malignancy of the digestive tract. Annually in the world about 1.2 million people are affected from CRC, accounting for 9.8% of all patients with malignant diseases. In Serbia, annually are affected about 4,000 people (near 800 patients are from Vojvodina), slightly more than half is colon cancer and slightly less than half is rectal cancer.

OBJECTIVE: To show the distribution of CRC by gender, age, the anatomical segments of the colon and TNM stage; to show the used surgical techniques and to determine the rate of early postoperative mortality and average number of days of hospitalization.

PATIENTS AND METHODS: In a retrospective analytical study were included the patients who had elective or emergency surgery for primary CRC at the surgical ward of General Hospital Kikinda from January 1st 2012 to December 31st 2016. For statistical analysis we used χ^2 -test.

RESULTS: Operation was performed in 196 patients, 114 men and 82 women ($\chi^2 = 5.22$; $p<0.05$), mean age 67.45 ± 10.41 years (32-91). 40 (20.41%) patients were under the age of 60 years, and 156 (79.59%) were over the age of 60 years ($\chi^2 = 68.65$; $p < 0.001$). CRC had the highest distribution in population of 60-79 years (131 vs 65, $\chi^2 = 22.22$; $p < 0.001$). Average number of days of hospitalization per patient was 18.75 ± 11.05 (2-89). 153 (78.06%) patients were elective operated while 43 (21.94%) patients were emergency operated ($\chi^2 = 61.74$; $p<0.001$). CRC was localized in the rectum and sigmoid colon in 132 (67.35%) patients, while in 64 (32.65%) patients it was in the remaining segments of the colon ($\chi^2 = 23.59$; $p < 0.001$). It was done 37 (18.88%) of the right and 30 (15.31%) of the left hemicolectomy, 18 (9.18%) of the subtotal and 4 (2.04%) of the total colectomy, 15 (7.65%) of the high-anterior and 45 (22.96%) of the low-anterior resection of the rectum, 21 (10.71%) Miles's procedure, 18 (9.18%) Hartmann's procedure, 7 (3.57%) "loop" colostomy and 1 (0.51%) the terminal ileostomy. CRC was in the early stage (T1,T2) in 54 (27.55%) patients, and in an advanced stage (T3,T4) in 142 (72.45%) patients ($\chi^2 = 39.26$; $p < 0.001$). Adenocarcinoma was diagnosed in 172 (87.76%) patients, mucinous adenocarcinoma in 21 (10.71%) patients, neuroendocrine tumor (carcinoid) in 2 (1.02%) patients and the signet ring cell carcinoma in 1 (0.51%) patient. 110 (56,12%) patients had metastases in the lymph nodes, while 86 (43,88%) patients didn't have metastases ($\chi^2 = 2.94$; $p > 0.05$). On average, 13.42 ± 3.4 (6-24) of the lymph nodes in adipose tissue of colon or rectum were found and histopathologically examined. Macroscopically visible metastasis of remote organs were found in 42 (21.43%) patients at the time of operation, while in 154 (78.57%) patients were not found ($\chi^2 = 64.0$; $p < 0.001$). The rate of early postoperative mortality was 9.15% (14/153) for elective operated patients and 37.21% (16/43) for

emergency operated patients ($\chi^2 = 20.4$; $p < 0.001$). The overall rate of early postoperative mortality was 15.31% (30/196).

CONCLUSION: CRC occurs more in males for 1.4 times than in females. CRC is most common in the population of 60-79 years, although about 20% of patients are younger than 60 years. Although the most commonly used treatment of CRC is elective surgery, about 1/5 of patients undergo emergency surgery. The most common localization of CRC is in the rectum (40%) and sigmoid colon (25%). The proved operational techniques are using in surgical treatment of CRC that include resection of the tumor with the creation of intestinal anastomoses and/or stoma, while in the case of inoperability of the tumor is necessary to create the derivation stoma. Surgical treatment of CRC requires a relatively long hospitalization (average 2-3 weeks). CRCs are usually operated in the stage T3, with metastasis to the lymph nodes in more than 50% of the cases. Dukes C stage is the most frequent in this study. About 20% of patients have remote metastases at the time of surgery. Surgery of CRCs has a high rate of early postoperative mortality (about 15%), and it was significantly higher in patients emergency operated.

KEY WORDS: primary colorectal cancer; surgical treatment; TNM stage

Naziv sesije
JAVNO ZDRAVLJE
USMENE PREZENTACIJE

**UMIRANJE OD VODEĆIH LOKALIZACIJA MALIGNIH TUMORA KOD MUŠKARACA U
CENTRALNOJ SRBIJI 1999.-2014. GODINA**

Dr Snežana Živković Perišić

INSTITUCIJA: INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE SRBIJE "DR MILAN JOVANOVIĆ BATUĆ"

UVOD: Posle kardiovaskularnih bolesti, maligni tumori predstavljaju najčešći uzrok umiranja kod muškaraca u našoj zemlji. Vodeći uzroci umiranja od raka u našoj zemlji gotovo su identični vodećim uzrocima smrtnosti od malignih tumora u većini zemalja u razvoju.

CILJ: Prikazati kretanje umiranja od vodećih lokalizacija malignih tumora kod muškaraca u centralnoj Srbiji u periodu od 1999. godine do 2014. godine.

MATERIJALI I METOD RADA: Izvor podataka o umrlim osobama su sirovi podaci Republičkog zavoda za statistiku analizirani u Institut za javno zdravlje Srbije. Kao izvor podataka o populaciji korišćene su procene stanovništva Republičkog zavoda za statistiku. Stope su standardizovane metodom direktne standardizacije. Kao standardna populacija korišćena je populacija sveta po Segiju. Linearnim trendom je prikazano kretanje umiranja od vodećih lokalizacija malignih tumora kod muškaraca u centralnoj Srbiji u periodu od 1999. godine do 2014. godine. U radu je korišćen deskriptivno epidemiološki metod.

REZULTATI: Prema analiziranim podacima, u posmatranom šesnaestogodišnjem periodu svake godine, je u proseku u centralnoj Srbiji, umrlo skoro 14.000 osoba oba pola, a od tog broja većinom su bile osobe muškog pola, njih 8.012. Tokom posmatranog perioda, zabeležen je kod muškaraca porast stopa umiranja od svih lokalizacija malignih tumora za 5,0 % ili nešto manje od 0,3% na godišnjem nivou. Muškarci u našoj sredini najviše su umirali od raka pluća, kolona i rektuma, prostate, pankreasa i mokraćne bešike. U periodu od 1999. do 2014. godine svake godine, je u proseku u centralnoj Srbiji, umrlo 2.400 muškaraca od raka bronha i pluća, više od 950 od raka kolona i rektuma, skoro 635 od raka prostate, oko 390 od raka pankreasa i 320 od raka mokraćne bešike. U istom periodu kod muškaraca je došlo do porasta svih standardizovanih stopa mortaliteta od vodećih lokalizacija malignih tumora, izuzev malignih tumora želuca gde se registruje pad mortaliteta od 42,7%, nešto manje od 3,0% na godišnjem nivou. Registrovani porast standardizovanih stopa mortaliteta od malignih tumora bronha i pluća iznosio je 15%, nešto manje od 1% na godišnjem nivou ($y=45,68+0,548x$), za rak kolona i rektuma 16% ili 1% na godišnjem nivou ($y=16,22+0,236x$), za rak prostate 13%, manje od 1% ($y=8,54+0,208x$), rak pankreasa 9%, 0,5% ($y=6,73+0,119x$) i maligne tumore mokraćne bešike 6% ili 0,4% na godišnjem nivou ($y=5,42+0,036x$).

ZAKLJUČAK: Muškarci centralne Srbije su u srednjem riziku umiranja od vodećih lokalizacija malignih tumora.

KLJUČNE REČI: muškarci, umiranje, vodeće lokalizacije malignih tumora

EVIDENCIJE U ZDRAVSTVU - REGISTRI OBOLELIH OD VEĆEG JAVNO ZDRAVSTVENOG ZNAČAJA U REPUBLICI SRBIJI

Sjeničić M. (1), Miljuš D. (2)

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

Uvod: Prema procenama SZO, danas su oboljenja od većeg javno zdravstvenog značaja vodeći uzroci umiranja u svetu. Od 58 miliona ljudi koliko godišnje umre od svih uzroka smrti, 41 milion, odnosno, 70% umre od posledica ovih oboljenja. Prema istom izvoru u narednom periodu očekuje se porast smrtnosti od ovih oboljenja, a najveći broj umrlih biće iz nerazvijenih i zemalja u razvoju.

Cilj: Namera autora bila je prikazu zakonsku osnovu za formiranje i etape organizovanja registara od većeg javno zdravstvenog značaja u Srbiji.

Materijal i metodi rada: Analizirana je relevantna zakonska regulativa u oblasti evidencija u zdravstvu u našoj zemlji kao osnov za organizaciju registra od većeg javno zdravstvenog značaja u Srbiji. **Rezultati:** Bolesti srca i krvnih sudova, maligni tumori, povrede, dijabetes, opstruktivna bolest pluća i druge već decenijama dominiraju u našoj nacionalnoj patologiji. Ovi pormećaji zdravlja vodeći su uzroci obolevanja, apsentizma, invalidnosti i prevremenog umiranja u Srbiji. Duži niz godina, navedeni poremećaji zdravlja čine preko 85% svih uzroka smrti, kako u Srbiji, tako i u zemljama Evropskog regiona. Ove procene su rezultat prikupljenih podataka u registrima bolesti širom sveta. Osnovna uloga ovog registara je da omogući izračunavanje incidencije ovih oboljenja, kontinuirano praćenje incidencije tokom vremena, analizu stopa preživljavanja pacijenata sa ovim bolestima, izračunavanje izgubljenih godina života i godina života sa nesposobnošću i utvrđivanje direktnih i indirektnih troškova lečenja obolelih. Ovakav način posmatranja i praćenja ovih oboljenja ima ogroman javno-zdravstveni značaj, jer obezbeđuje procenu opterećenja društva ovim poremećajima zdravlja, stručni pristup u planiranju zdravstvene zaštite obolelih od ovih bolesti, izradu preventivnih programa i strategija, evaluaciju sprovedenih preventivnih mera, formulisanje zdravstvene politike i unapređenje organizacije zdravstvene zaštite obolelih od bolesti od većeg javno zdravstvenog značaja, kao i polaznu osnovu za epidemiološka i klinička istraživanja. Vlada Republike Srbije je krajem 2014. godine donela Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva, koji propisuje obavezu vođenja registara za 17 grupa bolesti i stanja od većeg javno-zdravstvenog značaja. Zakon definiše Institut za javno zdravlje Srbije, kao instituciju koja vodi navedene registre na nacionalnom nivou. Zakon se primenjuje od 1. januara 2017. godine, a funkcionisanje ovih registara bliže je definisano Pravilnikom o obrascima i sadržaju obrazaca za vođenje zdravstvene dokumentacije, evidencija, izveštaja, registara i elektronskog medicinskog dosijea (2016). Organizacija Registara obuhvata definisanje bolesti koji se registruju, decentralizaciju na regionalne registre, definisanje prijave bolesti od većeg javno zdravstvenog značaja, uvođenje novih izvora informacija, obezbeđenje kadra i opreme, edukaciju zdravstvenih radnika, informatičku podršku i povratni sistem informisanja. Osnovni izvor informacija za nacionalne registre su individualne prijave lica obolelih od bolesti od većeg javno zdravstvenog značaja, koja sadrži obeležja koja su grupisana u nekoliko celina, odnosno u podatke o zdravstvenoj ustanovi, novooboleloj osobi, dijagnozi bolesti, lečenju, ishodu bolesti i administraciji prijave.

Zaključak: U zdravstvenoj zaštiti obolelih od bolesti od javno zdravstvenog značaja i dalje ima puno izazova. Tokom 2017. godine očekuje se donošenje metodoloških uputstava za rad u ovim registrima, izrada softvera za podršku Registrima, pretestiranje organizacionih modela registara, kao i publikovanje prvih izveštaja o bolestima od većeg javno zdravstvenog značaja u Srbiji.

Ključne reči: registri, bolesti od većeg javno zdravstvenog značaja, Srbija

HEALTH RECORDS - DISEASES OF MAJOR PUBLIC HEALTH IMPORTANCE REGISTERS IN SERBIA

Introduction: According to WHO estimates, today the disease of major public health importance of the leading causes of death in the world. Of the 58 million people who die annually from all causes of death, 41 million, respectively, 70% die from the consequences of these diseases. According to the same source in the coming period is expected to increase mortality from these diseases, and the largest number of deaths will be from underdeveloped and developing countries.

Aim: The authors' intention was to show the basic stages of formation of the registry of rare diseases in Serbia. **Materials and methods:** We analyzed the relevant legislation in the field of records in health care in our country as the basis for organizing the registry of major public health importance in Serbia. **Results:** Diseases of the heart and blood vessels, malignant tumors, injuries, diabetes, obstructive lung disease and other for decades dominated our national pathology. Health-Related Disorder these are the leading causes of morbidity, absenteeism, disability and premature death in Serbia. For many years, stated disorders health account for over 85% of all causes of death, both in Serbia and in the countries of the European region. These estimates are the result of data collected in disease registries worldwide. The main role of this registry is to allow the calculation of the incidence of these diseases, the incidence of continuous monitoring over time, the analysis of the survival rate of patients with these diseases, the calculation of years of life lost and years of life and inability to determine the direct and indirect costs of treating patients. This method of observation and monitoring of these diseases has enormous public health importance, because it provides an assessment of burden among all these health disorders, professional approach in the planning of health care of patients with these diseases, development of preventive programs and strategies, evaluation of implemented preventive measures, the formulation of health policy and promotion organization of health care of patients with diseases of major public health importance, as the starting point for epidemiological and clinical research. The Government of the Republic of Serbia at the end of 2014 passed the Law on Records in the Field of Health, which stipulates the obligation of keeping registers of 17 groups of diseases and conditions of major public health importance. The law defines the Institute of Public Health of Serbia, as an institution that leads those registers at the national level. Law is applicable from 1 January 2017, and the operation of these registers is defined closer to the Ordinance on forms and content of forms for conducting medical documentation, records, reports, records and electronic medical records (2016). Organization Registry includes defining illness who register, the decentralization of the regional registers defining sign of diseases of major public health importance, the introduction of new sources of information, security personnel and equipment, training of health workers, support and return sitem information. The main source of information for the national registers are individual requests persons suffering from diseases of major public health of great importance, containing characteristics which are grouped into several segments, or data on the health institution, newcases person, diagnosis, medical treatment, disease outcome and administration applications.

Conclusion: In the health care of patients with diseases of public health significance and still has many challenges. During 2017, the adoption of methodological guidelines for work in these registers, software to support the registry, pre-testing organizational model registries, as well as the publication of the first report on diseases of major public health importance in Serbia. **Key words:** registers, diseases of major public health importance, Serbia

ULTRAZVUK U PREVENCIJI UROLOŠKIH OBOLJENJA

Radoš Žikić

POLIKLINIKA PAUNKOVIĆ, ZAJEČAR

Sažetak: Bezbolna i neinvazivna metoda pregleda koja se može koristiti kod svih uzrasta i može se ponoviti bezbroj puta.

Ultrazvuk (UZ) je zvuk čija je frekvencija iznad gornje granice čujnosti za naše uvo.-20 kHz. To je oblik energije koji nastaje mehaničkim vibracijama. Ove vibracije nastaju kada se sonda aktivira kratkim električnim impulsom koji se u kristalu sonde pretvara u ultrazvučni impuls. Ovako nastali impuls se

kreće duž linije posmatranja koji je karakterističan za svako tkivo. Pošto je ljudsko telo nehomogena sredina sastavljena iz različitih tkiva koja različito slabe propušteni snop UZ talasa i različito slabe odjeke koji se vraćaju u sondu. Vraćeni deo talasa se u sondi pretvara u električni impuls koji se nakon obrade u aparatu prikazuje kao slika organa od koje se talasi odbijaju.

Pregled pruža detaljan uvid u položaj, oblik, veličinu i strukturu uro-genitalnih organa: bubrega, uretera, mokraćne bešike, prostate i genitalnih organa kod muškaraca. Iz patologije ovih organa mogu se vizualizirati kongenitalne anomalije, ciste, kalkuloza, tumori, strana tela i povrede.

Ključne reči: ultrazvuk, uro-genitalni organi, dijagnostika

Naziv sesije
JAVNO ZDRAVLJE
POSTER PREZENTACIJE

UČESTALOSTI INFEKCIJA IZAZAVANE HUMANIM PAPILOMA VIRUSOM U SRBIJI

Miljuš D, Zivković S.

INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE "DR MILAN JOVANOVIĆ BATUĆ", DR SUBOTIĆA 5, BEOGRAD

Uvod: Infekcije izazvane humanim papiloma virusom (HPV) smatraju se najrasprostranjenijim u svetu. Procenjuje se da je oko 80% seksualno aktivne populacije zaraženo nekom vrstom ovog virusa. HPV se prenosi direktnim kontaktom sa zaraženom kožom i sluzokožom, najčešće tokom seksualnog odnosa. Postoji preko 130 tipova HPV, koji mogu uzrokovati infekcije, pre svega genitalnih organa kod ljudi. HPV su vrlo infektivni, a neki od njih mogu uzrokovati rak grlića materice, anusa, vagine, vulve, penisa, korena jezika, krajnika i usno-ždrelnog dela usta.

Cilj: Namera autora bila je prikazati učestalosti infekcija izazvanih HPV u Srbiji.

Materijal i metodi rada: Na osnovu dostupnih podataka, analizirane su učestalosti infekcija izazvanih humanim papiloma virusom u evropskom regionu i našoj zemlji.

Rezultati: Kondilomi su visoko zarazna polno prenosiva bolest. Više od 30 tipova HPV uzrokuju pojavu genitalnih i analnih bradavica. Procenjuje se da 1% seksualno aktivnog stanovništva između 15 i 59 godina jednom u toku života dobije genitalne kondilome. Genitalni kondilomi najčešće su uzrokovani tipovima 6 i 11 HPV. Zbog dugotrajnog lečenja i sklonosti recidivima, značajno narušavaju kvalitet života. Tipovi 6 i 11 HPV imaju mali onkogeni potencijal i najčešće rezultiraju nastankom kondiloma, dok su tipovi 16 i 18 visokorizični HPV koji su odgovorni za većinu intraepitelnih, prekanceroznih ranica. Pored HPV infekcije, u malignoj transformaciji tkiva često učestvuju i kofaktori, kao što je upotreba duvana, ultraljubičasto zračenje, trudnoća, slab imunitet i drugi onkogeni. Najučestalije HPV infekcije u Evropi izazvane su tipovima 16, 42, 58, 31 i 18 HPV. Procenjuje se da je prevalencija HPV infekcije među ženama sa urednim citološkim nalazom u Evropi 8,1%, dok je Istočnoj Evropi ona 14,2%. Ne raspoložemo pouzdanim podacima o rasprostranjenosti HPV infekcije u Srbiji. Dugogodišnje istraživanje (2000-2012) u Južnobačkom okrugu evidentiralo je 59,8% žena sa HPV infekcijom u reproduktivnom periodu. Najučestaliji onkogeni tipovi HPV u ovoj populaciji su bili 16 (27,1%), 31 (23,7%), 18 (11,3%), 51 (10,6%), 58 (7,9%) i 52 (7,2%). Slične procene govore da u Hrvatskoj približno 60% žena do svoje 50 godine biva zaraženo HPV. SZO saopštila je da ljudski papiloma virus drugi vodeći uzrok smrtnosti od raka kod žena. U Evropi se godišnje registruje približno 67.000 novih slučajeva i 28.000 umrlih žena od malignih tumora grlića materice, što ovu lokalizaciju raka svrstava na peto mesto u obolevanju i umiranju od vodećih malignih tumora kod žena, dok u našoj zemlji godišnje oko 1300 žena oboli i 450 njih umre od raka grlića materice. HPV infekcija značajno doprinosi nastanku raka vagine, vulve, anusa i penisa. Od ostalih, ne anogenitalnih lokalizacija raka, HPV infekcija je često udružena sa malignim tumorima na korenu jezika, krajniku i usnoždrelnom delu usta. U Srbiji je od ovih karcinoma godišnje u proseku se ukupno registruje 160 novoobolelih i 90 umrlih osoba.

Zaključak: Učestalosti HPV infekcija u našoj populaciji slična je prevalencijama ovih infekcija zabeleženim u jugo-istočnom delu Evrope. Prevencija HPV infekcije danas je usmerena ka HPV vakcinaciji, kao i ranoj dijagnozi ovih oboljenja.

Ključne reči: prevalencija, humani papiloma virus, Srbija

PREVALENCE OF INFECTION CAUSED BY THE HUMAN PAPILLOMA VIRUS IN SERBIA

Introduction: Infections caused by the human papilloma virus (HPV) considered to be the most widespread in the world. It is estimated that about 80% of the sexually active population is infected with a kind of the virus. HPV is transmitted by direct contact with infected skin and mucous membranes, usually during sexual intercourse. There are over 130 types of HPV, which can cause infection, especially genital organs in humans. HPV is very infectious, and some of them can cause cancer of the cervix, anus, vagina, vulva, penis, base of the tongue, tonsils and oral-ždrelnog work mouth.

Aim: The authors' intention was to show the incidence of HPV infection izazavanih in Serbia.

Materials and methods: Based on available data, analyzes the prevalence infections caused by human papilloma virus in the European region and our country.

Results: Genital warts are highly contagious sexually transmitted disease. More than 30 types of HPV cause excess genital and anal warts. It is estimated that 1% of the sexually active population between 15 and 59 years old once in their lifetime get genital warts. Genital warts are usually caused by types 6 and 11 HPV. Because long-term treatment and high relapse rate significantly impair quality of life. Types 6 and 11 HPV have low oncogenic potential and usually results in the formation of genital warts, and types 16 and 18 high-risk HPV that are responsible for most intraepithelial, precancerous sores. In addition to HPV infection in the malignant transformation of the tissue involved and often co-factors, such as tobacco use, ultraviolet radiation, pregnancy, immune deficiency, and other oncogenes. The most common HPV infections in Europe are caused by types 16, 42, 58, 31 and 18 of HPV. It is estimated that the prevalence of HPV infection among women with normal cytological findings in Europe of 8.1%, while Eastern Europe it 14.2%. We have no reliable data on how widespread HPV infection in Serbia. Many years of research (2000-2012) in the South Backa District recorded 59.8% of women with HPV infection in the reproductive period. The most common oncogenic HPV types in this population were 16 (27.1%) 31 (23.7%) 18 (11.3%), 51 (10.6%), 58 (7.9%) and 52 (7.2%). Similar estimates show that in Croatia, about 60% of the women to his 50 years becomes infected with HPV. WHO said that human papilloma virus is the second leading cause of cancer deaths in women. In Europe, annually registers about 67,000 new cases and 28,000 deaths of women from malignant tumors of the cervix, making this the localization of cancer ranks fifth in incidence and mortality rates of the leading malignant tumor in women, while in our country per year about 1,300 women are diagnosed and 450 of them die from cervical cancer. HPV infection contributes significantly to the development of cancer of the vagina, vulva, anus and penis. Among other without localization anogenital cancer, HPV infection is often associated with malignant tumors at the base of the tongue, tonsils and usnoždrelnom of the mouth. In Serbia, many of these cancers per year on average, the total registered 160 new cases and 90 deaths of people.

Conclusion: The frequency of HPV infection in our population is similar to the prevalence of these infections recorded in the south-eastern part of Europe. Prevention of HPV infection is now focused on the HPV vaccination, and early diagnosis of these diseases.

Key words: prevalence, human papilloma virus, Serbia

NEGATIVNE DEMOGRAFSKE PROMENE STANOVNIŠTVA ZAJEČARSKE OBLASTI

Zdravković Goran

DOM ZDRAVLJA ZAJEČAR

Sažetak: Osnovni cilj rada da istakne osnovni demografski problem u ovom delu Srbije: negativni prirodni priraštaj i depopulacija (tzv. "bela kuga") u Zaječarskoj oblasti međupopisnom periodu 2002- 2011. godine, sa osvrtom na podake o prirodnom priraštaju u nekim periodima tokom 19-og i 20-og veka i naći

glavne uzroke ovih negativnih demografskih promena. U radu su korišćeni rezultati popisa stanovništva, baza podataka i publikacije Republičkog zavoda za statistiku Republike Srbije. Zaječarska oblast je poznata po izrazitoj depopulaciji (tzv. "bela kuga") i najnižom stopom prirodnog priraštaja od -12,8%. Stanovništvo ovog dela Srbije je najstarije u Srbiji, jer je prosečna starost 46,7 godina, što je stadijum najdublje demografske starosti. Takođe, ovaj deo Srbije ima najveći pad u broju stanovnika u međupopisnom periodu od 2002- 2011. godine (stopa pada je oko 15%), negativan migracioni saldo (više odseljenih, nego doseljenih stanovnika) sa prosečnom godišnjom stopom migracionog salda ispod -10‰, niskim fertilitetom (1,3 rođene dece po ženi, što je nedovoljno za prostu reprodukciju) i visokim mortalitetom. Prosečna godišnja stopa mortaliteta u periodu 2002- 2011. godine je u Zaječarskoj opštini bila manja od 15,1 do 20 ‰, a u opštini Boljevac, Knjaževac i Sokobanja je bila manja za više od 20‰. Sve ovo ima za posledicu demografsko praznjenje stanovništva Zaječarske oblasti. Pad broja stanovnika u periodu 2002- 2011. godine Zaječarske oblasti i Timočke krajine je posledica složenog međuodnosa prirodnog kretanja stanovništva (pad nataliteta, porast mortaliteta i negativnog prirodnog priraštaja) i mehaničkog kretanja stanovništva (negativan migracioni saldo), što je uočeno još u 19.veku, a izraženiji pad je počeo 60-ih godina 20. veka.

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

DA LI SMO ZABORAVILI, ILI VIŠE NE MISLIMO NA Q GROZNICU

Prim. dr Slavica Anđelković

OPŠTA BOLNICA "SVETI LUKA" SMEDEREVO, SLUŽBA ZA PEDIJATRIJU

UVOD: Q-groznica je zoonoza koju uzrokuje *Coxella burnetii*. Izvor infekcije su domaće životinje, preživari koje nemaju nikakve znakove bolesti. Prenosi se inhalacijom kontaminiranog aerosola, konzumacijom nekuvanog i nepasterizovanog mleka i direktnim kontaktom. Uzročnik je 0,5-30% serološki ispitanih pacijenata sa akutnim respiratornim oboljenjima. U delovima Evrope uzročnik je čak 40% atipičnih pneumonija pedijatrijskih pacijenata. Kliničke manifestacije protiču od asimptomatske infekcije (70%), do obimne atipične pneumonije, granulomatoznog hepatitisa i endokarditisa.

CILJ RAD: prikaz učenika veterinarske škole sa pneumonijom neobičnog RTG nalaza kod koga je dokazana Q groznica nakon isključivanja drugih uzročnika pneumonije.

MATERIJAL I METODOLOGIJA RADA Sedamnaestogodišnji mladić upućen je na hospitalno lečenje i ispitivanje zbog multiplih okruglih zasenčenja na RTG snimku pluća. Anamnestički saznajemo da je desetak dana imao simptome akutnog febrilnog stanja sličnog gripu. Petog dana javio se kašalj, u početku suv, kasnije slabo produktivan. Na prijemu i tokom hospitalizacije uredan auskultatorni nalaz na plućima, plućna funkcija normalna, visoki parametri inflamacije, (CRP 229, Se 55, Le 8,9), na RTG pluća prikazuju se multiple pseudotumorske kružne senke. Započeta antibiotska terapija cefalosporinima i hinolonima. Kontrolni snimak četvrtog dana ne pokazuje poboljšanje ali ni progresiju bolesti. Istog dana dobijamo podatak o većem broju obolelih učenika veterinarske škole, njihovih roditelja i profesora. Epidemiološka služba testira sve obolele na infuluencu A i B, mikoplazmu, RS viruse, psitakozu i Q groznicu.

REZULTATI: od 111 testiranih 64 je pozitivno na Q groznicu,

Kod našeg bolesnika titar iznosi 1/256, Bolesnik dobija Doksiciklina tokom 2 sedmice. Promene na RTG se povlače nakon tri sedmice. Kardiološki nalaz i ultrazvuk srca, ultrazvuk jetre i serumske tranaminaze su u granicama normale. Sve vreme hospitalizacije auskultatorni nalaz na plućima uredan, bolesnik dobrog opšteg stanja, afebrilan

ZAKLJUČAK: Akutna Q groznica je nespecifična bolest. Protiče često kao inaparentna infekcija, kao samoizlečiva bolest. Najčešće je normalan klinički nalaz, normalna laboratorija, RTG nalaz nespecifični, (pozitivan samo u 27%) te se često čine dijagnostičke zabune. Akutno febrilno stanje slično gripu uz nalaz granulomatoznog hepatitisa, blagi intersticijalni pneumonitis ili pojedinačne lezije koje u histološkom pogledu predstavljaju inflamatorne pseudotumore, treba da pobude sumnju na Q groznicu.

DISKUSIJA; Čovek se zarazi inhalacijom infektivnog aerosola, prašine slame, kontaminirana odeća iz porođajnih tkiva životinja ili tokom prerade životinjskih produkata ili ingestijom inficirane hrane.

Akutna ključna groznica je nespecifična bolest. Težina bolesti se kreće od subkliničkih do sistemske febrilne bolesti sa glavoboljom, mijalgijama, aralgijama praćene respiratornim simptomima. Povišena

temperatura za koju ne znamo uzrok, glavobolja, abdominalni bol, meningizam što može da izazove dijagnostičke zabune. Laboratorijska ispitivanja su obično normalna. U 27% pedijatrijskih bolesnika zahvata pluća izazivajući. Blagi intersticijalni limfocitni pneumonitis sa gustim intraleveolarnim infiltratima mogu nastati u pojedinačne lezije koje u histološkom pogledu predstavljaju inflamatorne pseudotumore, jetru kada izaziva granulomatozni hepatitis klinički bolest liči na influenzu sa intersticijalno pneumonijom ili granulomatozno hepatitis hronična koju groznica znaci zahvatanje srčanih zalistaka laboratorijska ispitivanja su obično normalna, Rtg abnormalan u 27%

Diferencijalan dijagnoza: zavisi od kliničkih manifestacija U slučaju respiratorne bolesti misliti na Mycoplasma, legioneloza, psitakozu i infekciju Epstein Bar virusom.

U slučaju granulomatoznog hepatitisa, misliti na salmoneloza, mikobakterijske bolesti, toksoplazmoza, sarkoidoza. Akutna Q groznica je kod dece najčešće samograničavajuća bolest koja traje 2-3 nedelje. Međutim zabeležene su i teške infekcije uključujući endokarditis, i encefalopatiju

Naziv sesije
KAZUISTIKA
USMENE PREZENTACIJE

TEŽAK PUT DO DIJAGNOZE PRIMARNE AMILOIDOZE-PRIKAZ SLUČAJA

Dr Snežana Knežević
DOM ZDRAVLJA KRALJEVO

Uvod. Primarna sistemska amiloidoza predstavlja redak entitet koji, ukoliko se ne dijagnostikuje na vreme i ne započne pravovremena i adekvatna terapija vodi lošoj prognozi sa niskom stopom preživljavanja.

Cilj: Ukazati na mogućnost pojave retkih bolesti kao uzročnika bolesti srca i krvnih sudova.

Materijal i metode: Podaci su iskorišćeni iz zdravstvene dokumentacije pacijenta, zdravstvenog kartona, susreta sa pacijentom u Primarnoj zdravstvenoj zaštiti, otpusnih lista kao i specijalističkih izveštaja.

Prikaz slučaja: Pacijent ŽI, 66 godina, u septembru 2013 god javlja se na pregled svom izabranom lekaru zbog stomaćnih tegoba u vidu difuznog nespecifičnog abdominalnog bola. Relativno dobrog opšteg stanja koje ne zahteva hitnu dijagnostičku obradu, pacijenta obrađujemo po protokolu za akutni abdominalni bol. Osnovne laboratorijske analize (lab) pokazuju uredan nalaz sem poremećaja u lipidnom statusu. Vrednosti holesterola su 11,5 mmol/L a triglicerida 14,2 mmol/L. Ehosonografski pregled abdomena: Steatozna hiperehoga jetra kao i hiperehoga promena u telu pankreasa, radiološki benignih karakteristika koja ukazuje ukazuje na hronični upalni proces. Zbog perzistiranja tegoba pacijent hospitalizovan na odeljenju Opšte hirurgije i lečen konzervativno nakon čega dolazi do redukcije simptoma. U daljem toku lečenja planira se endoskopska retrogradna holangiopankreatografija u tercijarnoj ustanovi koja zbog kasnijeg pogoršanja opšteg stanja pacijenta nije urađena. Lab pokazuje smanjenje vrednosti holesterola i triglicerida (pacijent na terapiji statinima), ali se biohemijskim analizama urina pojavljuje proteinurija od 12,2g/L. Nefrološki obrađen u decembru 2013. kada se zbog perzistentne proteinurije uradi elektroforeza proteina u urinu i serumu. U daljem toku biohemijske analize perzistiraju hiperholesterolemija 16,8g/L kao i hipertrigliceridemija 11,2g/L kao i proteinurija 13g/L. Urađena sternalna punkcija kostne srži i uzorak poslat na imunohistohemijske i patohistološke analize. U Institut za transfuziju krvi Srbije šalje se uzorak seruma i urina radi ponovne imunoelektroforeze proteina. Nakon inicijalne terapije kortikosteroidima dolazi do blage redukcije simptoma. Dolazi do povećanja vrednosti triglicerida do 21,4mmol/L, imunoelektroforeza proteina u serumu je negativna na μ komponentu, dok je u urinu pozitivna i pokazuje postojanje lakih lanaca λ tipa: Gammopathia monoclonalis. Revizijom punktata kostne srži na Klinici za hematologiju KCS postavlja se definitivna dijagnoza Primarne amiloidoze. Ponovni ehosonografski pregled abdomena: progresivna splenomegalija 150x75mm, kao i hepatomegalija sa znacima portne hipertenzije. Neurološki pregled: senzorna obostrana polineuropatija, a prilikom hospitalizacije u maju 2014. god na Klinici za hematologiju, započinje terapijski protokol melfalanom. U toku daljeg lečenja opšte stanje se blago poboljšava ali dolazi do pojave periorbitalnih i pretibijalnih edema, kao i hipoproteinemije od 42g/L i hipoalbuminemije od 18g/L. Dalje hospitalizacije

su vezane za cikluse terapije. Opšte stanje pacijenta se pogoršava i pored sprovođenja terapijskih ciklusa i on se svom izabranom lekaru javlja poslednji put sa otpusnom listom sa sledećim dijagnozama: Amyloidosis primaria, Sy nephroticum, Diarrhoea, Hypertensio arterialis, Cardiomiopathia chronica compensata, Polyneuropathia sensitiva.

Zaključak: Pravovremena i adekvatna dijagnoza bolesti uz agresivno primenjenu terapiju kod bolesnika sa primarnom sistemskom amiloidozom može da omogući određeni stepen remisije bolesti, poboljšanje kvaliteta života i očekivano produženje životnog veka.

Cljučne reči: amiloidoza, nespecifični simptomi, primarna zdravstvena zaštita.

PRATEĆE ANOMALIJE KLIPPEL-FEILOVOG SINDROMA-PRIKAZ SLUČAJA

Bojana Cokić

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, DEČIJE ODELJENJE

UVOD: Klippel-Feilov sindrom je kongenitalna anomalija koja se karakteriše kratkim vratom i ograničenim pokretima vrata. Uz Klippel-Feilov sindrom se često nalaze i anomalije drugih organskih sistema. Nasleđivanje je dominantno a defektan gen se nalazi na dugom kraku hromozoma 8, lokus 22.2. Incidenca je 1:40 000-42 000. Kauzalno lečenje nije moguće. Propratne, skrivene anomalije mogu biti važnije od deformiteta vrata.

CILJ RADA: Prikazati slučaj Klippel-Feilovog sindroma u jedanaestogodišnje devojčice sa sa udruženim anomalijama.

PRIKAZ SLUČAJA: Devojčica uzrasta od 10 godina i 10/12 meseci. Tm-37 kg (P25-50), Tv-145 cm (P25), Og-52 (P25). Izražen hipertelorizam. Na gornjoj usni ožiljak nakon operacije rascepa usne i nepca levo. Desni nepravilne konfiguracije, zubi kariozni, nepravilnog rasporeda. Vrat kratak sa pterigijumom. Izražena skolioza. Visoki položaj lopatica. Ostali nalaz odgovara uzrastu. LABORATORIJA: Ultrazvuk abdomena prikazuje ageneziju desnog bubrega. IVP - desni bubreg se ne prikazuje, levi bubreg kompenzatorno uvećan. IZ LIČNE ANAMNEZE - drugo dete iz druge, kontrolisane trudnoće. Rođena kao eutrofično novorođenče. Na rođenju rascep usne i nepca levo i kratak vrat. Sa 6 meseci izvršena korektivna operacija u tercijarnoj ustanovi. Tada je postavljena dijagnoza Klippel-feilov sindrom. Od tada devojčica nije ispitivana. Sa nepunih 11 godina u toku infekcije donjih disajnih puteva predloženo dopunsko ispitivanje.

DISKUSIJA: Naš slučaj sa Klippel-feilovim sindromom ima evidentne skeletne deformitete sa udruženim anomalijama. Sa 6 meseci je izvršena korektivna operacija usne i nepca, dijagnostikovana agenezija desnog bubrega. Upućena u tercijarnu ustanovu radi daljeg ispitivanja funkcije levog bubrega.

ZAKLJUČAK: U svakog deteta sa Klippel-feilovim sindromom neophodno je dalje ispitivanje i otkrivanje propratnih, skrivenih anomalija koje mogu biti važnije od deformiteta vrata.

DIFUZNI B KRUPNOĆELIJSKI LIMFOM TESTISA, PREZENTOVAN KAO FLEBOTROMBOZA-PRIKAZ SLUČAJA

Dr Snežana Knežević

DOM ZDRAVLJA KRALJEVO

Uvod: Primarni testikularni limfom čini 1-2% Non Hodgkinovih limfoma, 4% ekstranodalnih limfoma i 1-10% testikularnih neoplazmi. Najčešći histološki tip je difuzni krupnoćelijski B limfom i ima predilekciju na kontralateralnu stranu i centralni nervni sistem, kožu i pleuru. Neuobičajena je i agresivna forma limfoma sa godišnjom incidencom od samo 0,09 do 0,26 slučajeva na 100 000 stanovnika.

Cilj: Značaj rane dijagnoze malignih bolesti.

Materijal i metode: Podaci su iskorišćeni iz zdravstvene dokumentacije pacijenta, zdravstvenog kartona, otpusnih lista kao i specijalističkih izveštaja.

Prikaz slučaja: Pacijent MT, star 62 godine, u martu 2010. godine dolazi na pregled zbog problema sa izrazitim otokom, bolom i crvenilom desne noge celom dužinom. Objektivnim pregledom desne ingvinalne

jame palpira se tumorska masa iznad ligamenta Pouparti, koja vrši kompresiju na venu Iliacu communis. Detaljnim pregledom po sistemima otkrivamo bezbolan otok desnog testisa. Upućen urologu radi evaluacije tumorske mase, radiologu na Color doplera krvnih sudova noge (CDS) i ingvinalne jame, u laboratoriju, na rendgen grudnog koša i ultrazvučni pregled abdomena. Urolog dopunjava dijagnostiku sa ultrazvukom testisa, kompjuterizovanom tomografijom abdomena (CT) i male karlice i tumor markerima iz periferne krvi. CDS krvnih sudova desne noge pokazuje prisustvo organizovanih masa vene Iliaca communis, vene Iliaca externa i vene Femoralis communis, sa manjim parijetalnim protokom uz efekat spoljašnje kompresije tumorom iznad lig Pouparti i uvećane ingvinalne limfne žlezde. Dijagnoza: Phlebothrombosis profunda, lečen niskomolekularnim heparinima tokom dijagnostike. Biohemija i tumor markeri u fiziološkim granicama. Rtg pluća normalan. Ultrazvuk i kompjuterizovana tomografija abdomena ukazuju na tumorsku masu desnog testisa 75x50 i u desnom ingvinumu 107x87. Na odeljenju urologije lečen operativnim odstranjenjem desnog testisa i patohistološki i imunohistohemijski nalaz glase: Non Hodgkin lymphoma diffusum large B-cell IIA CS E (testis lat dex). Prikazan Konzilijumu za limfom Kliničkog centra Srbije koji određuje hemoterapiju po protokolu R-CHOP (rituksimab+ciklofosamid, adriablastin, vinkristin i prednizolon) kao i trojnu intracekalnu profilaksu rituksimabom uz suportivnu terapiju. Do kraja 2010. godine primio 8 ciklusa hemoterapije koje je solidno podneo, praćene očekivanom mučninom i blagim padom u krvnoj slici. Kontrolni CT abdomena po isteku terapije: Tumorske mase su se u potpunosti povukle. Pacijent se odlično oseća, dolazi na redovne zakazane kontrolne preglede i sedam godina nakon sprovedenog lečenja nema nikakvih znakova za recidiv bolesti.

Zaključak: Difuzni B krupnoćelijski limfom testisa je redak limfom. Svaki jednostrani otok testisa, pogotovo kada je praćen istostranom flebotrombozom, treba diferencijalno dijagnostički razmatrati kao NHL, gde važnu ulogu ima izabrani lekar u Primarnoj zdravstvenoj zaštiti koji najbolje poznaje svog pacijenta i njegov tok bolesti. Definitivna dijagnoza se postavlja biopsijom i blagovremeno primenjuje odgovarajuća terapija. U poslednjim decenijama, sa razvojem imunoterapije, je napravljen značajan pomak u ukupnom preživljavanju pacijenata mada su relapsi i dalje uobičajeni. Istraživanje novih terapijskih opcija se nastavlja.

Ključne reči: limfom; primarna zdravstvena zaštita; testis.

AKUTNA AGRANULOCITOZA IZAZVANA METAMIZOLOM-PRIKAZ SLUČAJA

dr Ivana Janković (1), prof.dr sc med Matilda Vojnović (2)

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

Sažetak: Uvod: Akutna agranulocitoza se definiše naglim nastankom simptoma bolesti, uz apsolutni broj neutrofila (ANC) $<0,5 \times 10^9/l$, hematokrit $>0,30$ i broj trombocita $>100 \times 10^9/l$. Agranulocitoza se može javiti kao posledica neželjene reakcije na primenjeni lek. Metamizol je najčešći uzročnik agranulocitoze u poređenju sa drugim analgeticim. Cilj rada: Ukazati na značaj blagovremene dijagnoze i značaj pravilno uzete anamneze, kliničke slike i laboratorijskog pregleda periferne krvi u postavljanju dijagnoze. Materijal i metode: Prikaz je urađen na osnovu medicinske dokumentacije: laboratorijskih analiza, specijalističkih izveštaja, otpusne liste. Prikaz slučaja: Pacijent M.G., starosti 66 godina, javio se lekaru zbog povišene temperature, opšte slabosti i malaksalosti, bolova u mišićima, drhtavice i gušobolje. Bolest je počela pre četiri dana, glavoboljom, visokom temperaturom ($39^{\circ}C$), profuznim znojenjem, bolovima, otokom desni i otežanim gutanjem. Anamnestički je dobijen podatak o alergiji na diklofenak. Pacijent navodi da se pre desetak dana zbog bolova u kičmi javljao lekaru u hitnoj službi, gde mu je ordinirana injekcija metamizola i tramadola. Na fizikalnom pregledu je uočeno da je sluzokoža ždrele i usne duplje upaljena, sa mnogobrojnim dubokim i jako bolnim ulceracijama na koži nosa i oko usana, koje su prekrivene prljavožutim membranama, tonzile hipertrofične sa ulceracijama. Gutanje je bilo jako otežano. Na plućima nalaz uredan. Urađen je laboratorijski pregled i nađeni su niski leukociti $1,2 \times 10^9/l$, hemoglobin $140g/l$, sedimentacija $100mm/h$. Zbog sumnje na agranulocitozu pacijent je upućen na hematologiju. Primljen je na odeljenje intenzivne nege. U laboratorijskim nalazima na prijemu: leukopenija $0,95 \times 10^9/l$ (granulociti ne postoje, eozinofili 4%, limfociti 90%, monociti 6%), hemoglobin $140g/l$, trombociti $208 \times 10^9/l$, eritrociti $4,5 \times 10^{12}/l$, sedimentacija $120mm/h$. Aspirat koštane srži pokazao je sniženu celularnost, prisustvo megakariocita, bez znakova displazije i jako retke prethodnike i zrele elemente granulocitne

loze. Antibiotogram: stafilokok rezistentan na gentamicin i pseudomonas. Rendgen srca i pluća: uredan. Eho abdomena: uredan. Rezultat: Bolesnik je na odeljenju primao filgrastim (granucitni faktor rasta), antibiotike po antibiogramu, flukonazol i rehidriran je rastvorima. Četvrtog dana po uvođenju filgrastima beleže se leukociti $3,0 \times 10^9/l$, ANC: $1,7 \times 10^9/l$ i dolazi do oporavka opšteg stanja pacijenta. Otpušta se kući afebrilan, sa normalnim kliničkim nalazom. Konsultovan je fizijatar i predložena je fizikalna terapija zbog lumbaga. Zaključak: Agranulocitoza je generalizovana infekcija najtežeg oblika uslovljena iščezavanjem granulocita iz krvi. Agranulocitoza izazvana metamizolom je najčešće posledica primene leka kao monosupstance. Metamizol se primenjuje u terapiji bola i povišene temperature. U poređenju sa drugim analgeticima ispoljava najveću toksičnost na kostnu srž. Pored genetskih faktora rizika, značajna je i istovremena primena metamizola i drugih lekova, naročito analgetika i spazmolitika. Dobro uzeta anamneza, klinička slika i laboratorijska analiza (leukocitarna formula) su prvi korak ka dijagnozi. Rano postavljena dijagnoza i primena antimikrobnih agenasa širokog spektra i faktora rasta hematopoeze su od vitalnog značaja za pacijente, jer je smrtnost i dalje visoka.

Ključne reči: lek (metamizol), agranulocitoza, laboratorijska analiza

EKSTRAGASTROINTESTINALNI STROMALNI TUMOR SA PRIMARNOM LOKALIZACIJOM U RETROPERITONEUMU-PRIKAZ SLUČAJA

Radovanović A. (1), Stojanović I. (1), Mladenović D. (2)

(1) KLINIČKI CENTAR NIŠ, (2) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

Uvod: Ekstragastrointestinalni stromalni tumori (EGIST) predstavljaju izuzetno retku grupu tumora čije su patohistološke i imunohistohemijske karakteristike veoma nalik gastrointestinalnim stromalnim tumorima (GIST), ali se javljaju van gastrointestinalnog trakta, najčešće u omentumu, mezenterijumu i retroperitoneumu.

Cilj: Incidenca i histogeneza, kao i klinički i prognostički uticaji nisu još detaljno proučeni. Smatra se da vode poreklo od prekursora intersticijalnih Cajalovih ćelija, koje kasnije migriraju u stromu gastrointestinalnog sistema i od kojih se razvijaju i gastrointestinalni stromalni tumori. Opisano je manje od 60 slučajeva EGIST sa lokalizacijom u retroperitoneumu. Preoperativna dijagnostika je veoma teška, jer se prezentuju nespecifičnim simptomima, kao "abdominalna masa" većih dimenzija, koja daje uglavnom kompresivne smetnje. Radiološki nalaz je takođe nespecifičan, prezentuju se kao homogene, dobro ograničene strukture manjih dimenzija, ili, ukoliko su veće, kao nejasno ograničene, nehomogene mase, često sa kalcifikacijom i nekrozom. Maligne forme mogu vršiti invaziju u zid abdomena ili metastazirati, najčešće u jetru. Pouzdana dijagnoza postavlja se patohistološkom verifikacijom, gde tumorske ćelije, kao i ćelije GIST tumora ekspresuju CD 117 antigen na membrani.

Materijal i metodi rada: Prikazan je slučaj pacijentkinje stare 68 godina koja se javila lekaru zbog bolova u abdomenu, koji su se progresivno pojačavali unutar nekoliko meseci. 13 godina ranije bila je podvrgnuta histerektomiji sa postoperativnom zračnom terapijom zbog dijagnostikovanog primarnog karcinoma endometrijskog (stadijum Ib). Nalazi kliničkih pregleda i standardnih laboratorijskih analiza u momentu javljanja lekaru bili su u granicama normale. Na ultrasonografiji i CT dijagnostikovana je solidna masa u retroperitoneumu (17x10x11cm) u levoj paravertebralnoj regiji i subdijafragmalno, u nivou L1-L2, bez znakova limfadenopatije ili lokalne infiltracije. Laparotomskim hirurškim zahvatom potvrđena je i uklonjena tumorska masa opisanih dimenzija, solidna, dobro definisana, koja je odstranjena u potpunosti (R0 resekcija). Postoperativni tok bio je bez komplikacija.

Rezultati: Patološkim pregledom verifikovana je inkapsulirana tumorska masa, najvećeg dijametra 17cm, pri preseku beličasto-žute boje, mekano-elasticne konzistencije, pretežno homogene, delom vrtložne građe, fokalno sa poljima hemoragije. Histološkom evaluacijom potvrđena je neoplastična proliferacija sastavljena od pretežno vretenastih ćelija (>90%), niske mitotske aktivnosti (<5/50 polja HPF); Ki-67 indeksa 3-5% (marker proliferativne aktivnosti tumora). Imunohistohemijski, tumorske ćelije pokazale su pozitivnost na vimentin i c-KIT (CD 117); a negativnost na actin, desmin i S-100.

Zaključak: Iako su EGIST u retroperitoneumu redak entitet, treba ih imati u vidu u slučajevima otkrivanja retroperitonealnih tumora većih dimenzija, a bez vezanosti za gastrointestinalni sistem. Njihovo biološko ponašanje je nejasno, i u zavisnosti od vrednosti proliferativnog indeksa mogu biti niskog ili visokog

malignog potencijala, od čega zavisi i nastavak terapije, pa se stoga kao zaključak nameće njihovo hirurško odstranjenje u potpunosti, kao terapija izbora.

Ključne reči: Ekstragastrointestinalni stromalni tumor, retroperitoneum, CD 117, maligni potencijal

INFLAMATORNI PSEUDOTUMOR LARINKSA. PRIKAZ SLUČAJA.

Stojanovic I. (1), Radovanovic A. (1), Mladenović D. (2)

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

Uvod: Inflamatorni pseudotumor larinksa je pseudosarkomska lezija nepoznatog porekla koja se javlja u mekim tkivima i organima. Obično se javlja u plućima, urogenitalnom sistemu, abdomenu. Lokalizacija u larinksu je jako retka, obično se javlja kod muškaraca, prosečne starosti 43 godine. Promena je infiltrativne prirode, lokalno je agresivna, sa čestom pojavom recidiva, vaskularnom invazijom i udaljenim metastazama pa se smatra vrstom neoplastičnog procesa. Lezija je sastavljena od miofibroblastnih i inflamatornih ćelija, ima nepredvidiv biološki potencijal. Ranije se smatralo da se radi o pseudotumorskom reaktivnom procesu, ali se u novije vreme smatra tumorom intermedijarnog-low grade malignog potencijala.

Cilj: Cilj rada je prikaz tumorske lezije koja zbog svog morfološkog izgleda predstavlja veliki dijagnostički problem.

Materijal i metodi rada: Bolesnik muškog pola, starosti 77 godina je primljen na ORL kliniku zbog promuklosti u trajanju od 3 meseca. Laringoskopijom je utvrđen tumefakt koji se sa prednje komisure širio u glotis. Promena je odstranjena i poslata na patohistološki pregled. Tumefakt je bio polipoidna formacija, ovalnog oblika, promera 22x15 mm, beličaste boje, srednje čvrste konzistencije. Histološka slika je pokazala fibromikroidnu stromu sa velikim brojem limfocita, histiocita i plazmocita, i tumorske ćelije polimorfnog oblika sa 4-10 mitoza na 10 HPF. Histološka slika je ukazivala da se radi o nekom malignom procesu pa su radi precine dijagnostika radjena dodatna imunohistohemijska bojenja.

Rezultati: Mitotski indeks Ki 67 je bio manji od 10%, citokeratini su bili negativni u samom tumoru, ali je reakcija na vimentin i aktin bila jako pozitivna, CD34 negativan, S100 negativan, dezmin negativan. Ovakvi rezultati su upućivali na dijagnozu inflamatornog miofibroblastnog tumora larinksa.

Zaključak: Radi se o retkom tumoru larinksa koji se zbog svoje histološke slike može proglasiti malignim procesom. Terapija je konzervativna-resekcija tumora sa terapijom antibioticima i kortikosteroidima. Prepoznavanje ovog entiteta je jako važno da bi se izbegao agresivni tretman ovih tumora. Ključne reči: pseudotumori larinksa, neoplazme larinksa.

Naziv sesije **KAZUISTIKA** POSTER PREZENTACIJE

GINEKOMASTIJA

Vlatković Zoranka (1), Repac Marija (2), Lukić Ivan (3)

(1) DOM ZDRAVLJA ŽITIŠTE, (2) PRIRODNOMATEMATIČKI FAKULTET NOVI SAD-STUDENT, (3) SPEC. ORDINACIJA SPORTREHAMEDICA-ZRENJANIN

UVOD: Ginekomastija predstavlja uvećane grudi kod muškarca. Uzrok se nekada može otkriti pregledom kod urologa (nejednakost testisa, tumor) ili kod endokrinologa (poremećaj polnih hormona - LH, FSH, Prolaktin, Testosteron, AFP, beta HCG). Svakako, u okviru ispiivanja, neophodno je uraditi biohemijske pretrage krvi (posebno ispitiati funkciju jetre - bilirubindirektni, indirektni, AST, ALT, PT, PTT) i ultrazvuk obe dojke. Ultrazvuk će jasno pokazati koje tkivo u dojci je dominantno - žlezdano ili masno tkivo. Poseban

estetski problem predstavljaju velike, ispučene i opuštene bradavica što strvar iveliki emotivni poremećaj kod muškaraca.

CILJ RADA: pokazati veliki uticaj ginekomastije na emotivni status dečeka i prevazilaženje istog. **MATERIJAL I METOD RADA:** prikaz slučaja dečeka starog 14. godina. Deček u zadnjih 15. meseci primetio porast žlezdanog tkiva dojki koje se na hladom smanjuju a na toploti uvećavaju, bezbolne .

REZULTATI RADA: Dete je podvrgnuto operativnom lečenju zbog izrazitog emotivnog nezadovolja svojim izgledom. Urađen US nalaz dojki, endokrinološko ispitivanje, koji su bili uredni. Zbog uvećanih bradavica dete ispoljava emotivne smetnje u vidu: hoda pogureno, na bazenu nosi majicu da bih prikrio dojke, izbega u toplim danima da skine majicu pred vršnjacima I društvom, opterećen svojim izgledom tj stalno na to obraća pažnju sa negodovanjem.

ZAKLJUČAK: Mladi ljudi koji imaju ovaj problem obično uporno vežbaju, drže dijetu iako nisu gojazni, ali se izgled grudi odnosno bradavica - ne menja mnogo. Često je to jedini problem na muškim grudima. Dokazano je patohistološkom analizom da je to višak mlečne žlezde. Iz tog razloga se radi operativno vađenje ostatka žlezde. Pri tome je važno sačuvati strukturu i osetljivost bradavice. Intervencija se radi kroz veoma mali rez koji je praktično neprimetan. Operacija se radi najčešće u uslovima opšte anestezije mada postoje i tehnike koje se mogu obaviti u lokalnoj anesteziji. Rez je na spoju bradavice i ostatka dojke ili po sredini bradavice. Ožiljak je jedva primetan.

KLJUČNE REČI: ginekomastija, emocije, hirurgija.

SINUSNE GLAVOBOLJE-PRIKAZ SLUČAJA

Senadin Pupović (1), Enisa Pupović (2)

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

Uvod Sinusna glavobolja javlja se kao reakcija na upalu sinusa dok druge glavobolje, uzrokuju drugi etiološki činioci. Najčešće se migrenska glavobolja zamjenjuje sa sinusnom, ali zbog isušenog vazduha i klima uređaja javljaju se sve češće upale sinusa. Ako je u pitanju sinusna glavobolja važno je raditi na jačanju imuniteta i borbi protiv upale, a samim tim i na uzročnom rješavanju glavobolje.

Cilj rada Kako razlikovati sinusnu glavobolju od ostalih vrsta glavobolja, a ono što je najbitnije kod sinusnih glavobolja je infekcija gornjih disajnih puteva.

Prikaz slučaja Pacijentkinja L.A. starosti 43 godine dolazi na pregled u ORL ambulantu, žaleći se na glavobolju. Bol je lokalizovan u predjelu čela i oko očiju uz karakteristične simptome bol i pritisak u licu, začepjenost nosa, povremeni kašalj. Takođe se pacijentkinja žali i na gubitak mirisa. Interesantno je bilo da su ovi simptomi više dominirali bolom na jednu polovinu čela tako da je simptomatologija mogla da zavara u smislu migrene. Međutim kliničkim pregledom i dodatnim ispitivanjima dolazimo do podatka da je ovim simptomima prethodila infekcija i u tom smislu idemo sa kauzalnim liječenjem prema antibiogramu. Sa rješavanjem problema upale sinusa rješavamo i glavobolju. Važno je naglasiti da u rješavanju glavobolje sinusne etiologije treba ustanoviti da li je riječ o akutnom sinuzitisu ili o egzacerbacij hroničnog sinuzitisa. Treba podvući da vrlo malo osoba koje misle da imaju sinusne glavobolje, ustvari boluju od upale sinusa koja zahtijevaju adekvatno liječenje.

Zaključak Jako je bitno da u liječenju bilo kakve glavobolje treba započeti sa pravilnom i sveobuhvatnom dijagnostikom i pronaći uzrok glavobolje, u suprotnom problem se neće riješiti.

Naziv sesije
KONZERVATIVNA MEDICINA I DIJAGNOSTIKA
USMENE PREZENTACIJE

GLOBUS HYSTERICUS – ČEST SIMPTOM U TIREOIDOLOŠKIM AMBULANTAMA

Nebojša Paunković, Džejn Paunković
POLIKLINIKA „PAUNKOVIĆ“, ZAJEČAR

Uvod: Kod specijaliste za bolesti štitaste žlezde često dolaze pacijenti koji se žale da ne mogu da gutaju, da im "nešto stoji u grlu", da osećaju "zalogaj", "knedlu", lopticu, i da ne može da prođe. Ova tegoba se ne javlja kada pacijent jede ili pije, tj kada stvarno guta (vodu, hranu) već samo kada "guta na suvo", tj samo pljuvačku.

Cilj: Ovog saopštenju je da se ukaže na ovaj simptom, da se pokuša da razjasni njegov mehanizam, da se približno proceni njegova učestalost, i da se daju neke preporuke za njegovo lečenje.

Materijal i metodi rada: Izvršena je analiza svih pacijenata upućenih na pregled štitaste žlezde zbog toga što imaju smetnje pri gutanju, osećaj da im "nešto stoji u grlu", što imaju nadražaj na kašalj, itd. našoj poliklinici, za 10 godina koliko ona postoji.

Rezultati: Za testirani period imali smo pacijente upućene na testiranje od sledećih tireoidnih oboljenja: hipertireoza 219, hipotireoza 433 (spontana tireoidna atrofija 205, subklinička 79, Hashimoto tireoiditis 84, "post proceduralna" (tireoidektomija 30, radiojod 35) i eutireoidne strume 637 (nodozne 462, polinodozne 131, difuzne 44). Medjutim, 1-3 % pacijenata upućeno je zbog pomenutog simptoma koji najčešće lekar nije prepoznao.

Zaključak: "Knedla u grlu", simptom neurovegetativne etiologije, nije redak u tireoidnim institucijama. On se nigde i ne notira kao takav, nema svoju šifru itd. Mi smo razradili sistem, bolesnici koji ga ispoljavaju dobijaju pored saveta i pismeni dokumenat koji može da se nadje i na web situ Poliklinike. Ključne reči: Globus hystericus, uobraženi zalogaj, štitasta žlezda.

JEDNOGODIŠNJE PRAĆENJE EFIKASNOSTI ANTIKOAGULANTNE TERAPIJE U BOLESNIKA SA ATRIJALNOM FIBRILACIJOM I ANALIZA UTICAJA NA KVALITET ANTIKOAGULACIJE

Raščanin A., Bastać M., Bastać D.
INTERNISTIČKA ORDINACIJA „DR BASTAĆ“

Uvod: Atrijalna fibrilacija (AF) nevalvularnog tipa, kao najčešća aritmija, prema nivou rizika za tromboembolizam zahteva uvođenje dugotrajne oralne antikoagulantne terapije (OAK) najčešće dikumarolskim preparatima. Odluka o uvođenju OAK donosi se na osnovu opšte prihvaćenog CH2DS2-VASc skora. Merenje protrombinskog vremena (PT) i određivanje internacionalnog normalizovanog odnosa (INR) aktuelnog PT prema svedoku daje meru optimalnog antikoagulantnog efekta kada je INR od 2,0 do 3,0.

Cilj: Cilj ispitivanja je odrediti broj bolesnika koji imaju optimalan nivo antikoagulantnog efekta jednogodišnjim praćenjem vrednosti PT/INR u posmatranoj grupi ispitanika i koji faktori, komorbiditeti i ehokardiografski parametri su udruženi sa efikasnošću antikoagulantne terapije.

Materijal i metode rada: Ovom longitudinalnom, prospektivnom studijom je obuhvaćeno konsektivnih 87 bolesnika sa atrijalnom fibrilacijom na OAK i to na acenokumarolu je bilo 68/87(78%) bolesnika a na varfarinu 19/87(22%). Vreme u terapijskom opsegu (TTR) nije moglo da se izračuna kod većine ispitanika metodom Rosendaal, pa je korišćena klinička aproksimacija. Kriterijumi za odličnu antikoagulisanoost je bio da u toku godinu dana 5 do 7 izmerenih vrednosti PT/INR bude ≥ 2 (analogno TTR >60-85% vremena). Dobra antikoagulisanoost je definisana da 3 do 4 vrednosti PT INR tokom praćenja od godinu dana budu u terapijskom opsegu (analogno TTR 50 do 60% vremena). Slaba antikoagulisanoost je

definisana sa 0-2 izmerene vrednosti INR budu u terapijskom opsegu (analogno TTR <50 %).Svim bolesnicima su u toku godinu dana ispitivanja određivan indeks telesne mase (BMI), obim struka, merenje krvnog pritiska, EKG i ehokardiografija

Rezultati: Prevalenca cerebrovaskularnih inzulata bila je 7/102 (6,9%). U toku praćenja od godinu dana, na osnovu sukcesivnih vrednosti PT/INR 87 bolesnika sa aatrijalnom fibrilacijom je klasifikovano u tri grupe: grupa A-odlična kontrola antikoagulantnog efekta N=14/87(16%), grupa B- dobra kontrola antikoagulacije N=24/87(28%), grupa C -slaba kontrola antikoagulantnog efekta N=49/87 (56%). Starost i polna struktura nisu uticali na kvalitet antikoagulacije. CH2DA2VASc skor- rizik tromboembolizma je bio nešto viši u grupi C (A=3,3, vs B=3,4 Vs C=3,6) dok je rizik od krvavljenja HASBLED skor bio statistički značajno viši u grupi B (B=32% vs A 28,6% vs C22,6%).Srednja vrednost BMI je bila nešto niža u grupi A(29,8 kg/m2) ali bez statističke razlike u odnosu na grupe B i C(30,9kg/m2 identično). U individualnoj distribuciji u sve tri grupe dominiraju gojazni bolesnici (A-57%, B-56%, C-48%) i predgojazni(A-35%, B-36%, C-39%) bez stat značajne razlike. ($\chi^2= 0.487$). Najviši nivo glikemije je bio u grupi C sa slabim kvalitetom antikoagulacije (C-6,5 versus A i C=5,8mmol/L) gde je bilo i statistički značajno više dijabetičara(C=31% versus A-21% vs B 12,5 %). Analizom ehokardiografskih parametara nađena je statistički značajno viši indeks mase miokarda (LVMI) u grupi C-LVMI=134g/m2 vs A=110 (A vs C, p=0,039) i B=117 g/m2, B vs C (p=0,042).

Zaključak: Odličan kvalitet antokogulantnog efekta hronične terapije dikumaroloskim preparatima u cilju prevencije tromboembolizma je u toku jednogodišnjeg praćenja bio samo u 16% bolesnika. Dominira slaba kontrola antikoagulacije u čak 56% bolesnika. Od kliničkih faktora koji se upliću i povezani su sa slabim antikoagulantnim efektom jesu prisustvo hiperglikemije i dijabetesa, dok nema povezanosti sa nivoom krvnog pritiska. Težina hipertrofije leve komore ehokardiografski kvantifikovana je statistički značajno povezana sa slabim antikoagulantnim efektom.

ključne reči: Aatrijalna fibrilacija, oralna antikoagulantna terapija, tromboembolizam, hipertrofija leve komore, dijabetes melitus, gojaznost

KOMPARATIVNA ANALIZA EHOKARDIOGRAFSKIH PARAMETARA VELIČINE LEVE PRETKOMORE, MASE MIOKARDA, REMODELACIJE I FUNKCIJE LEVE KOMORE IZMEDJU GRUPE BOLESNIKA SA ATRIJALNOM FIBRILACIJOM I HIPERTENZIJOM

Dr Dušan Bastać, Mila Bastać, Anastasija Raščanin, Ivana Arandelović
INTERNISTIČKA ORDINACIJA DR BASTAĆ, ZAJEČAR

Uvod: Aatrijalna fibrilacija (AF) i hipertenzija (HTA) su uz koronarnu bolest najčešća kardiološka oboljenja u svakodnevnoj praksi i imaju rastući trend širom sveta. Poznato je da arterijska hipertenzija jedan od glavnih uzroka nastanka AF, jer dovodi do remodelacije i hipertrofije leve komore sa dijastolnom disfunkcijom i konsekvantnom anatomskom (dilatacije i hipertrofija) i električnom remodelacijom leve pretkomore kod onih bolesnika za koje se predpostavlja da su za nju genetski predisponirani.

Cilj: Komparacija izmedju bolesnika sa aatrijalnom fibrilacijom i hipertenzijom u odnosu na ehokardiografske parametre dilatacije leve pretkomore, hipertrofije miokarda leve komore te karakteristika dijastolne i sistolne funkcije leve komore.

Materijal i metodi rada: Ovom retrospektivnom studijom je obuhvaćeno konsektivnih 102 bolesnika sa aatrijalnom fibrilacijom i 126 bolesnika sa hipertenzijom (HTA) prvog i drugog stepena, pacijenata Internističke ordinacije "Dr Bastać" u Zaječaru. Ehokardiografski je u obe grupe bolesnika meren dijametar leve komore (LA). Masa miokarda je indeksirana na telesnu površinu (LVMI) Relativna debljina zida je određivala da li je u pitanju koncentrična ($RWT \geq 0,42$) ili ekcetrična remodelacija leve komore($RWT \leq 0,41$). Sistolna funkcija leve komore je predstavljena ejectionom frakcijom (EF) a dijastolna odnosom dopler brzine ranog dijastolnog punjenja leve komore-E i srednje brzine tkivnog doplera mitralnog anulusa (Eprim) - odnos E/Eprim

Rezultati: Od 102 pacijenta sa AF hipertenziju kao komorbiditet ima 60(59%) pacijenata, od njih 15 izolovanu sistolnu hipertenziju.Srednja vrednost sistolnog i dijastolnog pritiska je bila u grupi HTA bez aatrijalne fibrilacije $143 \pm 22/84 \pm 11$ a u grupi AF $147 \pm 17/85 \pm 11$ mmHg, tako da su grupe komparabilne u smislu nova hipertenzije i procene efekta aatrijalne fibrilacije na ehokardiografske parametre. Srčana

frekvencija je statistički signifikantno viša u AF grupi prema HTA (78,9 versus 68,7, $p < 0,001$). Obim struka kao mera centralne gojaznosti i kardiometaboličkog sindroma je bio 96,6 cm a 100,6 u AF grupi (razlika visok stat značajna $p = 0,009$). Indeks mase miokarda (LVMI) se statistički nije značajno razlikovao između HTA grupe i AF grupe ($118 \pm 19 \text{ g/m}^2$ vs $121 \pm 34 \text{ g/m}^2$, $p = 0,437$). Međutim koncentrična remodelacija leve komore je znatno češće udružena sa AF (RWT= $0,570 \pm 0,070$), dok je ekcentrični tip češći u HTA bez AF (RWT= $0,386 \pm 0,060$). Takođe sistolna funkcija leve komore, iako u proseku normalna u obe grupe je visoko statistički značajno niža u prisustvu AF (EF= $56,2 \pm 12,7\%$) nego u HTA grupi ($63,0 \pm 8,0\%$, $p < 0,001$). Dijastolna disfunkcija je granične srednje vrednosti u obe grupe, ali ipak visoko statistički značajno je odnos E/Eprim viši u grupi AF ($11,8 \pm 4,6$) nego u HTA grupi ($8,2 \pm 3,3$; $p < 0,001$). I očekivano srednja vrednost dijametra leve pretkomore je evidentno veća u AF grupi ($49,8 \pm 8,6$ mm) nego u HTA grupi ($42,0 \pm 5,2$ mm, $p < 0,001$)

Zaključak: Atrijalna fibrilacija je udružena sa hipertenzijom u 59%. Centralna gojaznost je češća u AF. Hipertrofija leve komore je zastupljena i u hipertenziji i kod atrijalne fibrilacije i srednja vrednost indeksa mase miokarda se statistički ne razlikuje između grupa. Međutim, razlikuje se geometrijski obrazac remodelacije: u AF grupi dominira koncentrična remodelacija leve komore. Sistolna funkcija leve komore je visoko statistički značajno niža u prisustvu AF (EF= $56,2\%$) nego u HTA grupi (EF= $63,0\%$, $p < 0,001$). Dijastolna disfunkcija je izraženija u grupi AF nego u HTA grupi. Dilatacija leve pretkomore je evidentno veća u prisustvu atrijalne fibrilacije nego u HTA grupi što dalje smanjuje mogućnost konverzije atrijalne fibrilacije i kontrole ritma.

Ključne reči: Atrijalna fibrilacija, Arterijska hipertenzija, Ejekciona frakcija leve komore, Dijastolna funkcija leve komore, Indeks mase miokarda leve komore, Koncentrična remodelacija leve komore, Dilatacija leve pretkomore

UTICAJ METABOLIČKOG SINDROMA NA STRUKTURNE ANOMALIJE, SISTOLNU I DIJASTOLNU FUNKCIJU LEVE KOMORE ODREĐIVANU EHOKARDIOGRAFIJOM U BOLESNIKA SA ATRIJALNOM FIBRILACIJOM.

Aranđelović I., Bastać M., Bastać D.

INTERNISTIČKA ORDINACIJA "DR BASTAĆ"

Uvod: Atrijalna fibrilacija (AF) je najčešća pretkomorska aritmija i ima rastući trend širom sveta. Promena načina života prestanak abususa alkoholnih pića, pušenja, fizičke neaktivnosti i psihološkog stresa umanjuje rizik od nastanka AF kod onih koji su za nju genetski predisponirani. Posebno se insistira na KV rizik faktorima prvenstveno gojaznosti, metabolički sindrom (ili kardiometabolički), hipertenzija, dijabetes melitus, dislipidemija, opstruktivna apnea u snu. Metabolički sindrom (MSy) je rizik faktor za moždani udar i tromboembolizam.

Cilj: Odrediti učestalost MSy u bolesnika sa AF koji imaju sistolnu i/ili dijastolnu disfunkciju i strukturne anomalije leve komore u posmatranoj grupi ispitanika. Utvrditi koji ehokardiografski parametri karakterišu MSy u odnosu na bolesnike sa AF bez metaboličkog sindroma (NMSy).

Materijal i metodi rada: Ovom retrospektivnom studijom je obuhvaćeno konsektivnih 102 bolesnika sa atrijalnom fibrilacijom koji se leče i redovno kontrolišu u Internističkoj ordinaciji "Dr Bastać" u Zaječaru. Sistolna funkcija leve komore je predstavljena ejekcionom frakcijom leve komore (EF) a dijastolna odnosom dopler brzine ranog dijastolnog punjenja leve komore-E i srednje brzine tkivnog doplera mitralnog anulusa (Eprim) - odnos E/Eprim. Strukturne anomalije koje su bile u fokusu jesu masa leve komore indeksirana na telesnu površinu (LVMI) i dijametar leve pretkomore (LA).

Rezultati: U ispitivanoj grupi sa AF, MSy je bio prisutan u 53/102 bolesnika (52%) a odsutan (NMSy) u 49/102 (48%). U podgrupi MSy polna struktura je bila: muškarci 42% a žene 58% dok je kod NMSy obrnuto. Srednja vrednost Ejekcione frakcije leve komore (EF) je skoro identična u obe podgrupe: MSy i NMSy ($55,7 \pm 13,3\%$ versus $55,2 \pm 12,1\%$), NS, $p = 0,859$. U individualnoj distribuciji u podgrupi MSy 7/53 (13%) ima sniženu EF ($32 \pm 5,0\%$) u odnosu na 4/49 (8%) kod NMSy ali bez statistički značajne razlike ($X^2 = 0,601$). Normalan E/Eprim odnos utvrđen je u 16/53 osoba podgrupe MSy ili 30%, sa srednjom vrednošću $7,3 \pm 1,0$, granični u 22 (42%) sa srednjom vrednošću $10,8 \pm 1,5$ i povišen u 15 (28%) sa srednjom vrednošću $18,5 \pm 5,2$. U NMSy E/Eprim ima sličnu distribuciju 25% ima normalnu vrednost

E/Eprim, graničnu 47% a povišen u 28% (nesignifikantna razlika, $p=0,800$). Stratifikacijom po polu žene sa MSy imaju patološki odnos E/E prim u 81% a muškarci u 64% ali nema statistički značajne razlike ($\chi^2=0.505$). Medjutim žene sa MSy imaju statistički značajno težu dijastolnu disfunkciju kako u individualnoj distribuciji, tako i srednjim vrednostima, respektivno: 10/31(33%) vs 5/22(23%), 19,7±5,8 versus 16,3±3,2 nego muškarci (t test, $p=0,04$). Indeks mase miokarda leve komore (LVMI) bio je u muškaraca sa MSy povišen u 16(73%) sa $Xsr=139\pm 23g/m^2$ a kod žena u 25(80%) sa $Xsr=127\pm 38g/m^2$ ali bez statistički značajne razlike ($\chi^2=0.356$). Dijametar leve pretkomore je bio povišen u 95% muškaraca i 97% žena sa MetSy ali bez statističke razlike u odnosu na NMETSy, kako u srednjim vrednostima tako i u individualnoj dsitribuciji.

Zaključak: Metabolički sindrom (MSy) je prisutan u više od polovine bolesnika sa atrijalnom fibrilacijom (AF) sa dominacijom ženskog pola. Sistolna funkcija se nije značajno razlikovala u AF kod prisustva MSy i bez njega (NMSy). Patološke vrednosti E/Eprim odnosa se ne razlikuju u bolesnika sa atrijalnom fibrilacijom u odnosu na MSy i NMSy (70 vs 75%). Medjutim žene sa MSy imaju statistički značajno težu dijastolnu disfunkciju nego muškarci (t test, $p=0,04$). Hipertrofija leve komore u 73-80% slučajeva i dilatacija leve pretkomore 95-97% su redovni pratilac metaboličkog sindroma.

Ključne reči: Atrijalna fibrilacija, Metabolički sindrom, Ejekciona frakcija leve komore, Dijastolna funkcija leve komore, indeks mase miokarda leve komore

FARMAKOVIGILANSA: NASTANAK, RAZVOJ I DANAŠNJI ZADACI

Vid Stanulović (1), Human Samii (2)

(1) CONSULTANT, CLINICAL DEVELOPMENT AND PHARMACOVIGILANCE, LYON, FRANCUSKA

(2) SPECIJALNA BOLNICA ZA REHABILITACIJU TERMAL, VRDNIK

Farmakovigilansa se definiše kao nauka i aktivnosti usmerene na otkrivanje, procenu, razumevanje i prevenciju štetnih delovanja ili drugi problem u vezi sa lekovima (Svetska zdravstvena organizacija, 2002). Termin farmakovigilansa kojim se danas označava proučavanje neželjenih delovanja lekova postao sveopšte prihvaćen tek 1992. godine, kada je osnovano Evropsko društvo za farmakovigilansu, koje je ubrzo preraslo od evropskog u Međunarodno društvo za farmakovigilansu (IsoP). Potiče od grčke reči za lek, farmakon i reči vigilansa koja znači budnost i pažnju. Ovaj termin je ugrađen i u zakonske odrednice o lekovima Evropske unije u odnosu na bezbednost lekova. Naučni pristup proučavanju neželjenih delovanja lekova ima svoju istoriju počev od 1890., kada je časopis Lancet objavio izveštaj svoje komisije o smrtnom ishodu kod hloroformske anestezije. Značajan datum za ovo područje medicine je i godina 1968., kada je Svetska zdravstvena organizacija započela svoj međunarodni program nadzora nad neželjenim delovanjima lekova (WHO International Drug Monitoring Programme), podstaknuta identifikacijom talidomida kao izazivača fokomelije kod novorođenčadi majki koje su u toku trudnoće primale taj lek. Od početka rada Međunarodnog programa učinjeno je mnogo na ranoj identifikaciji neželjenih delovanja lekova. Ipak, zabeleženi su posle toga i upozoravajući neuspesi. Prvi kardioselektivni beta – adrenergični blokator praktolol, stavljen u promet 1975. godine, povučen je jer izaziva keratozu konjunktive pored nekih drugih neželjenih delovanja koja su ostala neoptkrivena u toku kliničkogf razvoja leka i posle njegovog stavljanja u promet.

Nadalje, veliki promašaj farmakovigilance u toku predregistracionih kliničkih ispitivanja, kao i postregistracione farmakovigilance je to da je previđen je suvi nadržajni kašalj koji se javlja kod oko 10 % pacijenata kod inhibitora angiotenzin-konvertirajućeg enzima. Kaptopril je sintetisan 1977. godine i Uprava za hranu i lekove SAD (FDA) odobrava stavljanje na tržište kaptoprila 6. aprila 1981, dakle posle svega 4 godine, što je vrlo kratko vreme za razvoj nosintetizovanog leka, počev od prekliničkih ispitivanja do stavljanja u promet. Kašalj izazvan ACE inhibitorima objavljen je 13. juna 1987, posle 6 godina od stavljanja kaptoprila u promet i 3 godine kod enalaprila, što predstavlja veliki promašaj farmakovigilance u toku predregistracionih kliničkih ispitivanja, kao i postregistracione farmakovigilance. Danas je farmakovigilansa u procesu promena. To nije više pasivna disciplina koja beleži neželjenih delovanja lekova u toku ispitivanja pre stavljanja u promet i čeka na uočavanje u toku njihove primene, već je aktivna u predviđanju i delovanju u rešavanju nastalog problema. Farmakovigilansa je postala

proaktivna. Regulativna tela Evropske unije su nedavno uvele obavezu proizvođača da već u toku kliničkog razvoja leka sačini plan postuka kod neželjnih delovanja (Risk management plan, RMP).

Nadalje, Federalna uprava za hranu i lekove SAD (FDA) uvodi sličnu meru, označenu kao Akcioni plan za smanjenja rizika (Risk Minimization Action Plans, RiskMAPs).

Dakle, svaki novoodobreni lek ima svoj RMP, odnosno u SAD RiskMAPs u kome se nalaze raspoloživi podaci o bezbednosti leka i sve aktivnosti u okvirima farmakovigilanse planirane za dalji nadzor bezbednosti leka. RMP, odnosno RiskMAPs koji definišu utvrđene rizike, gde su potencijalni rizici i područje gde nedostaju podaci i on prati lek kroz ceo svoj životni ciklus. Sve veći akcent je na proaktivnom pristupu u predviđanju rizika. Čak i sama definicija farmakovigilanse treba da se prilagodi njenim sadašnjim zadacima i metodama.

Naziv sesije
KONZERVATIVNA MEDICINA I DIJAGNOSTIKA
POSTER PREZENTACIJE

NAČELA FARMAKOTERAPIJE KOD STARIH OSOBA

Human Samii (1), Vid Stanulović (2)

(1) SPECIJALNA BOLNICA ZA REHABILITACIJU TERMAL, VRDNIK (2) CONSULTANT, CLINICAL DEVELOPMENT AND PHARMACOVIGILANCE, LYON, FRANCUSKA

Klinička farmakologija kao naučna osnova farmakoterapije traži da se lekovi klinički ispituju u svakoj uzrasnoj skupini koja dati lek prima. Ovaj postulat nalaže da se lekovi klinički ispituju kod starih osoba i dodatno, kod veoma starih osoba (preko 75 godina i preko 80 godina), postao je prihvaćen relativno kasno, tek devedesetih godina 20. veka. U 21. veku vodeći gerijatri su još nezadovoljni zbog neuključivanja ove populacije u klinička ispitivanja (Cherubini et al. J Am Geriatr Soc. 2010 58:1791-1796). Obiman pregledni rad Bresslera i Bahl-a iz 2003. (Mayo Clin. Proc. 78:1564-1577, 2003) osvrće se uglavnom na farmakokinetičke posebnosti kod starih osoba. Među 77 citiranih radova nema ni jednog kliničkog ispitivanja usmerenih na delovanja i bezbednost kod tri subpopulacije starih (engl. od 65 do 75 godina obično older adults, preko 75 godina elderly ipreko 80 godina very old). Ove starosne granice određene su arbitrarno i dobro odgovaraju za stanovništvo ekonomski razvijenih zemalja. U zemljama subsaharske Afrike starost za istraživače SZO starost počinje sa 50 godina.

Za izlučivanje hidrosolubilnih lekova značajno je to da bubrežna funkcija sa starošću slabi pošto se perfuzija bubrega smanjuje i broj nefrona opada 1 % godišnje. Pri tome se koncentracija serumskog nije povišena kreatinina, pošto se i stvaranje kreatinina smanjuje sa smanjenjem mišićne mase. Ova činjenica je najznačajnija kod terapije sa toksičnim lekovima male terapijske širine od kojih najčešće su korišćeni aminoglikozidi antibiotici. Njihova ototoksičnost je u proporciji sa njihovom koncentracijom u vanćelijskoj tečnosti. Gentamicin treba davati jednom dnevno. Biće postignuta potrebna maksimalna koncentracija za njegovo baktericidno delovanje vezivanjem za mikrozome bakterije i istovremeno dajemo dovoljno vremena da oslabeli bubrezi izluče aminoglikozid i time izbegnemo ispoljavanje nefro- i ototoksičnosti. Putem bubrega se izlučuju i beta-laktamski antibiotici (penicilini i cefalosporini), što klinički nije značajno pošto oni imaju malu toksičnost tj. veliku terapijsku širinu. Liposolubilni lekovi se uklanjaju iz tela putem razgradnje u jetri. Smanjena perfuzija jetre od značaja za lekove koje jetra velikom brzinom uklanja iz cirkulacije. kao gliceriltrinitrat (nitroglicerol) i diazepam. Poluvreme izlučivanja diazepama je kod 80-godišnjaka četiri do pet puta duže nego kod 20-godišnjaka! Za većinu lekova ova činjenica nema većeg značaja, čak i onih sa malom terapijskom širinom kao varfarin i metoprolol.

Delovanja onih lekova koja se ne javljaju kod mlađih uzrasnih skupina: lekovi sa antiholinergičnim delovanjem povezano je sa nastankom konfuznog stanja, sa slabljenjem mentalnih funkcija i povišenim rizikom od razvoja demencije. Pomoću najmodernijih neuroimidžing tehnika je pokazano da se anatomske promene na mozgu starih osoba, koje se inače redovno odvijaju, ubrzavaju u pravcu atrofije (Risacher SL et al. JAMA Neurol 2016 73:721-732). Lekovi sa izraženim antiholinergičnim delovanjem, koje treba izbegavati kod starih i veoma starih pacijenata ako na raspolaganju stoje alternativni lekovi. To su

antihistaminici prve generacije, triciklični antidepresivi, i benzodiazepini kratkog delovanja, a diazepam, koji spada u one sa dugim delovanjem, to ispoljava u manjoj meri.

Lečenje povišenog krvnog pritiska kod starih i veoma starih osoba terapiju treba započinjati postepeno, sa povišavanjem doza u intervalu od nedelju dana, obzirom na rizik od naglog sniženja pritiska i time povezanih padova. Kako osteoporaza prati starost veliki je rizik pri tome od fraktura kostiju. Ciljni krvni pritisak koji se treba terapijom postići su viši nego kod mlađih uzrasnih skupina, što za sistolni pritisak iznosi 140 mmHg a diastolni 80 mmHg. Lečenje hipertenzije kod osoba preko 75 godina je veoma značajan činilac u prevenciji srčane insuficijencije i drugih kardioloških oboljenja, apopleksije i u smanjenom riziku od gubitka mentalnih funkcija pojave demencije. Za lečenje hipertenzije kod starih i veoma starih preporučuju se inhibitori enzima angiotenzin konvertaze (ACEI) ili blokatori angitenzinskog receptora, uz kombinovanje sa jednim diuretikom, hidrohlorotiazidom (HTZ) ili indapamidom. Naša preporuka je to da izbor bude indapamid, koji ima i vazodilatatorno delovanje i može biti delotvoran kao monoterapija. Metabolički je indiferentan. Ako se odlučimo za HTZ doza treba da bude 6 mg ili 12,5 mg. Veće doze remete lečenje diabetesa i remete hidromineralni balans. Furozemid se sme koristiti jedino u akutnim stanjima zbog velikog rizika od dehidracije, aritmija usled nastale hipokalijemije i nagle hipotenzije sa padovima i frakturama kostiju. Dalje navođenje bi prevazilazio odgovarajući obim jednog sažetka. Zainteresovanim kolegama pereporučujemo nedavne detaljne preporuke Američkog gerontološkog društva (Am Geritar Soc Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2015 63:2227-2246) u publikaciji koja se sa interneta može besplatno skinuti preko Google naloga. Najveći deo publikacije se sastoji od 7 preglednih tabela. Najobimnija tabela ima 5 stubaca sa sledećim odrednicama: 1. Organski sistem, terapijska kategorija, lekovi 2. Racionalnost i objašnjenje 3. Preporuka 4. Kvalitet dokaza i 5. Važnost/težina preporuke.

BALNEOKLIMATOLOŠKE KARAKTERISTIKE BANJE VRDNIK I MOGUĆNOSTI NJIHOVE PRIMENE U REHABILITACIJI SPORTISTA

Human Samii (1), Vid Stanulović (2)

(1) SPECIJALNA BOLNICA ZA REHABILITACIJU „TERMAL“, BANJA VRDNIK, (2) CONSULTANT, CLINICAL DEVELOPMENT AND PHARMACOVIGILANCE, LYON, FRANCUSKA

Cilj: Prikaz i analiza balneoklimatoloških karakteristika Banje Vrdnik, kao i mogućnosti njihove primene u rehabilitaciji povreda i oštećenja u sportu Sadržaj: Izgradnja i razvoj Specijalne bolnice za rehabilitaciju „Termal“ u Vrdniku odvijao se u više faza, počev od 1973. godine kada je pušten u rad Rekreativni centar TUP „Fruška Gora“, pa sve do 1981. godine kada je završena izgradnja nove zgrade rehabilitacionog bloka i zaokružen projekat SBR „Termal“ kakav i danas egzistira. Banja Vrdnik smeštena je na južnoj padini Nacionalnog parka „Fruška Gora“, na nadmorskoj visini od 240 metara. Klima ovog kraja je umereno kontinentalna sa sunčanim i toplim danima i dugom insolacijom od 2.200 časova godišnje. Zahvaljujući vencu Fruške Gore, koji štiti Vrdnik od jakih vazdušnih struja, odlike klime su mala količina padavina i odsutstvo jakih vetrova, što uz čist vazduh i visoki sadržaj ozona svrstava Banju Vrdnik u red vazdušnih banja. U odnosu na nadmorsku visinu i mikroklimatske karakteristike, Banja Vrdnik se nalazi između nizinske klime - (nadmorska visina manja od 300m) i srednje visinske klime (nadmorska visina od 300m do 800m), ovakva nadmorska visina deluje na organizam „poštedno“. Termomineralna voda u Banji Vrdnik je konstantne temperature od 32,8 °C, čime spada u hipotermalne vode sa širokim spektrom delovanja na ljudski organizam. Termomineralna voda u Banji Vrdnik pripada HCO₃-Na-Mg (hidrokarbonatno-natrijum-magnezijumskom) tipu sa sadržajem sumporvodonika i metasilicijumove kiseline (HS+H₂S i H₂SiO₃+HSiO₃). Voda sadrži sumpor u poluvezanom (HS) i vezanom (H₂S) obliku. Primenjuje se spolja, a osnovni dejstveni činilac je temperatura uz sumporvodonik koji se resorbuje kroz kožu. Prosečna mineralizacija vode iznosi do 0,9 g/l – pripada slabomineralizovanim vodama. Aktivnosti u vodi koriste se za povećanje mišićne snage i izdržljivosti, za mobilizaciju zglobova, smanjenje spasticiteta, poboljšanje balansa i koordinacije, za kardiovaskularno i respiratorno kondicioniranje, za relaksaciju, smanjenje bolova, mišićnog spazma i otoka. Vežbe u vodi mogu da se izvode u zatvorenom i otvorenom kinetičkom lancu. U zavisnosti od načina nastanka i vremena pojave tegoba kod sportiste veoma je važno napraviti razliku povrede od oštećenja. Povrede su po pravilu akutne i nastaju kao

posledica direktne traume na lokomotorni sistem, dok su oštećenja hroničnog karaktera i posledica su ponovljenih mikrotrauma (ceo skup ovih stanja nazivamo sindromima prenaprezanja). Uopšteno posmatrajući, tretman povreda u sportu može da bude konzervativan i hirurški – operativan što zavisi od vrste povrede. Međutim, bez obzira na terapijski pristup imperativ u sportu predstavlja postizanje što bržeg potpunog funkcionalnog oporavka povređenog segmenta sportiste, uz očuvanje mišićne snage i fleksibilnosti segmenata koji nisu zahvaćeni lezijom. Time se obezbeđuje brz i bezbedan povratak sportiste redovnim trenažnim i takmičarskim aktivnostima. Poseban problem u sportu tokom trenažnog procesa i takmičarskog perioda predstavlja nastanak stanja koja su posledica sportskog napora (zamor, prekoračenje, preopterećenje, pretreniranost, hroničan zamor): pri čemu se zamor i prekoračenje svrstavaju u fiziološke posledice napora, a preopterećenje, pretreniranost i hroničan umor pripadaju patološkim pojavama i zahtevaju odgovarajući - različit terapijski pristup. Poznato je da se poboljšanje sportskog rezultata ne može postići na osnovu kontinuiranog povećanja intenziteta treniranja, jer je sav prostor za povećanje iscrpljen. Zato se danas osnovna bitka vodi za što kvalitetniji oporavak sportiste – sportistu treba oporaviti što je moguće brže kako bi sledeći trening imao željeni efekat – nedovoljni oporavak prvi je okidač za početak razvoja pretreniranosti. Zaključak: Na osnovu svega navedenog može se istaći da Banja Vrdnik poseduje sve potrebne uslove za uspešne pripreme sportista u različitim fazama trenažnog procesa, dok svojim balneoklimatološkim karakteristikama pruža dodatne mogućnosti za brzu i efikasnu rehabilitaciju kod povreda i oštećenja u sportu, kao i u sindromima pretreniranosti i hroničnog umora sportista.

INDEX AUTORA

- Adamović Dragana 55
 Aleksić Aleksandar 11,39
 Anđelković Slavica 69
 Andrejević Slađana 9,12
 Arandelović Ivana 77,78
 Arsić Radiša 45
 Avramov Svetolik 10,11,28,33
 Avramović G. 48
- Banković Aleksandar 44
 Bastać Dušan 9,11,15,38,76,77,78
 Bastać M. 76,77,78
 Bogdanović Goran 53
 Bogdanović Radovan 11,36
 Bogoslović Miloš 59
- Cokić Bojana 71
 Cvetanović Ana 49
 Cvijanović V.53
- Čelojević Siniša 47
- Ćirić Danijela 59, 61
 Ćirić Zoran 53
- Davidović Vladimir 62
 Denčić Tijana 49
 Dimitrijević Marko 55
 Djenić Lj. 53
 Drezgić Milka 10
- Đikić Marina 56
- Godnoš A. 54
 Golubović G. 44
 Golubović Zoran 14
- Hadži-Tanović Višeslav 10,11,30, 35
 Hrnjak Ilić Helena 52
 Hrnjak Srđan 52
- Istatko Boban 44
 Ivić M. 44
- Jakovljević Milica 59
 Janković Ivana 72
 Jelenković Bratimirka 11,41,61
 Jevremović M. 44
 Joksimović Goran 53
 Joksimović Zoran 11,40
 Jolić Aleksandar 10,33,55
- Jovanović Goran 10,27
 Jovanović J. 44
 Jovanović K. 29
 Jovanović Krsta 10
 Jovanović N. 58
 Jovanović Zoran 47
 Jović Miljan 9,10,13,31
 Jovičić Milentijević Maja 48
 Jozić Tanja 10,33
- Karadaglić Đorđije 11,43
 Kitanovic Momir 57
 Knežević Snežana 70,71
 Kocić Biljana 11,34
 Kostić Miloš 49
 Kostovski V.53
- Lazović Milica 9
 Lozanović Dragana 11,36
 Lukić Ivan 17
 Lukić Ivan 50,74
 Lukić Ivana 17,50
- Mančić Đ. 29
 Marić N.53
 Marković Kristina 56
 Marković Mirjana 45
 Mathilde E. Boon 9,19
 Mejlanović S. 44
 Mejlanović Zvezdan 53
 Micic Sava 9,18
 Mihailovic M. Tihomir 9,20,25
 Mihajlović Nada 44
 Miladinov Bojan 62
 Milenković Svetlana 9,25
 Miletić Emilio 59
 Miljuš D. 45, 51,65, 67
 Miloš P. 58
 Milošević Lj. 29
 Milošević Lj. 58
 Milošević Ljubica 44
 Milovanović Tihomir 47
 Mitov Vladimir 10,55
 Mitrović Dragana 59, 61
 Mladenović D. 50
 Mladenović D. 73,74
 Mladenović M. 50
 Mladenović Miljana 59
 Mladenović S. 50
 Mujović Nebojša 10

Najdanović Mandić 9,20, 45
Nikolić A. 53
Nikolić Milan 55
Nikolić Slobodan 9,13

Panajotović Lj. 29
Panajotović Ljubomir 9,17
Paunković Džejn 76
Paunković Nebojša 76
Paunović Petar 61
Pavlović Snežana 42
Pažin Vladimir 9,22
Pepelčević B. 54
Perić Mirjana 27
Petrović Kristina 45
Pupović Enisa 75
Pupović Senadin 75
Puslojić Jevrosima 44

Radovanović A. 73,64
Rakić Snežana 9,20
Rangelov N. 48
Raščanin A. 76,77
Repać Marija 50,74
Repać Marina 17
Repać Vinka 17,50
Ristanović A. 53
Ristić J. 50, 53

Samii Human 79,80,81
Sjeničić M. 65
Smiljčić D. 54
Stamenković Bojana 9,12

Stančić Ivica 10,26
Stanišić Steva 10,28
Stanković Danijela 47
Stanković Zoran 9,24
Stanojlović Olgica 61
Stanulović Vid 79,80,81
Stojanović I. 73,74
Stojković D. 53
Stojković- Ivković Mirjana 59
Stošić Biljana 47
Sulić Vladimir 53

Šefik Bukilica Mirjana 9,11

Tasić Marko 59
Trailović M. 50

Vasić A. 54
Velić B.58
Vešović N.53
Vidić 54
Vojnović Matilda 72

Zdravković Goran 68
Živković Rade 10,27
Živković S. 45,67

Žikić Radoš 65
Živadinović Radomir 10,24
Živković Nikola 49
Živković Perišić Snežana 51,64

Vlatković Zoranka 74

UPUTSTVO SARADNICIMA

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

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

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

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

TEHNIČKI ZAHTEVI

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

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

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

OBIM RUKOPISA

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

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

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

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

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

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

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

PRIPREMA RUKOPISA

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

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

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

NAVOĐENJE LITERATURE

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

Članci u časopisu

Standardni članak u časopisu:

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

Organizacija kao autor:

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

Nisu navedeni autori:

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

Volumen sa suplementom:

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

Knjige i druge monografije

Autor je osoba(e):

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

Urednik(ci) kao autori:

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

Poglavlje u knjizi:

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

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

Saopštenja sa sastanaka:

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

Članci sa konferencija:

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

Disertacija:

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

Elektronski materijal

Članak u časopisu na internetu:

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

Članak objavljen elektronski pre štampane verzije:

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

CD-ROM:

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

Monografija na internetu:

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

Web lokacija:

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

Deo web lokacije:

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