

**XXXIII  
TIMOČKI MEDICINSKI DANI  
ZBORNİK SAŽETAKA**

**Zaječar  
17-18. maj 2014.**

# TIMOČKI MEDICINSKI GLASNIK

## ODGOVORNI UREDNIK

dr Emil Vlajić

## GLAVNI UREDNIK

Prim dr sci. med. Željka Aleksić

## POMOĆNIK GLAVNOG I ODGOVORNOG UREDNIKA

dr Miljan Jović

## TEHNIČKI UREDNIK

dr Saška Manić

## ČLANOVI UREĐIVAČKOG ODBORA

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

## LEKTORI

Srpski jezik: Doc. dr Dejan Milutinović  
Engleski jezik: Nataša Arandelović, profesor

Časopis izlazi četiri puta godišnje.

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

## VLASNIK I IZDAVAČ

Srpsko lekarsko društvo, podružnica Zaječar  
web adresa: [www.sldzajecar.org.rs](http://www.sldzajecar.org.rs)

## ADRESA REDAKCIJE

Timočki medicinski glasnik  
Zdravstveni centar Zaječar  
Rasadnička bb  
19000 Zaječar

## ADRESA ELEKTRONSKE POŠTE (E-MAIL)

[tmglasnik@gmail.com](mailto:tmglasnik@gmail.com)

## WEB ADRESA

[www.tmg.org.rs](http://www.tmg.org.rs)

## TEKUĆI RAČUN

(Srpsko lekarsko društvo, podružnica Zaječar)  
205-167929-22

## ŠTAMPA

Spasa, Knjaževac

## TIRAŽ

500 primeraka

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

---

---

# SPONZORI

Privatna internistička ordinacija "Dr Bastać", Zaječar



[www.drbastac.co.rs](http://www.drbastac.co.rs)

svako dobro  **Hemofarm**  
član STADA grupe

---

---

# TIMOČKI MEDICINSKI GLASNIK

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

*Organizacioni odbor TMD  
Uredništvo TMG*

DOMAĆI KURS PRVE KATEGORIJE

# AKTUELNOSTI U NEUROLOGIJI I PSIHIJATRIJI

**Zaječar, 16. Maj 2014.**

## PREDAVAČI

- Prim. Dr sc med. Vojislav Ćurčić, Bolnica za psihijatriju KBC „Dr Dragiša Mišović-Dedinje“, Beograd. Uža naučna oblast: adolescentna psihijatrija i psihoanaliza.  
**TEMA: Psihopatologija adolescencije u problematičnom okruženju**
- Prof dr Prof. Miroslava Živković. Klinika za neurologiju, KC Niš. Redovni profesor.. Uža naučna oblast: Neurologija.  
**TEMA: Savremeni principi lečenja demencija**
- Ass. dr Irena Dujmović Bašuroski; Klinika za neurologiju, Klinički centar Srbije, Beograd. Uža naučna oblast: Neurologija, neuroimunologija, multipla skleroza, neuromijelitis optika  
**TEMA: Terapija relapsa u multiploj sklerozi**
- Dr Emil Vlajić, Neuropsihijatar, ZC Zaječar. Uža naučna oblast: Neurologija, epileptologija.  
**TEMA: Neurobiološki aspekti kreativnosti**
- Prof Goran Jovanović, oralni hirurg, Medicinski fakultet Niš Klinika za stomatologiju. Odeljenje za oralnu hirurgiju. Redovni profesor. Uža naučna oblast: Oralna hirurgija.  
**TEMA: Neuralgija n. trigeminusa – stomatološki aspekt**
- Prof Dr Julijana Nikolić-Popović, Klinika za psihijatriju KC Niš, Univerzitet u Nišu, Medicinski fakultet. Uža naučna oblast: psihijatrija  
**TEMA: Jatrogenije**

- Doc. dr Snežana Manojlović, Klinika za psihijatriju KC Niš. Medicinski fakultet u Nišu.. docent na predmetu Psihijatrija sa medicinskom psihologijom Uža naučna oblast: psihijatrija.  
**TEMA: Stigmatizacija osoba sa mentalnim poremećajem**
- Dr Nenad Rudić. Psihijatar. Institut za mentalno zdravlje Klinika za decu i omladinu Beograd, Palmotićeve 37. Uža naučna oblast: Dečja psihijatrij.  
**TEMA: Razvojni poremećaji iz spektra autizma – rana dijagnoza – neophodnost ili mit**
- Prof. Jelisaveta (Aleksandar) Todorović. Filozofski fakultet Univerzitet u Nišu. Departman za psihologiju. Vanredni profesor. Uža naučna oblast: Psihologija.  
**TEMA: Narativni pristup u porodičnoj psihoterapiji**

## PSIHOPATOLOGIJA ADOLESCENCIJE U PROBLEMATIČNOM OKRUŽENJU

*Vojislav Ćurčić*

KBC „DR DRAGIŠA MIŠOVIĆ-DEDINJE“, BOLNICA ZA PSIHIJATRIJU

Bar nekoliko generacija Srbije je odraslo u vrlo nepovoljnom, problematičnom ili patološkom okruženju i okolnostima: raspada Jugoslavije, ekonomske krize, sankcija, NATO bombardovanja, krize političkog, socijalnog, školskog i porodičnog sistema.

Ove okolnosti su se odrazile na otežano odrastanje adolescenata, ali i na intenziviranje i specifične manifestacije psihopatologije koju su manifestovali. Povećan je broj depresivnosti i samoubilaštva mladih, zlostrebe PAS, nasilnog i agresivnog ponašanja, intenziviranja i pojava nekih novih oblika vršnjačkog zlostavljanja.

U izlaganju će se ove pojave tumačiti sa razvojnog i psihodinamskog aspekta.

## SAVREMENI PRINCIPI LEČENJA DEMENCIJA

*Miroslava Živković*

KC NIŠ, KLINIKA ZA NEUROLOGIJU

Demencija je termin koji opisuje široki dijapazon bolesti koje se razvijaju kod neurodegeneracije ili smrti pojedinih neurona odgovornih za kognitivno funkcionisanje osobe. Alchajmerova bolest pogađa najmanje 15 miliona ljudi širom sveta, a broj osoba sa Alchajmerovom bolešću se znatno povećava, kao populaciono starenje. Patofiziološki proces Alchajmerove bolesti počinje mnogo godina pre postavljanja dijagnoze. Ova duga "preklinička" faza AD će pružiti ključnu priliku za terapijske intervencije, a imajući u vidu složenu patogenezu koja leži u osnovi bolesti kao i mogućnost interevencije na ključnim segmentima složene kaskade neurohemijskih događaja koji vode do degeneracije ili smrti ćelije.

Klinička prezentacija demencija zavisi i od patomorfološkog supstrata i lokalizacije oštećenja (kortikalne ili subkortikalne demencije).

Najčešći tipovi demencija su: degenerativne, vaskularne, mešovite, demencije sa Luvijevim telima i frontotemporalne demencije.

Najčešći poremećaji su: smetnje pamćenja uz poremećaj profesionalnih i svakodnevnih aktivnosti, spaciotemporalna dezorijentacija, poremećaj pažnje, poremećaj govora - često uz razvoj afazije, smetnje u obavljanju složenih radnji uz profesionalnu degradaciju, promene ponašanja, promena afekta u smislu ravoja hipomanije ili depresivnosti ili voljno nagonskih dinamizama uz razvoj apato-abulije.

Ispitivanja demencija su značajno evoluirala u proteklih četvrt veka. U toku su brojna ispitivanja koja imaju zadatak da ispitaju biomarkere, epidemiološke i neuropsihološke aspekte kao i brojne faktore koji predviđaju rizik od progresije od "normalne" kognicije do blagog kognitivnog oštećenja ili do demencije. Klinički dijagnostički kriterijumi za demencije su revidirani, a smernice za otkrivanje ranijih faza bolesti reflektuju dublje razumevanje poremećaja. U tom smislu sve se češće koriste biomarkeri, neuropsihološka testiranja, imaging metode i neurohemijska analiza likvora kao pouzdani set metoda pomoću kojih je moguće otkriti bolest u ranoj, prekliničkoj fazi bolesti.

Lečenje demencija se odvija na nekoliko nivoa. Najpoželjnije, ali nažalost i najteže je etiopatogenetsko lečenje. Sledi simptomatsko lečenje, lečenje poremećaja ponašanja kao i lečenje somatskih komplikacija.

## TERAPIJA RELAPSA U MULTIPLOJ SKLEROZI

*Irena Dujmović Bašuroski*

KLINIČKI CENTAR SRBIJE, BEOGRAD, KLINIKA ZA NEUROLOGIJU

Multipla skleroza (MS) je hronično, inflamatorno i demijelinizaciono oboljenje centralnog nervnog sistema. Relapsno-remitentnu formu MS karakteriše javljanje relapsa, koji predstavlja pojavu novih ili pogoršanje ranije postojećih simptoma/znakova bolesti u trajanju od najmanje 24 sata.

Simptomi relapsa u MS se mogu, naročito u slučajevima blažih relapsa, povući i spontano i u potpunosti. Međutim, većina relapsa u MS zahteva tretman kortikosteroidima i/ili primenom terapijske izmene plazme (TIP). Visoke doze kortikosteroida (VDKS) u terapiji relapsa u MS se primenjuju u dozi od 500-1000mg metilprednizolona na dan intravenski, tokom 3-5 dana. Za sada ne postoje preporuke zasnovane na naučnim dokazima koje podržavaju produžetak ove terapije opadajućim dozama kortikosteroida, a odluku o tome treba doneti imajući u vidu brzinu neurološkog oporavka bolesnika nakon inicijalne primene VDKS, ali i eventualna neželjena dejstva. Ukoliko nakon ovakve inicijalne terapije primenom VDKS oporavak bolesnika nije zadovoljavajući, treba razmotriti i primenu metilprednizolona u dozi od 2000mg/dan intravenski tokom 3-5 dana. U slučaju da i ovaj terapijski pokušaj ne dovede do zadovoljavajućeg oporavka bolesnika, treba primeniti TIP, ukoliko nema kontraindikacija. TIP se u tretmanu relapsa u MS primenjuje dve nedelje od završene kortikosteroidne terapije, a u okviru od 6 nedelja od početka relapsa, u vidu 5 TIP procedura koje treba sprovesti svakog drugog dana. Primena TIP može imati značajne pozitivne efekte kod bolesnika sa MS u relapsu bolesti kod kojih prethodna primena VDKS nije pokazala zadovoljavajući pozitivan efekat, kao i kod bolesnika koji imaju kontraindikacije za primenu VDKS, ali ova terapijska procedura zahteva adekvatnu selekciju i pripremu bolesnika.

## NEUROBIOLOŠKI ASPEKTI KREATIVNOSTI

*Emil Vlajić*

OPŠTA BOLNICA ZAJEČAR, ODELJENJE NEUROLOGIJE

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

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

MATERIJAL I METODI RADA: Analizirano je 59 radova koji su objavljeni u periodu od 1975 do 2011 godine u kojima se kreativnost povezuje za neku od tehnika prikazivanja mozga. Radovi su analizirani u odnosu na A) model eksperimenta, B) tip testa kreativnosti koji je korišćen u eksperimentu, C) tehniku registracije promena u mozgu i D) lokacije mozga koja se aktivira tokom kreativnog procesa. REZULTATI: Eksperimentni koji su korišćeni se mogu svrstati u tri grupe, i to (a) registracije tokom rešavanja kreativnog zadatka (40 radova je koristilo ovaj model eksperimenta); (b) razlike kod rešavanja kreativnih u odnosu na nekreativne zadatke (15 radova); (c) razlike subjekata koji su pokazali više skorove pri testu kreativnosti u odnosu na one koji su bili

manje kreativni (5 radova). Heterogenost tipa testa kreativnosti je velika, većina radova je koristila sopstveno dizajniran test kreativnosti, dok je manji broj radova koristio neki od tipiziranih testova kreativnosti (15). Metode registracije se mogu svrstati u dve grupe, one koje registruju i analiziraju direktnu aktivnost mozga (EEG, EP, MEG...) i one koje registruju indirektnu aktivnost mozga u kreativnom procesu (fMRI, SPECT, PET, rCBF...). 38 radova je analiziralo EEG signale sa posebnim osvrtom na "snagu" određene frekvence (16 radova) i sinhronizaciju (16 radova). U 21 radu se analizirala povezanost kreativnosti sa merenjem indirektnih aktivnosti mozga. Regioni mozga koji su povezani sa kreativnošću u ovim radovima se pojavljuju 18 puta u levoj hemisferi, 24 puta u desnoj hemisferi a 37 puta su nadjeni u obe hemisfere. Što se specifičnih regiona tiče, EEG registracijama je nadjeno da se kreativnim proces povezuje sa frontalnim regionom 9 puta, centralnim 6 puta, parijetalnim 10 puta, okcipitalnim 3 puta i temporalnim 4 puta. fMRI i ostalim metodama protoka se nalazi da se kreativni proces može povezati sa aktivnošću u frontalnom regionu 22 puta, parijetalnom 5 i temporalnom regionu 7 puta, a ostali regioni koji se pominju su cerebelum (2 puta) i corpus calosum (1).

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

## **NEURALGIJA N. TRIGEMINUSA – STOMATOLOŠKI ASPEKT**

*Goran Jovanović*

MEDICINSKI FAKULTET NIŠ, KLINIKA ZA STOMATOLOGIJU

Neuralgija n. trigeminusa manifestuje se različitim bolnim senzacijama orofacijalne regije tako da se pacijenti često obraćaju za pomoć stomatologu. Oboljenje može biti primarnog i sekundarnog karaktera. Primarna neuralgija se teško dijagnostikuje, uzrok je često nepoznat ili se radi o degenerativnim promenama krvnih sudova mozga. Sekundarna neuralgija je poznatog uzroka i dijagnostikuje se detaljnim kliničkim i rendgenološkim ispitivanjem. Terapija prvenstveno zavisi od tipa neuralgije. Kod sekundarne neuralgije uklanjanjem uzroka postiže se potpuno izlečenje. Primarna neuralgija zahteva detaljno planiranje i dugotrajno lečenje koje pacijenta oslobađa bolova u ograničenom vremenskom periodu. Međutim bezbolni periodi mogu trajati dosta dugo tako da je kvalitet života bolesnika potpuno normalan.

Cilj kontinuirane edukacije je da stomatologe detaljno upozna sa prirodom i karakterom bolesti, kao i sa savremenim terapijskim procedurama, posebno kod primarne neuralgije, koje odlažu ili potpuno eliminišu potrebu za neurohirurškom intervencijom.

## **JATROGENIJE**

*Julijana Nikolić-Popović*

KC NIŠ, KLINIKA ZA PSIHIJATRIJU

Savremena medicina suočava se sa dva kritična problema. Jedan je činjenica da ona razara samopoštovanje pacijenta delujući na njegov identitet i individualnost obezličnjem i stvaranjem zavisnosti. Ova specifična dehumanizacija svodi pacijenta na objekt medicinskog tretmana. Druga kritična tačka je problem jatrogenije koja se pojavljuje kao skup različitih oboljenja ili pogoršanja bolesti uslovljenih aktivnostima svih uključenih u proces lečenja, posebno lekara. Jatrogenija je, u suštinskom smislu, negativna suprotnost vrhunskom profesionalnom i etičkom kodeksu lekara: *primum non nocere*. Zaboravlja se da ovaj princip normira odgovornost lekara i jeste njegova profesionalna obaveza. Neželjene posledice koje nastaju dijagnostičkim, terapijskim ili profilaktičnim intervencijama lekara ne pripadaju prirodnom toku bolesti. Istorijat razvoja razumevanja jatrogenije ukazuje da su još od Hipokratovig vremena ljudi prepoznavali potencijalni štetni efekat delovanja lekara. Sa druge strane, jatrogena bolest ili smrt izazvana nenamerno ili greškom koja se mogla izbeći ili nemanom od strane onog koji leči postala je kažnjivi prekršaj u mnogim civilizacijama. U radu su opisane neke od najvećih jatrogenih katastrofa u istoriji medicine. Posebno je istaknut doprinos Ivan-a Illich-a, austrijskog



filozofa, katoličkog sveštenika i poliglote koji je razvio snažnu i visoko uticajnu kritiku kontraproduktivnosti preterano industrija-lizovane civilizacije. Ona svojom stalno rastućom produkcijom, konzumiranjem i profitom određuje meru kvaliteta života čineći umetnost življenja izgubljenom. U poznatoj knjizi „Medicinska Nemezis“ ukazuje da je savremena medicina otišla predaleko pretvarajući pacijente u konzumente ili objekte tretmana i uništavajući njihov kapacitet za zdravlje tj. sposobnost da se ljudska bića bore sa realnošću smrti, bola i bolesti. Statistički je dokumentovao šokirajuće posledice postoperativnih sporednih efekata i lekovima izazvanih poremećaja. U radu se, nadalje, prate rezultati prvih studija jatrogenije koje se pojavljuju 1994. do danas. Upadljiva je retkost u izveštavanjima o medicinskim greškama koja je u suprotnosti sa dramatičnim pokazateljima efekata ovog fenomena. Istovremeno se ukazuje na paradoks da „nepogrešivi medicinski model“ vodi intelektualnom nepoštenju (zataškavanju, neprijavlivanju jatrogenih efekata). Analizirani su uzroci paradoksa i razmatrane sugestije za smanjenje jatrogenije kao i njeni specifični oblici. Posebna pažnja usmerena je na etičke i pravne obaveze lekara upravo zato što u njihovom propuštanju leže različiti uzroci jatrogenije. Tako se dve kritične tačke savremene medicine (dehumanizacija i jatrogenija) međusobno ukrštaju, a njihovo neželjeno dejstvo se može smanjiti ponovnom humanizacijom medicine koja bi vratila značaj odnosa pacijent-lekar. Uspostavljanje prave prirode ovog odnosa bi sigurno smanjilo neke jatrogene postupke, a pooštavanje obaveza lekara bi osiguralo prevenciju različitih jatrogenih delovanja. Specifični oblici jatrogenije u psihijatriji razmatrali bi se u okviru kliničkih problema.

## STIGMATIZACIJA OSOBA SA MENTALNIM POREMEĆAJEM

*Snežana Manojlović*

KC NIŠ, KLINIKA ZA PSIHIJATRIJU

Stigmatizacija i njene posledice predstavljaju često neprepoznatu dimenziju egzistencije sa bolešću i u bolesti. Ona, sa svim svojim posledicama, ima direktne i indirektno uticaje na proces i ishod lečenja. Stigmatizacija je prisutna u telesnim i mentalnim poremećajima. Poseban problem predstavlja stigmatizacija osoba sa mentalnim poremećajima koja se proteže kroz niz predrasuda koje prate sva društva i civilizacije određujući odbacivanje, neprihvatanje, izolaciju i niz drugih problema u društvenoj zajednici. Ove predrasude zahvataju i porodice osoba sa mentalnim poremećajima utičući na stav prema njima, a ne tako retko, i zdravstvenih radnika, pa i samih psihijatara na koje su nužno upućeni. Sa druge strane, same osobe sa mentalnim poremećajima izložene diskriminaciji i stigmatizaciji nužno internalizuju stigmatiziranost što oblikuje njihov doživljaj sebe i način ponašanja, kao i odgovor na stigmatizirajuće pritiske okoline. Ono što dolazi spolja i odgovor iznutra teško se prepoznaju i zadatak je profesionalaca da i jedno i drugo prepoznaju, preveniraju i omoguće bolju integraciju osobe u socijalnu sredinu. Ovo nije moguće bez podrške društva koje treba da prođe isti put prepoznavanja i formira odgovarajuće i obavezne načine pomoći i razumevanja. Zbog toga je neophodno razmatrati i istaći često suptilne načine odbacivanja i diskriminacije, identifikovati stigmatiziranost u svim pojavnim oblicima i uobličiti mogućnosti njihove prevencije. Neophodno je mogućnosti prevencije prevesti u konkretne načine postupanja koji treba da postanu obaveza i psihijatara i društva u celini. Da bi to postali potrebna je detaljna razrada i upoznavanje svih koji su u kontaktu sa osobama sa mentalnim poremećajem sa oblicima diskriminacije i stigmatizacije i mogućnostima njihovog prevazilaženja. Svrha prikaza kliničkih veština je upravo diferenciranje specifičnih oblika stigmatizacije kod različitih oblika oboljenja i izrada konkretnog plana prevencije i oblika delovanja koji bi stigmatiziranost smanjili i ublažili u konkretno zadatim slučajevima.

## RAZVOJNI POREMEĆAJI IZ SPEKTRA AUTIZMA – RANA DIJAGNOZA – NEOPHODNOST ILI MIT

*Nenad Rudić*

INSTITUT ZA MENTALNO ZDRAVLJE, KLINIKA ZA DECU I OMLADINU, BEOGRAD

Pervazivni razvojni poremećaji predstavljaju grupu neurorazvojnih poremećaja hroničnog toka i nepoznate etiologije koji se ispoljavaju rano u detinjstvu. Odlikuju ih značajna oštećenja razvoja socijalnih interakcija i komunikacije, stereotipan repertoar interesovanja i aktivnosti, kao i drugi značajni problemi ponašanja i komorbidni medicinski problemi. Tipičan predstavnik ove grupe je dečji autizam.

Svega nekoliko decenija je prošlo od opisivanja prvih slučajeva jednog, do tada, retkog poremećaja do današnje prevalence od 0,3-1 %. U skladu sa najnovijim procenama u USA, približno jedno dete od 88 je 2008.g. dobilo

dijagnozu pervazivnog razvojnog poremećaja, što predstavlja porast od 78% u odnosu na 2002.godinu. Taj trend se sve više uočava i u našoj sredini.

Pravovremeno uočavanje razvojnih problema i postavljanje dijagnoze predstavljaju prve važne korake u procesu pružanja pomoći, usmerene ka detetu i porodici.

Sve raniji uzrast dece koja dolaze na pregled (oko druge godine) pokreće značajna pitanja u vezi prirode dijagnostičkog postupka, obima procene, organizacije službe, kao i načina uključivanja roditelja u procenu i terapijski program. Aktuelno shvatanje poremećaja, načini procene i intervencije se značajno razlikuju u odnosu na period od pre nekoliko godina.

U izlaganju se prezentuje razvoj shvatanja etiologije autizma kroz istoriju, nagoveštene promene u novoj dijagnostičkoj klasifikaciji, obeležja savremenog dijagnostičkog postupka, dileme u vezi rane dijagnoze, kao i principi intervenisanja.

## **NARATIVNI PRISTUP U PORODIČNOJ PSIHOTERAPIJI**

*Jelisaveta Todorović*

UNIVERZITET U NIŠU, FILOZOFSKI FAKULTET

Sistemska porodična psihoterapija tretira porodicu kao sistem koji ima inheretne procese koji proističu iz zajedničkog delovanja njenih članova. Svaka porodica da bi opstala treba da postigne ravnotežu između kohezije tj zajedništva i procesa individuacije. Porodica može opstajati i u patološkoj ravnoteži gde jedan njen član preuzima na sebe ulogu nosioca simptoma ili žrtve kako bi se porodični sistem očuvao. Upravo zato je potrebno simptomu ili disfunkcionalnosti porodice prići na način da se razume njegova uloga u održavanju sistema. Kroz razvoj porodične sistemske psihoterapije menjali su se pristupi i tehnike. U današnje vreme veoma je aktuelan narativni pristup, koja predstavlja izraz postmodernističke koncepcije u terapiji porodice. Ako se celokupno znanje posmatra pre kao konstruisano, nego otkriveno, onda je potrebno da se vodeći pristup u porodičnoj terapiji više bavi načinima na koji ljudi konstruišu značenja, nego načinima na koje se ljudi ponašaju. Narativna terapija se fokusira na razumevanje načina na koje iskustvo kreira očekivanja i kako onda ta očekivanja oblikuju iskustvo kroz stvaranje organizujućih priča.

Priče koje klijenti donose u terapiju često su obeshrabrujuće negativne. One selektivno osvetljavaju prošle događaje i na minimum svode iskustva koja se tu ne uklapaju. Narativni terapeuti su zainteresovani za uticaj koji ima problem na porodicu. Oni mnogo vremena posvećuju ispitujući prošlost klijenta, slušajući njegovu životnu priču i tragajući za alternativnim pričama. Životne priče su filteri koji rade skrining našeg iskustva. Kroz plenarno predavanje nastojaću da uporedim narativni pristup sa ranijim pristupima u porodičnoj psihoterapiji. Poseban akcent će se staviti na eksternalizaciju problema u porodici i pojam konstitucionalnog selfa, tj predstave o sebi koja nije ni dobra ni loša, nego se konstatno izgrađuje pod uticajem interakcije sa drugima.

Koncept fluidne, plastične predstave o sebi, koja se u procesu narativne psihoterapije nanovo kreira ili "rekonstruiše" predstavlja okosnicu narativne psihoterapije. Terapeut je koautor nove priče sa klijentom o njemu samom. Oni zajedno rade na svemu što je neophodno da se izazove duboka i dugotrajna promena u predstavi o sebi, pa samim tim i u životima njihovih klijenata



svako dobro  **Hemofarm**  
član STADA grupe

# **XXXIII TIMOČKI MEDICINSKI DANI**

## **ZBORNİK SAŽETAKA**

**Zaječar, 17-18. Maj 2014**

## PLENARNA PREDAVANJA

### HIRURŠKO LEČENJE OBOLJENJA NADBUBREŽNE ŽLEZDE

*Ivan Paunović*

KC SRBIJE, BEOGRAD, CENTAR ZA ENDOKRINU HIRURGIJU

Neophodno je da hirurg pre nego što se upusti u operativno lečenje oboljenja nadbubrežne žlezde (adrenalektomija), a to je operacija benignih i malignih tumora ove žlezde, razume kako se klasifikuju tumori nadbubrežne žlezde. Takođe, izbor adekvatnog operativnog pristupa, a samim tim i plana operacije zavisi od prirode bolesti nadbubrežne žlezde, a to podrazumeva da pre operacije treba pouzdano razjasniti da li je tumor primarni ili sekundarni. Ako je tumor primarni, da li je funkcioni ili afunkcioni, benigni ili maligni kao i da li je tumor unilateralan ili bilateralan. U slučaju da je tumor sekundarni, da li je primarni tumor porekla pluća, želuca, dojke, malignog melanoma ili limfom kao i da li je primarni tumor radikalno operisan ili je načinjena samo palijativna operacija. Nadbubrežnu žlezdu moguće je operisati tzv. "klasičnim" pristupom tj. laparotomijom, lumbotomijom ili dorzalnim pristupom po Young-u ili laparoskopski (transperitonealno ili retroperitonealno). I jedan i drugi pristup imaju svoje prednosti i nedostatke. Nedostaci tzv. "klasičnog" pristupa su veći operativni rez, duži postoperativni period, veća učestalost postoperativnih komplikacija. Prednosti laparoskopskog pristupa su sve one koje su nedostaci "klasičnog" pristupa, a posebno uvećano operativno polje zbog optike. Autor će uvodnim predavanjem, a na osnovu iskustva Centra za endokrinu hirurgiju da ovu dilemu razreši.

### ZNAČAJ INFEKTIVNIH BOLESTI U XXI VEKU: OD ZABLUDA DO ISTINE

*Dragan Delić*

KCS BEOGRAD, KLINIKA ZA INFEKTIVNE I TROPSKE BOLESTI

Infektivne bolesti mogu biti paradigma vremena u kojem živimo: na jednoj strani su mnogobrojni i višeznačni problemi koje one svakodnevno donose (epidemioški, klinički, terapijski, ekonomski, socijalni, etički itd), a na drugoj strani su naše mogućnosti da se tim izazovima efikasno suprostavimo i da ih, na neki način, držimo pod kontrolom (sophisticirana dijagnostika, nespecifične i specifične preventivne mere, moćna antimikrobna terapija itd). Ova „ravnoteža“ opstaje decenijama ali je u suštini krhka i promenljiva zahvaljujući, pre svega, nerazumnom ponašanju i aktivnostima ljudi: nesprovođenje vakcinalnog programa, široka i nekritička upotreba antibiotika, ekološke promene, migracije, siromaštvo i malnutricija, redistribucije vektora koje prenose infektivne agense, neefikasni zdravstveni sistemi, itd.

Ukupno gledano, akutne respiratorne infekcije, dijarealna bolest, male boginje, malarija, HIV infekcija i tuberkuloza su šest vodećih infektivnih bolesti koje najčešće dovode do smrtnog ishoda, pre svega, u zemljama u razvoju. Kontrola ovih bolesti je moguća sa poboljšanjem sistema javnog zdravstva (sanitetske mere, voda, ishrana), edukacijom i imunizacijom stanovništva. Druge infektivne bolesti su se pojavile, između ostalog, zbog promena u epidemilogiji mikroba i njihovih vektora. Uzroci su različiti i uključuju mutaciju patogena, porast virulencije (npr. influenca), antimikrobnu rezistenciju (npr. multirezistentni *Mycobacterium tuberculosis*), ekološke promene koje utiču na distribuciju vektora koji prenose infektivne agense (npr. *Shistosomiasis*), promene u agrikulturi (npr. *ne-tifusna salmonelozna infekcija*), porast putovanja (npr. *Cholera 0139*), ratovi, klimatske promene, insuficijencija mera u javnom zdravstvu (npr. *denga*) i pokretanje populacije u područja gde transmisija postaje moguća (npr. virusne hemoragične groznice). U principu, pojava „novih“ infektivnih bolesti i vraćanje „starih“ je uzrokovano multifaktorijskim razlozima, ali uticaj ljudi na globalni ekosistem je često od centralne važnosti.

Od 1988 do 2007. godine otkriveno je 19 mikroorganizama koji uzrokuju značajan morbiditet i mortalitet u humanoj populaciji, npr. hepatitis C virus (200 miliona ljudi u svetu ima hroničnu infekciju jetre!), Sin Nombre virus, humani herpesvirus-8, Nipah virus, Hanta virus, SARS coronavirus, *Ehrlichia chaffeensis* itd. U ovom

trenutku, bar 27 virusa ima epidemijski potencijal sa mogućnostima daljih mutacija ili preraspodelom genetičkog materijala sa drugim virusima, životinjskog ili humanog porekla, što može rezultirati težim kliničkim tokom bolesti i većom smrtnošću. Sa druge strane, i pored preduzetih preventivnih mera, nije došlo do planirane eradikacije nekih virusnih bolesti, npr. malih boginja ili dečije paralize. Štaviše, zbog nedoslednosti u sprovođenju programa obavezne imunizacije, i u visokorazvijenim zemljama sveta, došlo je do ponovne pojave obolelih od velikog kašlja, malih boginja ili zaušaka.

## HIV INFEKCIJA

*Miodrag Vrbić*

KC NIŠ, KLINIKA ZA INFEKTIVNE BOLESTI

Sindrom stečene imunodefijencije (AIDS) predstavlja deficijenciju ćelijski-posredovanog imunskog odgovora koja se klinički prezentuje razvojem oportunističkih infekcija i tumora. Uzročnik, virus humane imunodefijencije (HIV) pokazuje tropizam ka CD 4+ limfocitima, a složen patogenetski odnos između njegove replikacije, destrukcije inficiranih ćelija i statusa specifičnog imunskog odgovora prolazi kroz tri faze: fazu primarne infekcije, hronične kliničke latencije i, na kraju, manifestne bolesti. Primarna HIV infekcija se najčešće manifestuje prolaznim, nespecifičnim simptomima infektivne mononukleoze. Sledstvena, višegodišnja faza latencije je u svom početku asimptomatska ili sa prisutnom perzistentnom generalizovanom limfadenopatijom, nakon čega može biti praćena stanjima koja indikuju defekt ćelijski-posredovanog imuniteta, mogu se „pripisati“ HIV infekciji ili se smatra da im je njome izmenjen klinički tok i tretman. Manifestna bolest se karakteriše, pre svega, infekcijama intracelularnim mikrobnim agensima (obično već prisutnim u našem organizmu) i njima indukovanim malignitetima, zbog visoke specifičnosti definisanim kao AIDS-indikatora stanja. Istovremeno, progresije infekcije određuju i njeni laboratorijski markeri: kvantifikacija HIV nukleinskog materijala u plazmi i određivanje broja CD 4 ćelija u perifernoj krvi. Zajedno sa testovima mikrobne rezistencije, omogućavaju i praćenje tretmana infekcije. Postojeći antiretroviroci u svojim kombinaciji (HAART), delujući na različite faze životnog ciklusa virusa, uspešno suprimiraju njegovu replikaciju, što je praćeno imunskim oporavkom i, u krajnjoj instanciji, gotovo nesmanjenim životnim očekivanjima obolelih u odnosu na ostalu populaciju.

## MESTO I PODRŠKA PSIHIJATARA U DETEKCIJI I LEČENJU HHC KOD IV ZAVISNIKA-VIĐENJE INFEKTOLOGA

*Maja Jovanović*

KC NIŠ, KLINIKA ZA INFEKTIVNE BOLESTI

Najznačajniji etiološki faktor hronične bolesti jetre koja progredira u terminalnu hepatičnu insuficijenciju je infekcija hepatitis C virusom (HCV). Procenjuje se da oko 3% svetske populacije ima hroničnu HCV infekciju. Intravenska (iv) zloupotreba droge glavni je uzrok transmisije HCV. Međutim, najnovije epidemiološke studije uključuju i oralnu upotrebu „crack-a“ kao potencijalno nezavisnog faktora rizika od HCV infekcije. Velika je verovatnoća da su za ovo odgovorne ranice na oralnoj sluzokoži, kao i pribor za korišćenje „crack-a“. Poslednjih 20 godina postalo je očigledno da opijati imaju značajan efekat na imuni odgovor domaćina. Naime, rezultati pojedinih eksperimentalnih studija pokazali su da morfin može ubrzati replikaciju HCV u hepatocitima. Sa druge strane, uočeno je da u toku hronične HCV infekcije, antigen specifični citotoksični T-limfociti mogu imati izvesnu kontrolu nad virusnom replikacijom, ali i da mogu biti odgovorni za progresivno oštećenje jetre karakteristično za hronični hepatitis C (HHC). Pored toga, izvesno je da hronična upotreba opijata vodi ka većem riziku od virusne infekcije, ubrjava virusnu replikaciju, dovodi do većeg oštećenja jetre jer smanjuje nivo glutaciona u hepatocitima i dovodi do većeg stepana fibroze.

## UTICAJ ANTIRETROVIRUSNE TERAPIJE I KOINFEKCIJA B I C HEPATITISOM NA BIOHEMIJSKE PARAMETRE JETRINE FUNKCIJE KOD OBOLELIH OD AIDS-A

Vesna Mihailović

KLINIČKI CENTAR NIŠ, KLINIKA ZA INFEKTIVNE BOLESTI

UVOD: AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) je terminalna faza hronične infekcije virusom humane imunodeficijencije (HIV). Tokom protekle 3 decenije AIDS je prvi put opisan kao novi klinički entitet 1981, kada je u Morbidity and Mortality Weekly Report, a kasnije i u New England Journal of Medicine, (Gottlieb 1981a, Gottlieb 1981b, Masur 1981, Siegal 1981) publikovano 3 slučaja stečene Pneumocistis pneumonije (PCP) kombinovano sa oralnom kandidozom i perinalnim herpesom kod prethodno zdravih homoseksualaca.

Broj HIV/AIDS bolesnika se svakodnevno povećava. Takođe rastu i problemi vezani za terapiju, njenu toksičnost, rezistenciju na postojeću terapiju i nepostojanje vakcine. Najčešći klinički problemi vezani su za poremećaje jetrinih funkcija, u kontekstu interakcije lekova, toksičnosti antiretrovirusne terapije i koinfekcija virusima hepatitisa B i C.

MATERIJAL I METODE: Radom je obuhvaćeno 43 HIV/AIDS bolesnika i to 34 muškarca i 9 žena. Kliničkim pregledom svih ispitanika nije bilo odstupanja od urednog fizikalnog nalaza, takođe nisu zapažene hepatomegalija, ikterus, povišena temperatura i dispeptične smetnje. Ispitanici su podeljeni u 3 grupe prema načinu transmisije i to: I grupa- homoseksualni put, II grupa - heteroseksualni put, III grupa- intravensko korišćenje psihoaktivnih supstanci. Kod svih bolesnika praćeni su sledeći parametri: pol, godine starosti, dužina lečenja antiretrovirusnom terapijom, vrsta antiretrovirusne terapije, prisutnost koinfekcije hepatitisa B virusom, prisustvo koinfekcije hepatitisa C virusom, broj CD4 Tly, AST, ALT, ukupni bilirubin, AF, GGT, LDH, trigliceridi, holesterol. Hronična HIV/HBV koinfekcija prisutna je kod 5 bolesnika, dok je hronična koinfekcija virusom C hepatitisa prisutna kod 17 bolesnika. Istovremena hronična koinfekcija virusima B i C hepatitisa prisutna je kod 2 bolesnika.

Za statističku analizu dobijenih rezultata korišćene su metode deskriptivne statistike (srednja vrednost, standardna devijacija, koeficijent varijacije), koeficijent korelacije, MANOVA test, Studentov t-test i X2 test.

Zaključak: iz dobijenih rezultata može se zaključiti da su najveća oštećenja jetre kod HIV bolesnika na antiretrovirusnoj terapiji, koji su intravenski narkomani koinficirani HIV/HCV koinficirani.

## EPIDEMIOLOGIJA I PREVENCIJA BOLNICKIH PROLIVA KOJE IZAZIVA CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Biljana Mijović

UNIVERZITET U ISTOČNOM SARAJEVU, MEDICINSKI FAKULTET FOČA, ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVLJE UŽICE

*Clostridium difficile* je anaerobna, gram – pozitivna, sporogena bakterija čije spore mogu veoma dugo opstati i spoljašnjoj sredini i ona se smatra najznačajnijim uzročnikom proliva u bolničkoj sredini. Spektrum bolesti prouzrokovane *Clostridium difficile* – om kreće se od dijareje, do pseudomembranoznog kolitisa i toksičnog megakolona. Posle 2000. godine je povećana učestalost ovih oboljenja u mnogim zemljama. Ove bolničke infekcije značajno uvećavaju dužinu i troškove lečenja, a mogu dovesti i do neželjenog ishoda lečenja. *Clostridium difficile* luči dva glavna toksina A i B i dijagnoza se najčešće postavlja njihovim dokazivanjem u stolici. Najvažniji faktori rizika za nastanak oboljenja su: uzrast 65 godina i stariji, terapija antibioticima, teško osnovno oboljenje, plasiranje nazogastrične sonde, abdominalne hirurške intervencije i produžena hospitalizacija. Mere prevencije i kontrole širenja oboljenja u bolničkoj sredini uključuju izolaciju pacijenata, higijenu ruku, nošenje zaštitne opreme, pranje i dezinfekciju površina i medicinske opreme, racionalnu primenu antibiotika, kao i određene mere tokom epidemija.

Stopu incidencije moguće je smanjiti racionalnom upotrebom antibiotika, pravovremenom dijagnozom i terapijom, kontaktnom izolacijom obolelih osoba i dobrom edukacijom medicinskog i nemedicinskog osoblja.

## SAVREMENI MODEL PRIJEMNO-DISTRIBUTIVNOG CENTRA U SRBIJI - CALL CENTAR GRADSKOG ZAVODA ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ BEOGRAD

*Sladana Anđelić*

GRADSKI ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ BEOGRAD

Gradski Zavod za hitnu medicinsku pomoć (GZZHMP) je visoko specijalizovana ustanova, koja pruža medicinske usluge u oblasti zbrinjavanja teško povređenih i kritično obolelih. Osnovna delatnost GZZHMP je primanje poziva preko telefonskog broja "194", za hitne medicinske intervencije na teritoriji deset centralnih opština grada Beograda, njihova obrada, izlazak mobilnih lekarskih ekipa na intervenciju, kao i davanje medicinskih saveta građanima preko izdvojenih telefonskih brojeva. Savremeni call centar Zavoda funkcioniše po svetskim standardima i poseduje: podsistem za lociranje dolaznih poziva i praćenje zlonamernih poziva, podsistem za snimanje razgovora, podsistem za distribuciju primljenih poziva dispečeru koji izdaje naloge za lekarsku intervenciju ekipama na terenu prema stepenu hitnosti i sistem za praćenje vozila GPS sa geografskim informacionim sistemom. Na telefonskoj centrali rade operateri (lekari, medicinski tehničari) sa dugogodišnjim iskustvom na terenu i u call centru. Svi operateri su prošli obaveznu obuku za rad na računaru, vođenju razgovora sa pacijentima i stručnim uputstvima za primanje poziva. Trijaža i prijem poziva obavlja se po evropskim standardima na osnovu norveških protokola. Operater poziv prima na osnovu elektronskog obrasca trijažnih algoritama iz Indeksa urgentnog zbrinjavanja. Procenjen kao hitan, poziv se automatski prosleđuje dispečeru. Rangirani po prioritetu, pozivi su naznačeni drugim bojama (crvena za hitan poziv, žuta za poziv drugog reda hitnosti, zelena za poziv trećeg reda hitnosti-rezervacija transporta). Pozivi istog prioriteta su rangirani po vremenu prijema. Poštujući stepen prioriteta poziva, dispečer upućuje najbližu raspoloživu ekipu na intervenciju. U donjem delu dispečerskog ekrana je spisak obavljenih intervencija po lekarskim ekipama. Ispred dispečera su tri ekrana: jedan rezervisan za prijem i distribuciju poziva, drugi sa mapom grada i JPRS sistemom praćenja ekipa, i treći rezervisan za koordinatora call-centra, koji konroliše rad dispečera, odgovara na urgencije pacijenata i daje instrukcije pozivaocu do dolaska ekipe GZZHMP. Takođe, koordinator ima i mogućnost prijema poziva sa direktnih telefonskih linija MUP-a, vatrogasnih službi, Skupštine grada i kontakata sa dežurnim bolnicama. U funkciji je i sistemu telemedicinskih metoda u prehospitalnom zbrinjavanju akutnih srčanih oboljenja. Za ove potrebe Zavoda kreiran je informaciono-komunikacioni sistem koji se sastoji iz nekoliko podsistema. Pri planiranju i dizajniranju ove savremene tehnologije, cilj je bio da se u elektronskom obliku obuhvati kompletan proces pružanja hitne medicinske pomoći, od poziva pacijenta, njegovog lociranja prema telefonskom broju sa kojeg je poziv upućen, određivanja lokacije najbližeg vozila službe HMP, njegovog slanja na intervenciju i prikupljanja podataka o samoj intervenciji sa terena. Svi podaci su deponovani u specijalno dizajniranoj bazi podataka sa mogućnošću trajnog čuvanja mikrofilmovanjem istih. Ovo je internacionalno prepoznatljiv sistem dispečarskog prosleđivanja poziva primljenih na telefonskoj centrali po prioritetu hitnosti ambulantnim vozilima, već usvojen i prihvaćen u mnogim zemljama.

## POVREDE ŠAKE – SAVREMENI PRISTUP LEČENJU

*Ljubomir Panajotović*

VSMŠ "M. MILANKOVIĆ", BEOGRAD

Naizgled ne tako značajne, jer ne ugrožavaju život, povrede šake, tog, uz mozak, najvećeg dara prirode čoveku, često iziskuju dugotrajno lečenje, a njihove posledice mogu u znatnoj meri ugroziti kvalitet privatnog i profesionalnog života čoveka.

Koncept rane hirurške obrade i rekonstrukcije svih oštećenih tkiva i struktura dramatično je promenio pristup hirurgiji povređene šake. Adekvatna rana primarna obrada omogućila je pomeranje faze rekonstrukcije sa odloženih elektivnih postupaka ka primarnim rekonstrukcijama na sam dan povređivanja kod gotovo svih vrsta povrede šake različite etiologije. Primarna rekonstrukcija kod povreda kože šake je uslov rekonstrukcije i zarastanja mehanički povređenih tetiva i živaca (sutura, transpozicija, transplantacija) i kosti. Traumatski defekt vrha prsta zatvara se primarno, lokalnim režnjevima radi očuvanja senzibiliteta vrha prsta. Kod dubokih opekotina šake rane tangencijalne ekscizije, autotransplantacija kože, funkcionalni splintovi i rana fizioterapija su najbolja prevencija kontraktura. Kod ekstenzivnih traumatskih defekata mikrohirurški transfer jednodivnih ili kompleksnih režnjeva kože, mišića, kosti i zglobova omogućava jednovremenu ranu rekonstrukciju više struktura. Replantacija traumatski amputiranih delova ili šake u celini ima velike šanse za uspeh ukoliko se

revaskularizacija izvede što pre, pri čemu je veoma važan način i brzina transporta povređenog i amputiranog dela do replantacionog centra.

Trend ranih rekonstrukcija sa dokazano superiornim funkcionalnim i estetskim rezultatima, kraćim lečenjem i bržom rehabilitacijom zahteva više medicinske standarde u pogledu organizacije, materijalnih (odgovarajući hirurški materijal, instrumentarijum i tehniku) i ljudskih resursa (specijalizovan hirurg, anestezija i drugo osoblje). Ovo podrazumeva i neprekidno postoperativno praćenje vaskularizacije i zaštitu od postoperativne infekcije.

## **MULTIDISCIPLINARNI PRINCIP U DIJAGNOSTICI I LEČENJU METASTAZA KOLOREKTALNOG KARCINOMA U JETRI**

*Miroslav Stojanović*

MEDICINSKI FAKULTET NIŠ

Zahvaljujući svojoj građi, funkciji i anatomskoj poziciji, jetra predstavlja prvo mesto metastaziranja kolorektalnog karcinoma (CRC). Statistike pokazuju da kod svakog drugog pacijenta obolelog od kolorektalnog karcinoma dolazi do razvoja metastaza u jetri. Otprilike 20-25% pacijenata ima metastaze CRC u jetri već u momentu postavljanja dijagnoze primarnog tumora /sinhrone metastaze/. U istom procentu se metastaze javljaju unutar 2 godine od resekcije primarnog tumora /metahrone metastaze/. U relativno malom procentu /20 do 25%/ pacijenata je moguće uraditi primarnu resekciju metastaza. Prosečna dužina života kod nelečenih pacijenata sa metastazama CRC meri se mesecima, dok je petogodišnje preživljavanje manje od 3%. Pacijenti lečeni samo hemioterapijom, i pored primene najsavremenijih sredstava (Folfox i Folfiri protokoli, biološka terapija sa monoklonalnim anti-EGF i anti-vEGF antitelima...) imaju prosečno preživljavanje od maksimalno 20 meseci, sa stopom petogodišnjeg preživljavanja od 10-15%. Nasuprot tome, resekciona terapija hepatičnih metastaza pacijentima daje šanse za petogodišnje preživljavanje od 21 do 58%. - evidentno veće u poređenju sa nelečenim ili pacijentima tretiranim sistemskim hemioterapijom. Uz to, većina pacijenata koji prežive 5 godina ostaju bez pojave recidiva dugo vremena. Prosečna dužina života pacijenata sa metastazama CRC u jetri iznosi 40 meseci, dok je prosečni period bez pojave recidiva 30 meseci

Zbog toga su postavljeni i ciljevi simpozijuma:

1. Upoznati polaznike sa savremenom epidemiologijom, etiologijom i patogenezom kolorektalnog karcinoma.
2. Prikazati protokole skrininga i dijagnostike kolorektalnog karcinoma i njegovih metastaza u jetri.
3. Ukazati na mogućnosti hirurškog i onkološkog lečenja ovih pacijenata uz neophodnost multidisciplinarnog pristupa.
4. Upoznati polaznike sa radom onkološkog konzilijuma koji se bavi ovom patologijom.

## **GERONTOSTOMATOLOGIJA U SVAKODNEVNOJ KLINICKOJ PRAKSI**

*Ivica Stančić*

STOMATOLOŠKI FAKULTET, BEOGRAD

Gerontostomatologija iz godine u godinu sve više dobija na značaju. Prateći razvoj ove stomatološke discipline u svetu i u našoj zemlji se sve više terapijski modliteti prilagođavaju specifičnim okolnostima vezanim za opšte i oralno stanje zdravlja pacijenata starije dobi. Funkcionalna sposobnost pacijenata starije dobi diktira stepen i dinamiku terapijskih intervencija u stomatologiji. Funkcionalna nesposobnost najčešća je među starima zbog postojanja više hroničnih bolesti istovremeno, odnosno „komorbiditeta“. Statistički gledano, najčešće su to kardiovaskularne bolesti (preboleli srčani udar, šlog), plućne bolesti (hronični bronhitis), maligne bolesti, kao i reumatološke bolesti. Iz tog razloga primat sve više poprimaju neinvazivne i jednostavne zubne nadoknade koji ne zahtevaju brojne dolaske i dugotrajne intervencije u ustima pacijenata starije dobi. Psihološka sfera ovih pacijenata opsednuta brojnim hroničnim bolestima uglavnom i ne obraća pažnju na loše stanje oralno zdravstvenog statusa. Zato treba nastojati da im se objasni značaj sprovođenja adekvatne oralne higijene, kao i sanacije patoloških promena u usnoj duplji uz adekvatnu protesku rehabilitaciju optimalnim terapijskim rešenjem. Nametanje izrade nove zubne nadoknade može dodatno ugroziti kvalitet života pacijenata starije dobi, iako postojeće zubne nadoknade ne zadovoljavaju osnovne funkcionalne, preventivne i estetske zahteve. U tom smislu od značaja su kliničke intervencije koje podrazumevaju postepeno modifikovanje postojećih zubnih



nadoknada sa ciljem da uklone uzroci koji su već doveli do neželjenih posledica na potpornim tkivima. Dijagnostičke modifikacije se mogu izvesti kako na proteznoj bazi tako i na veštačkim zubima. Tek kada se pacijent adaptira na modifikovanu zubnu nadoknadu, izrađuje se nova koja će je u potpunosti kopirati. Smanjena funkcionalna sposobnost pacijenata starije dobi, kao i upotreba većeg broja lekova, nameće potrebu za opreznijim i prilagođenim pristupom kod planiranja i obavljanja stomatoloških intervencija kod pacijenata u trećem životnom dobu.

## **KOJIM PUTEM U ZBRINJAVANJU ABRAZIJE ZUBA**

*Rade Živković*

STOMATOLOŠKI FAKULTET UNIVERZITETA U BEOGRADU, KLINIKA ZA STOMATOLOŠKU PROTETIKU

Abrazija zuba predstavlja prekomerno trošenje čvrstih struktura zuba. Pacijenti sa abradiranim zubima su česti u stomatološkim ordinacijama. Abradirani zubi u ustima uslovljavaju i funkcionalne i estetske probleme. Prekomerna osetljivost zuba na termičke i hemijske nadražaje i narušena estetika su i razlozi obraćanja pacijenta stomatologu. Etiološki faktori abrazije zuba su brojni: prekomerno i neumereno korišćenje abrazivne ishrane i kiselih napitaka (gazirani sokovi, coca cola, limunada), parafunkcije (bruksizam, stiskanje zuba), upotreba pretvrdih četkica sa abrazivnim zubnim pastama, loše tehnike pranja zuba, profesije vezane za teške fizičke napore, jatrogeni faktori (brušenja antagonista u cilju reokludacije zubnih nadoknada, neglazirane keramičke zubne nadoknade naspram prirodnih zuba...), prevremeni okluzalni kontakti praćeni inkoordiniranom hiperkontrakcijom mišića elevatora donje vilice, loše navike, stres, sasvim retko, urođena oboljenja zubnih tkiva (amelogenesis imp., dentinogenesis imp.) ili stečena smanjena tvrdoća zuba (fluorosa dentis). Danas nema starosnih granica pojave abrazije zuba, a može se konstatovati da su to vrlo često veoma mlade osobe. Klinička slika abrazije pokazuje veliku raznolikost. Novi stomatološki materijali, danas daju nove terapijske mogućnosti u zbrinjavanju abrazijom oštećenih zuba. Uterapiji se mogu koristiti metalokeramičke ili keramičke krunice i direktne ili indirektne kompozitne restauracije. Preventivne procedure bi takođe mogle dati doprinos u sprečavanju ili zadržavanju abrazivnih promena na zubima.

## **KLINIČKE I METABOLIČKE KARAKTERISTIKE U PODGRUPI METABOLIČKI ZDRAVIH GOJAZNIH ADOLESCENATA**

*Dragan Zdravković*

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

Gojaznost dece i adolescenata je jedan od najozbiljnijih javno-zdravstvenih problema u većini zemalja sveta. Mnoge od metaboličkih i kardiovaskularnih komplikacija gojaznosti, pre svega poremećaj tolerancije na glukozu, tip 2 dijabetesa melitusa, hipertenzija i dislipidemija, razvijaju se već tokom detinjstva i adolescencije. U literaturi opisana jedinstvena podgrupa „metabolički zdravih gojaznih osoba“ kod kojih je rizik od razvoja metaboličkih komplikacija znatno manji.“ Ove osobe, uprkos ekscesivnoj gojaznosti, pokazuju povoljan metabolički profil sa visokim nivoom insulinske senzitivnosti, povoljan lipidni, hormonski i inflamacioni profil, normalne enzime jetre i normalan krvni pritisak. Uprkos povoljnom metaboličkom profilu dosadašnje studije nisu dokazale nižu stopu mortaliteta u ovoj podgrupi gojaznih osoba. Metabolički zdrave gojazne osobe, iako u manjem riziku za metaboličke komplikacije gojaznosti, imaju kraći očekivani životni vek od osoba sa normalnom težinom. Prirodno je zapitati se o kliničkom značaju identifikacije metabolički zdravih gojaznih, kada uprkos manjoj učestalosti tipa 2 dijabetesa melitusa i drugih metaboličkih poremećaja, mortalitet ovih osoba odgovara mortalitetu u celokupnoj populaciji gojaznih, i samim time je neophodno lečenje, odnosno redukcija telesne mase kao i kod ostalih gojaznih. Kod metabolički zdravih gojaznih uočeni su drugačiji rezultati u lečenju, uključujući i značajno bolji terapijski učinak fizičke aktivnosti u odnosu na ostale gojazne osobe. Takođe, u istraživanju uticaja hipokalorijske dijeta na metabolički profil metabolički zdravih gojaznih posle šest meseci došlo je do smanjenja senzitivnosti na insulin, za razliku od ostalih gojaznih kod kojih je došlo do smanjenja rezistencije na insulin. Ovi nalazi ukazuju na potrebu za daljim istraživanjima u kojima bi metabolički zdravi gojazni bili posebno posmatrani u cilju određivanja najboljih postupaka u lečenju ove grupe gojaznih.

Takođe, istraživanja u cilju određivanja činioca koji štite metabolički zdrave gojazne od metaboličkih komplikacija gojaznosti su neophodna radi boljeg uvida u patogenetske procese u osnovi nastanka metaboličkog sindroma i drugih komplikacija gojaznosti.

## PREVENCIJA GLOBALNOG KARDIOMETABOLIČKOG RIZIKA KOD GOJAZNIH

*Dragana Tomić-Naglić*

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

Gojaznost dovodi do brojnih komplikacija, koje pogađaju sve organske sisteme. Uloga gojaznosti u razvoju kardiovaskularnih oboljenja je kompleksna. Porast telesne mase dovodi do porasta volumena krvi, kao i do porasta aktivnosti simpatikusa, što rezultuje porastom krvnog pritiska. Povećava se viskoznosti krvi, nivo fibrinogena, inhibitora aktivatora plazminogena (PAI-1) i S-reaktivnog proteina (CRP), koji dodatno remete reološke mogućnosti. Promene mase i geometrije srca dovode do hipertrofije zida leve komore. Framingamska studija je pokazala da je telesna masa prediktivna u odnosu na razvoj infarkta miokarda, kongestivne srčane slabosti, ateroskloze i pojavu nagle smrti, a procenjeno je da bi smanjenje telesne mase za 20% redukovalo rizik koronarnog događaja za 40%. Među osobama sa hipertenzijom, 76% njih ima prekomernu telesnu masu i gojaznost. U patogenezi hipertenzije u gojaznosti, značajne su retencija natrijuma, akumulacija natrijuma i kalcijuma u glatkim mišićnim ćelijama, hipertrofija zida krvnog suda, vazokonstrikcija i povećan minutni volumen srca, a većinu pomenutih efekata favorizuje hiperinsulinemija i poremećena funkcija sistema renin-angiotenzin. Gojaznost prati endotelijalna disfunkcija što doprinosi razvoju ateroskleroze i hipertenzije.

Poremećaj metabolizma lipida i lipoproteina prisutan je kod 30% gojaznih. Najčešće dolazi do razvoja hiperholesterolemije, hipertigliceridemije, pada nivoa protektivnog HDL-holesterola i porasta nivoa LDL-holesterola, sa povećanim udelom malih, gustih LDL-čestica.

Tip 2 dijabetesa se razvija kao jedna od posledica gojaznosti, naročito centralnog tipa. Od ukupnog broja obolelih od dijabetesa tipa 2, 80-90% njih je gojazno. Rizik razvoja dijabetesa povećava se sa porastom telesne mase.

Gojaznost dovodi i do komplikacija na gastrointestinalnom sistemu. U vezu sa gojaznošću najčešće se dovode reflukсни ezofagitis i hijatus hernija, usled mehaničkog opterećenja abdominalnih organa uvećanim masnim tkivom. Kod gojaznih žena se vrlo često dijagnostikuje holelitijaza, usled povećanog priliva slobodnih masnih kiselina (SMK) u jetru, povećane sinteze i ekskrecije holesterola. Povećan influks SMK dovodi i do razvoja steatoze jetre, koja može da progredira do ciroze.

Prekomerna telesna masa predstavlja mehaničko opterećenje koje dovodi do razvoja brojnih koštano-mišićnih poremećaja, poput osteoartritisa kolena i kuka i hernija intervertebralnih diskusa. U razvoju osteoartritisa, gojaznost doprinosi i podsticanjem metaboličkih promena hrskavice i koštanog tkiva.

Gojaznost je udružena i sa respiratornim poremećajima, kao što su astma, hronična opstruktivna bolest pluća i sleep apnea. Masne naslage na zidovima abdomena i grudnog koša otežavaju disajne pokrete. Sindrom opstruktivne apneje u toku sna (sleep apnea) posledica je hipertrofije mekih tkiva gornjih delova respiratornog trakta, a sindrom alveolarne hipoventilacije posledica je inflamacije uzrokovane citokinima na nivou alveokapilarne membrane.

Potvrđena je veća učestalost pojedinih vrsta maligniteta u gojaznih osoba u odnosu na one normalno uhranjene. To su karcinoma dojke (posebno nakon menopauze), zatim karcinoma endometrija, grlića materice, ovarijuma i karcinoma žučne kesice kod žena, odnosno karcinoma debelog creva i prostate kod muškaraca.

U gojaznih osoba češće se javljaju i reproduktivni poremećaji, kao što su usporena spermatogeneza kod muškaraca, odnosno anovulacija, amenoreja, sindrom policističnih ovarijuma, kod žena. Kod gojaznih trudnica češće su gestoze, i abnormalnosti placente i ploda.

Kako je uvećana masna masa glavni uzrok nabrojanih komplikacija gojaznosti, smanjenje udela masne mase u telesnoj kompoziciji dovodi do smanjenja učestalosti komplikacija, kao i korišćenje pojedinih kardioprotektivnih lekova.

## ZNAČAJ PREVENCIJE I RANE DIJAGNOSTIKE HRONIČNIH KOMPLIKACIJA ŠEĆERNE BOLESTI

*Milena Mitrović*

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

U Svetu od šećerne bolesti boluje više od 350 miliona bolesnika sa tendencijom porasta broja novodijagnostikovanih. Značaj dijabetesa ogleda se ne samo u broju obolelih, nego i u činjenici da se radi o hroničnom obolenju koje tokom svoje evolucije dovodi do razvoja hroničnih komplikacija, a koje značajno remete kvalitet života dijabetičkih bolesnika, povećavaju troškove lečenja, morbiditet i mortalitet ove populacije bolesnika. U tome se ogleda i njegov veliki sociomedicinski i socioekonomski značaj. U patogenezi hroničnih komplikacija svakako da hiperglikemija ima vodeću ulogu, a pre svega u nastanku mikrovaskularnih komplikacija, dok u nastanku makrovaskularnih komplikacija u osnovi leži proces ateroskleroze u čijem nastanku imaju veliki značaj konvencionalni i nekonvencionalni K-V faktori rizika (hipertenzija, pušenje, gojaznost, starenje, insulinska rezistencija, dislipidemija, inflamacija, itd). Dijabetična retinopatija predstavlja vodeći uzrok slepila kod dijabetičkih bolesnika, polineuropatija je vodeći uzrok netraumatskih amputacija donjih ekstremiteta, dok je dijabetična nefropatija vodeći uzrok terminalne bubrežne insuficijencije. K-V bolesti su 2 do 4 puta češće kod dijabetičkih bolesnika, pri čemu prisustvo nefropatije povećava rizik za K-V bolesti i do 40 puta.

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

## SAVREMENA TERAPIJA TIPA 2 DIJABETESA

*Miodrag Dorđević*

OPŠTA BOLNICA ZAJEČAR ZAJEČAR, INTERNISTIČKA SLUŽBA

Tip 2 dijabetesa čini više od 90% oboljevanja od dijabetesa a kako je oboljevanje od dijabetesa sve veće predstavlja veliki klinički izazov kako za lekare opšte medicine tako i za većinu specijalističkih grana. Adekvatna terapija koja bi dovela do dobre glikoregulacije većine obolelih dovela bi do značajnog smanjenja pojave komplikacija a samim tim i troškova lečenja. Poslednjih godina pojavljuju se novi lekovi u terapiji tipa 2 dijabetesa i neki od njih već su registrovani u Srbiji tako da je njihova adekvatna primena prioritet u dijabetologiji. Planira se da se učesnici upoznaju sa konsenzusom ADA i EASD o terapiji tipa 2 dijabetesa i svaki pristup lečenju adekvatno razmotri i objasni. Polaznici će biti upoznati sa principima insulinske terapije, doziranjem insulina, savremenim terapijskim šemama. Biće prikazana razlika u farmakokinetici humanih insulina i insulinskih analoga. Edukacija će se sastojati iz dva predavanja i radionice u kojoj će na primerima realnih bolesnika a biti prikazani principi lečenja osoba sa tipom 2 dijabetesa.

## PROIZVODNJA I UPOTREBA ZDRAVSTVENO BEZBEDNOG POVRĆA

*Dorđe Moravčević*

POLJOPRIVREDNI FAKULTET UNIVERZITETA U BEOGRADU

U intenzivnoj poljoprivrednoj proizvodnji, koja je dominantna, osnovni cilj je ostvarivanje većeg profita. U takvom sistemu proizvodnje umanjuje se značaj nutritivnog kvaliteta i zdravstvene bezbednosti hrane, što nepovoljno utiče na zdravlje čoveka i ekosistem.

U povrće spadaju biljke koje se koriste za ishranu, kako u svežem, tako i na različite načine prerađenom obliku. To su biljke raznog biohemijskog sastava koje imaju veoma važnu ulogu za normalno funkcionisanje čovekovog organizma. Biljni metaboliti (vitamini, flavonoidi, glukosinolati), organska jedinjenja i mineralne materije doprinose hranljivoj i lekovitoj vrednosti povrća. Hemijski sastav povrća definisan je vrstom,

sortimentom i načinom gajenja. Preporučeni dnevni unos svežeg povrća za odraslog čoveka je od 300 do 400g. Zbog ove činjenice od posebnog je značaja njihov nutritivni kvalitet i zdravstvena ispravnost. Povrće se gaji u bašti, na njivi i u zaštićenim prostorima (plastenici, staklenici). Usled potrebe za povrćem veće nutritivne vrednosti i zdravstvene bezbednosti, način njegove proizvodnje, u novije vreme, sve je više definisan principima dobre poljoprivredne prakse koji su integrisani u zakonske regulative i standarde koji tu proizvodnju prate (Globagap, IFS, HACCP). U Srbiji standardi koji prate proizvodnju na njivi još uvek nisu obavezni, tako da potrošač hrane (povrće i voće) nema garantni dokument o zdravstvenoj ispravnosti iste. I pored toga, zahvaljujući intenzivnim edukacijama proizvođača povrća, zatim skupim inputima, kao i samosvesti proizvođača zdravstveni problemi nastali konzumiranjem povrća na sreću nisu česti. Takođe treba istaći, da standardizacija te probleme neće značajno umanjiti, ali će problem locirati (pojedinačna odgovornost) i onemogućiti ponovljivost istog.

## **ANTROPOMETRIJSKI PARAMETRI KAO FAKTORI RIZIKA ZA NASTANAK RAKA DOJKE U ŽENA**

*Biljana Kocić*

MEDICINSKI FAKULTET UNIVERZITETA U NIŠU, INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE NIŠ

Epidemiološke studije ukazuju na povezanost različitih antropometrijskih parametara, kao što su telesna visina, masa, indeks telesne mase, distribucija masti i sl. i rizika za nastanak raka dojke u žena, u zavisnosti od menopauzalnog statusa, hormonske terapije i drugih faktora. Za žene u premenopauzi, podaci ukazuju da veće vrednosti telesnih visina povećavaju rizik dok veće vrednosti telesnih masa i indeksa telesne mase snižavaju rizik, i da ne postoji veza sa centralnim tipom gojaznosti. U poslemenopauznih žena, veće vrednosti telesnih visina, masa, indeksa telenih masa, odnosa kuk-struk, obima struka i gojaznost, povećavaju rizik za nastanak raka dojke. Gubitak u telesnoj masi značajno snižava rizik, naročito u kasnijim godinama života. Mogući mehanizmi delovanja ovih faktora objašnjavaju se kompleksnim hormonskim i genetskim uticajima. Dosadašnji podaci ukazuju na neophodnost prevencije gojaznosti u poslemenopauznih žena kroz kalorijsku restrikciju, povećanje fizičke aktivnosti i druge mere, u cilju prevencije, naročito hormonski zavisnog raka dojke.

## ZBORNİK SAŽETAKA

Naziv sesije:  
**KONZERVATIVNA MEDICINA**  
**Usmene prezentacije**

### TERAPIJSKI PRISTUPI U ANAFILAKSI I SISTEMSKIM ALERGIJAMA

*Miodrag Branković*

ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOC NIŠ

UVOD: Anafilaksa predstavlja ozbiljnu, generalizovanu ili sistemsku reakciju preosetljivosti koja ugrožava život, najčešće ali ne i uvek posredovana imunološkim mehanizmima (IgE). Nastaje kao posledica iznenadnog oslobađanja biološki aktivnih medijatora iz mastocita i bazofila. Postoje brojni etiološki faktori koji mogu izazvati reakcije preosetljivosti (hrana, lekovi, insekti, fizički napor, vremenski uslovi, alkohol i sl). Patofiziološki razlikujemo 4 tipa reakcije preosetljivosti pri čemu samo prva 3 tipa mogu izazvati anafilaksu. Anafilaksa se karakteriše brzim razvojem životno ugrožavajućih simptoma disajnog puta i/ili disanja i/ili cirkulacije, obično povezanim sa kožnim i mukoznim promenama. Klinička dijagnoza se postavlja postojanjem najmanje 1 od 3 grupe simptoma. Terapijski pristup anafilaksi podrazumeva poštovanje ranije propisanog protokola tretmana ovakvog stanja pri čemu je brzina dijagnostikovanja i terapijskog pristupa od vitalnog značaja.

CILJ RADA: Ukazati na značaj pravovremene dijagnoze i primene specifične terapije anafilakse u službi hitne medicinske pomoći

METOD: Retrospektivna analiza lekarskih poziva sa terena i ambulantnog protokola Zavoda za hitnu medicinsku pomoć u 2013 godini

REZULTAT: Od ukupnog broja pregleda na terenu u 2013g (32.929), 437 pacijenata (1,33%) je imalo neku od reakcija preosetljivosti, dok je u svim ambulantama Zavoda za hitnu medicinsku pomoć, od 129.864 pacijenata, 4650 pacijenata (3,58%) je imalo neku od reakcija preosetljivosti. Najveća učestalost alergijskih reakcija, u svim službama Zavoda bila je tokom letnjih meseci. Pozivi za lekarsku intervenciju bili su dominantno istrijažirani kao drugi odnosno treci red hitnosti. Više od 70% pacijenata sa nekom od reakcija preosetljivosti zbrinuto je na terenu odnosno u ambulanatama zavoda. Od medikamenata koji su dostupni lekarima zavoda, antihistaminik je primenjen 50% slučajeva, dok su kortiko preparati aplikovani u vise od 91% slučajeva. Epinefrin je primenjen u svega 1% slučajeva. Alergijska reakcija je uglavnom bila prezentovana kožnim manifestacija, dok su u manjem procentu bili prisutni simptomi i znaci po drugim sistemima i organima.

ZAKLJUČAK: Za poslednjih 20 godina učestalost pojave reakcija preosetljivosti znatno je porasla, a smatra se da je do toga dovela povećana izloženost spoljnim alergenima u kombinaciji sa smanjenom stimulacijom imunog sistema izazvanom faktorima sredine, nasleđem i dr. Analizom postojeće medicinske dokumentacije utvrđeno je da više od 90% dokumentovanih reakcija preosetljivosti započinje u prvih 5-30min nakon kontakta sa alergenom. Težina alergijske reakcije je direktno proporcionalna brzini njenog nastanka. Brojne studije pokazale su da nema adekvatnih dokaza u opravdanosti primene antihistaminika u lečenju anafilakse, osim ako nisu u pitanju izražene kožne promene. S obzirom na sve veću učestalost pojave reakcija preosetljivosti sa težom kliničkom simptomatologijom neophodno je razmotriti eventualnu širu upotrebu EPIPEN-a autoinjektora, naročito u oblastima koja su udaljenija od gradskih centara sa slabom razvijenijom medicinskom službom

Ključne reči: anafilaksa, terapija

e-mail :miodragb99@yahoo.com

**DA LI BLAGOVREMENO PREPOZNAJEMO ŠEĆERNU BOLEST KOD DECE ?***Milanko Čukanović (1), Jasmina Stepković (1), Mirjana Simić (1), Anđa Čukanović (2)*

(1)SPECIJALNA BOLNICA ZA REHABILITACIJU "BUKOVIČKA BANJA" ARANĐELOVAC,

(2)KLINIČKI CENTAR SRBIJE BEOGRAD

UVOD: Dijabetes melitus (DM) tip 1 je jedna od najčešćih hroničnih bolesti koja se javlja u detinjstvu i adolescenciji. Incidenca ove bolesti poslednjih godina je u porastu širom sveta. Prema podacima Instituta za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović - Batut“ u Srbiji svake godine od DM tip 1 oboli oko 180 osoba uzrasta 0-14 godina, odnosno 230 osoba uzrasta 0-19 godina. Prisu-tan je porast standardizovane stope incidencije za DM tip 1 od 2006. godine (12,5/100.000) do 2012. godine (16,5/100.000).

Dijagnostički kriterijumi dijabetesa bazirani su na merenju koncentracije glukoze u krvi ili plazmi, bilo da simptomi postoje ili ne postoje:

1. Simptomi dijabetesa i koncentracija glukoze u plazmi  $\geq 11,1$  mmol/l ( $\geq 11,1$  mmol/l za kapilarnu krv i  $\geq 10,0$  mmol/l za vensku krv) ili
2. Glukoza u plazmi našte (nakon gladovanja 8 sati)  $\geq 7$  mmol/l ( $\geq 6,3$  mmol/l za kapilarnu ili vensku krv) ili
3. Glukoza u plazmi 2 sata nakon opterećenja u OGTT  $\geq 11,1$  mmol/l.

Merenje glikoziliranog hemoglobina (HbA1c) može biti od koristi, ali ne postoje dokazi koji opravdavaju rutinsko određivanje GHbA1c u dijagnozi dijabetesa. HbA1c veći od 6,5% upućuje na postojanje dijabetesa. Serološki autoimuni markeri (GAD, ICA, IA-2 ili ICA 512, IAA) otkrivaju se u preko 90% slučajeva dijabetesa tipa 1 kada se javi hiperglikemija na gladno. Genetski markeri (DRB1, DQA1 i DQB1) u kombinaciji sa serološkim markerima ukazuju na visoki rizik za razvoj tipa 1 dijabetesa ili ga isključuju.

CILJ: Istraživanjem u periodu od pet godina (1.1.2009. do 31.12.2013. g.) ispitivana je: zastupljenost novootkrivene šećerne bolesti (trajanje oboljenja do 3 meseca) po uzrastu obolelih; nivo glikoziliranog hemoglobina (HbA1c) i učestalost dijabetesne ketoacidoze (DKA) u ispitanika sa novootkrivenom šećernom bolešću.

ISPITANICI: U poslednjih 5 godina iz tercijarnih i sekundarnih zdravstvenih ustanova Republike Srbije upućeno je na produženo lečenje, edukaciju i rehabilitaciju 1606 dece i adolescenata. U ovom periodu 693 (43%) ispitanika je primljeno zbog novootkrivene šećerne bolesti.

REZULTATI: Posmatrajući ukupan broj lečenih (1606) u petogodišnjem periodu, najveći broj bio je u pubertetskom (656) i školskom uzrastu (478), međutim u grupi sa novootkrivenom šećernom bolešću od ukupno 693 ispitanika 215 (31,1%) bilo je školskog, 207 (30,0%) pubertetskog, a pred-školskog uzrasta 212 (30,6%). U 515 ispitanika kojima je određen nivo HbA1c u toku dijagnostikovanja oboljenja ili produženog lečenja prosečan nivo glikoziliranog hemoglobina bio je 11,42% (od 4,9% - 17,6 %; medijana 11,6%). Od svih ispitanika koji su upućeni na produženo lečenje i edukaciju (693) u 238 (34,3%) oboljenje je dijagnostikovano u stanju DKA (u uzrastu iznad 15 godina u 14% a u uzrastu odojčeta i malog deteta u 64,2% ispitanika).

ZAKLJUČCI: Naši rezultati ukazuju da se DM tipa 1 najčešće dijagnostikuje u školskom i pubertetskom uzrastu. Zabrinjava značajan porast učestalosti tipa 1 DM u predškolskom uzrastu.

Prosečan nivo glikoziliranog hemoglobina kod novodijagnostikovanih bolesnika ukazuje na relativno kasno prepoznavanje oboljenja.

Što potvrđuje i visoka učestalost DKA kod dece i mladih sa novootkrivenom bolešću, posebno je nedopustivo visoka kod odojčeta i malog deteta.

e-mail: cukanovic@open.telekom.rs

## ISHEMIJSKI HEPATITIS: METABOLIČKI SINDROM I INFLAMACIJA KAO NOVE TERAPIJSKE METE

Ivan Ranković (1), I.Đurić-Filipović (6,7), J.Martinov (1), D.Miletić (1), Đ.Ćulafić (1,5), M.Stojanović (4), A.Antić (3), N.Antonijević (2,5), N.Grubor (3,5), J.Mannath (8), M.Perišić (1,2)

(1) K.C.S. – KLINIKA ZA GEH, (2) K.C.S. – KLINIKA ZA KARDIOLOGIJU, (3) K.C.S. – KLINIKA ZA DIGESTIVNU HIRURGIJU – PRVA HIRURŠKA KLINIKA, (4) K.C.S. – KLINIKA ZA ALERGOLOGIJU I KLINIČKU IMUNOLOGIJU, (5) MEDICINSKI FAKULTET U BEOGRADU, (6) MEDICINSKI FAKULTET U KRAGUJEVCU, (7) SANOFI-PASTEUR OFFICE, BEOGRAD  
(8) UNIVERSITY HOSPITALS COVENTRY AND WARWICKSHIRE, UK

UVOD: Ishemijski hepatitis (IH), poznat i kao sindrom 'akutne šokne jetre' odnosno akutne kardiogene lezije jetre, je hepatopatološki entitet koji je izazvan hipoperfuzijom i kompromitovanom mikrocirkulacijom na nivou jetre. Naša studijska grupa je ispitivala inflamaciju i metabolički sindrom kao kontributivne i prognostičke faktore u IH. Takođe, želimo da predstavimo nove potencijalne terapijske mete i posebne modalitete lečenja za ova stanja u kontekstu IH.

CILJ: Ispitivanje novih patodinamskih mehanizama koji posreduju u nastanku IH, a ujedno su podložni kliničko-laboratorijskoj evaluaciji i specifičnoj terapiji. Poboljšanje dijagnostike ovoga entiteta, procena njegove težine, kao i određivanje specifične terapije su bili naši ciljevi.

MATERIJAL I METODI RADA: Studija preseka koja je izvedena za period od dve godine: Januar 2010. do Januara 2012.godine. Podaci uzimani iz registra pacijenata sa koronarnog odeljenja Klinike za kardiologiju K.C.S. Ukupan broj pacijenata sa dijagnostikovanim IH je bio 74. Kriterijumi za uključivanje su bili sledeći: Prisustvo KSI (Kongestivna Srčana Insuficijencija), povišeni jetrini enzimi (AST > ALT) i LDH kao i dilatacija hepatičnih vena na ultrazvučnom pregledu. Kriterijumi za isključenje iz studije su bili: godine > 65, diabetes melitus tip I, prethodne bolesti jetre i već ustanovljena sistemska infekcija.

REZULTATI: Uočili smo sledeće (1) metabolički sindrom (predstavljen kao merenje centralne gojaznosti i HgbA1c) i rizik od IH su pozitivno povezani (OR - 11.8; 95% CI: 1.6, 86.6; P = 0.02); (2) takodje, povišeni inflamatorni parametri (CRP,ESR,PCT) su statistički značajno korelirali sa incidencijom IH (OR: 6.4; 95% CI: 1.2, 34.0; P = 0.03); (3) na kraju, uvideli smo, da su stope preživljavanja negativno korelisale kako sa metaboličkim sindromom tako i sa inflamacijom (SR – 86% versus 75%).

ZAKLJUČAK: Inflamacija i metabolički sindrom su značajni prediktori lošeg ishoda pacijenata sa IH. Međutim, oni su istovremeno i značajni kontributivni faktori tojest faktori rizika, koji povećavaju rizik za nastanak IH kod pacijenata sa KSI. Nadalje, rizik za nastajanje IH je posebno povećan u subpopulaciji pacijenata sa KSI koji imaju povišene parametre inflamacije: CRP, ESR, i PCT, kao i kod pacijenata sa povišenim parametrima insulinske rezistencije. Uzevši sve gore navedeno naša studijska grupa preporučuje korišćenje gore navedenih parametara kao mesta ciljne terapije za lečenje IH doprinoseći na taj način boljem ishodu.

Ključne reči: Ishemijski hepatitis, metabolički sindrom, parametri inflamacije

e-mail: doctorranke@gmail.com

## MIKROALBUMINURIJA I HIPERTROFIJA MIOKARDA LEVE KOMORE U ARTERIJSKOJ HIPERTENZIJU

Dušan Bastać(1), Dragan Lović(2), Zoran Joksimović(3)

(1) INTERNISTIČKA ORDINACIJA "DR BASTAĆ", ZAJEČAR, (2)INTERNISTIČKA ORDINACIJA "INTER MEDICA", NIŠ, (3)INTERNISTIČKA ORDINACIJA "JOKSIMOVIĆ", BOR

UVOD: Mikroalbuminurija i hipertrofija leve komore su uobičajena subklinička oštećenja organa u arterijskoj hipertenziji i za njih je pokazano da su nezavisni prediktori povećanog morbiditeta i mortaliteta u hipertenziji. Dijagnoza subkliničkog oštećenja bubrega koje je prouzrokovano hipertenzijom bazira se na povećanim vrednostima albumina u urinu-mikroalbuminurija(MA). MA je važan prediktor KV ishoda (HR 3.1). Prisustvo mikroalbuminurije u odsustvu dijabetesa i ateroskleroze reflektuje prisustvo prehipertenzije. Hipertrofija miokarda je najvažnije subkliničko oštećenje kod hipertenzije. Prevalenca hipertrofije leve komore raste sa težinom hipertenzije ,starošću i gojaznošću.

CILJ: Prevalenca mikroalbuminurije u hipertenziji i njena udruženost sa hipertenzivnom hipertrofijom miokarda.

**MATERIJAL I METODI RADA:** Posle primarne obrade za isključenje sekundarnih hipertenzija 200 konsekutivnih bolesnika sa primarnom hipertenzijom je podeljeno prema prisustvu mikrolabuminurije. Grupa sa pozitivnom mikroalbuminurijom (MA+) ima 94 bolesnika, starosti  $63,2 \pm 11,7$  godina sa nešto više muškaraca (56%). Grupu bez mikrolabuminurije (MA-) sačinjava 106 bolesnika prosečne starosti  $60,7 \pm 12,0$  godina sa 52% žena. Kod njih su evaluirani nivoi hipertenzije, trajanje hipertenzije, a ehokardiografskom studijom je određena masa miokarda leve komore indeksirana na telesnu površinu kao i veliki broj parametara sistolne i dijasistolne funkcije.

**REZULTATI:** Od cele grupe od 200 bolesnika pozitivnu albuminuriju ima 94(47%) bolesnika u rangu od 20 mg/L do 100 mg/L, dok je bez albuminurije 106 bolesnika (53%). 70 pacijenata (74%) sa mikroalbuminurijom ima hipertrofiju leve komore (LVH), što je statistički signifikantno više u poređenju sa grupom bez mikrolabuminurije (samo 51 bolesnik ili 48%,  $X^2$ ,  $p < 0,01$ ). Hipertoničari sa mikroalbuminurijom imaju statistički visoko značajno ne samo veću prevalencu hipertrofije leve komore već i težinu hipertrofije koja se izražava indeksom mase miokarda leve komore (LVMI). Srednja vrednost indeksa mase miokarda leve komore (LVMI) u bolesnika sa mikroalbuminurijom je  $133,6 \pm 25,1$  g/m<sup>2</sup> što je statistički visoko značajno veće od LVMI u bolesnika bez mikrolabuminurije  $113,5 \pm 10,4$  g/m<sup>2</sup> (Ttest  $p < 0,001$ ).

**ZAKLJUČAK:** Hipertrofija leve komore u hipertenziji je jasno povezana sa mikroalbuminurijom kod 74% ispitanika i sa težim stepenom hipertrofije ( $133,6 \pm 25,1$  g/m<sup>2</sup>), što naglašava ulogu mikroalbuminurije kao indikatora visokog kardiovaskularnog rizika. Zato se svim hipertenzivnim bolesnicima preporučuje rutinsko određivanje proteinurije i mikroproteinurije kao najjednostavnije metode za stratifikaciju ukupnog kardiovaskularnog rizika. Pacijenti kojima je negativna mikrolabuminurija spadaju u grupu manjeg rizika, dok pozitivna mikrolabuminurija nalaže obavezno traganje za drugim subkliničkim oštećenjima organa.

Ključnereči: Arterijskahipertenzija, mikrolabuminurija, hipertrofija miokarda leve komore, ehokardiografija

e-mail: dbastac@open.telekom.rs

Naziv sesije:

## **KONZERVATIVNA MEDICINA**

### **Poster prezentacije**

#### **TRAJANJE DIJABETESNE KETOACIDOZE PRI PRIMENI SAVREMENIH TERAPIJSKIH ALGORITAMA**

*Milan Đorđević(1), Milan Jelenković(2), Dragana Mitrović(3)*

(1)DOM ZDRAVLJA JAGODINA, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, (2)ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, ODELJENJE ZA PRIJEM I ZBRINJAVANJE URGENTNIH STANJA OJ OPŠTA BOLNICA (3)ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU PREDŠKOLSKE I ŠKOLSKE DECE SA MEDICINOM SPORTA I SAVETOVALIŠTEM ZA MLADE

**UVOD:** Dijabetesna ketoacidoza (DKA) predstavlja najučestaliju i najtežu akutnu komplikaciju dijabetesa, sa visokom stopom morbiditeta praćenu hiperketonemijom, hiperglikemijom i metaboličkom acidozom. DKA je težak metabolički poremećaj koji označava krajnje neregulisani dijabetes praćen nedostatkom insulina (apsolutnim ili relativnim) koji zahteva hitno lečenje.

**CILJ RADA:** Sagledati pacijente hospitalizovane zbog DKA u periodu od 4 meseca i konstatovati koliko je vremena potrebno za normalizaciju gasnih analiza krvi kod naših pacijenata prema savremenim terapijskim protokolima.

**MATERIJAL I METODI RADA:** Retrospektivnim ispitivanjem je obuhvaćen 21 pacijent sa dijagnozom DKA koji su lečeni po protokolu za ketoacidozu. Korišćeni su podaci iz protokola jedinice za intenzivnu negu klinike za endokrinologiju KC Niš kao i istorija bolesti pacijenata u periodu 1.11.2013 - 28.2.2014. Ispitivanje je rađeno prema demografskim, antropometrijskim podacima i laboratorijskim parametrima.

**REZULTATI:** Dobijeni rezultati pokazuju sledeće: broj muških pacijenata 33,3% sa prosečnom starošću 57,43 a ženskih pacijenata 66,7% sa prosekom godina 48,86. Ukupno 51,71 (22-91). Prosečne vrednosti glikemije na prijemu 25,26mmol/l (14,7-43,5); pH 7,15 (6,89-7,3); bikarbonati 11,3(3,7-18); ketonurija sa 2+. Dužina lečenja



dijabeta 15,09 (1-30) godina; broj obolelih sa dijabetom tip 2 iznosio je 52,38%, dok je sa tipom 1 bilo 47,62% bolesnika; trajanje hospitalizacije 7,76 (3-13) dana. Potrebno vreme izlaska pacijenata iz ketoacidoze tj porast  $\text{pH} > 7,3$  i  $\text{HCO}_3 > 15$  je 16,01 (3,5-52) sati. Vreme potrebno za uključenje GIK (glukoza, (insulin) i kalijum) rastvora u terapiju je 4,68 (2-14) sati. Vrednost glikemije pri uključanju GIK rastvora 10,71 mmol/l. Najučestaliji precipitirajući faktor ulaska u DKA je infekcija 52,38%, zatim izostanak insulina iz terapije 38,09%, dok su ostali uzroci 9,52%. Dužina prethodnog lečenja dijabetesa nije od presudnog značaja za pojavu DKA. Sa starošću raste potrebno vreme za izlazak pacijenata iz acidoze, a kod njih je i hospitalizacija trajala duže. Nisu primećene signifikantne statističke razlike u biohemijskim parametrima pojedinih grupa bolesnika. Bilo je pacijenata koji su sa relativno blago povišenim vrednostima glikemije upadali u acidozu. Na porast mortaliteta najviše utiču starost, klinička prezentacija bolesti i komorbiditeti.

**ZAKLJUČAK:** U pristupu pacijenata sa ketoacidozom rukovodimo se savremenim terapijskim algoritmima. Najkorisniji parametri u praćenju pacijenata su vrednost glikemije, acidobazni status i bikarbonati uz ostale laboratorijske i kliničke parametre. Za normalizaciju acidobaznog statusa naših pacijenata bilo je u proseku potrebno 16,01 sati. Pokazano je da terapija u našem slučaju koja se sprovodi po savremenim protokolima daje rezultate koje ti protokoli indikuju. U prevenciji treba staviti akcenat na edukaciju javnosti i zdravstvenih radnika i podići svest o dijabetesu i njegovim komplikacijama.

Ključne reči: Ketoacidoza, acidobazni status, praćenje, prosek

e-mail: milan\_mdj@hotmail.com

## **SNIŽENJE VREDNOSTI GLIKOZIRANOG HEMOGLOBINA KOMBINOVANJEM METFORMINA I REPAGLINIDA U TERAPIJI DIJABETESA TIP 2**

*Biljana Vukašinić*

DOM ZDRAVLJA GORNJI MILANOVAC

**UVOD:** Prema preporukama ADA iz 2012. godine, zlatni standard u lečenju dijabetesa tipa 2 jeste metformin i to je prvi lek koji uvodimo u terapiju onda kada higijensko- dijetetske mere ne daju rezultate. Posle tri meseca terapije, ako evaluacija terapijskog uspeha nije povoljna, odlučujemo se za uvođenje drugog leka, a taj drugi lek je odluka lekara praktičara. Najčešće je to sulfonil ureja ili njoj sličan lek.

**CILJ:** Poređenje terapijskog uspeha i rezultati u lečenju dijabetesa tipa 2 sa metforminom i kombinacijom metformina i repaglinida.

**MATERIJAL I METODI RADA:** Praćeno je 30 pacijenata koji su dijabetičari tip 2, lečeni preko dve godine metforminom. Svima je u terapiju uveden repaglinid. Obavljene su četiri posete, prilikom kojih su određivane vrednosti glikoziranog hemoglobina A1C. Glikozirani hemoglobin je određivan u laboratoriji Doma Zdravlja.

**REZULTATI RADA:** Posle prvih poseta pacijenata, posle tromesečne terapije metforminom u dozi od 2 do 3 grama dnevno, prosečna vrednost HGA1C bila je 8,7 %. Tada je kod 20 pacijenata uveden repaglinid u dozi od 0,5 grama tri puta dnevno pred glavne obroke. Deset pacijenata je nastavilo sa uzimanjem samo metformina. U drugoj poseti prosečan HGA1C za pacijente na metforminu bio je 8,6%, a na kombinovanoj terapiji 7,4%. Posle devet meseci prosečan HGA1C za pacijente na monoterapiji bio je 8,5%, dok je kod kombinovane terapije bio 6,9%. Posle godine dana HGA1C kod pacijenata na metforminu bio je i dalje 8,5%, a kod kombinovane terapije 6,8%.

**ZAKLJUČAK:** Rezultati merenja glikoziranog hemoglobina ukazuju na bolju kontrolu glikemije kod dijabetičara lečenih kombinovanom terapijom, sekretagogom i senzitajzerom

Ključne reči: glikozirani hemoglobin, metformin, repaglinid.

e-mail: drbijanagm@gmail.com

## POSTPRANDIJALNA GLIKEMIJA KAO PREDIKTOR MIKROVASKULARNIH KOMPLIKACIJA

*Biljana Vukašinović*

DOM ZDRAVLJA GORNJI MILANOVAC

UVOD: RIAD studija je potvrdila da je nivo glikemije bitan uzrok promena na krvnim sudovima. Povišena glikemija povećava trombogenezu, adherenciju ćelija, dislipidemiju, pojavu proinflammatoryh citokina i adipocitokina i tako dovodi do oštećenja endotela krvnih sudova i zadebljanja sloja intima - medija. Poseban akcenat stavljen je na PPG kao najvažniji prediktor oštećenja krvnih sudova.

CILJ: Pokazati kako PPG povećava rizik od mikrovaskularnih promena na oku kod dijabetičara tipa 2.

MATERIJAL I METODI RADA: Praćeno je 50 dijabetičara koji se leče oralnim antidijabeticima i merena je PPG posle glavnih obroka (3 puta dnevno). Iz tih rezultata izračunata je aritmetička sredina. Na 3 meseca meren je i glikozirani hemoglobin A1C1. Pacijenti su praćeni 9 meseci, konsultovani su oftalmolozi sekundarnog i tercijernog nivoa zdravstvene zaštite, kao i nefrolog.

REZULTATI: Od 50 dijabetičara, 29 je imalo retinopatiju i to su oni koji su imali nivo PPG preko 10,1 mmol/l. Od njih 20 je imalo LFC u regionalnom zdravstvenom centru i to na oba oka. Pacijenti koji su imali PPG ispod 10 mmol/l nisu imali retinopatiju. Osim toga, 5 pacijenata je imalo operaciju katarakte jednog oka, a jedan pacijent oba oka. Nefropatiju je imao jedan pacijent i to sa PPG 11,9 mmol/l.

ZAKLJUČAK: PPG je prediktor mikrovaskularnih komplikacija. Pacijenti sa povišenom fasting glikemijom nisu toliko u opasnosti od komplikacija na krvnim sudovima.

Ključne reči: PPG, retinopatija, nefropatija

e-mail: drbiljanagm@gmail.com

## IMPLEMENTACIJA KLINIČKOG PUTA ZA DIJABETES MELITUS

*Slađana Milošević, L. Hristov Mitić, S. Antonijević*

DOM ZDRAVLJA NIŠ

UVOD: Nakon učestvovanja na dvodnevnoj radionici o kliničkim putevima 23. i 24.03.2011. godine u Beogradu, tim za izradu i implementaciju Kliničkog puta za prevenciju komplikacija dijabetes melitusa u Domu zdravlja Niš, upoznao je članove tima sa definicijom, ulogom i značajem kliničkog puta u zdravstvenom sistemu.

METOD: Registrovani su indikatori za obim i kvalitet obrade bolesnika, kao i analiza podataka, praćena preko zdravstvenih karona i izveštaja odgovarajućih specijalista.

CILJ: Započeti sa pilotiranjem po uzoru na klinički put Doma zdravlja Savski Venac. U pilotiranje je uključeno četiri lekara i 50 pacijenata uzetih slučajnim uzorkom, i praćenih godinu dana od 10.05.2011. Ciljna grupa: oboleli od dijabetesa oba pola, oba tipa dijabetesa, uzrasta od 19 do 80 godina.

REZULTATI: Među obolelima bilo 49 obolelih od DM tip 2, i 1 oboleli od DM tipa 1. 3 pacijenta na nemedikamentnoj terapiji dijetom i fizičkom aktivnošću, 29 na terapiji oralnim hipoglikemicima i 18 na terapiji insulinom.

Indikatori: Laboratorijske analize (glikemija, Hb A<sub>1c</sub>, urea, kreatinin, urin, lipidogram), Antropometrijska merenja (TT, TV, OS, BMI), Opšti pregled, Krvni pritisak, EKG, Pregled stopala

Odstupanja: 66% obolelih uradilo je HbA<sub>1c</sub> i to najčešće na 7 meseci; antropometrijska merenja prisutna su u oko 50% pacijenata i rađena su u proseku na 10 meseci. Potiču iz otpusnih listi sa Klinike za endokrinologiju; 14% pacijenata nema opisan EKG; Pregled stopala je obavljen kod 18% pacijenata i to mahom po iskazivanju tegoba od strane pacijenta; nedovoljna edukacija u vezi samokontrole (38%), dok samo 24% pacijenata vrši samokontrolu; ostala edukacija se sprovodi u visokom procentu, ali nemamo uvid u njen obim; nedovoljan skrining komplikacija i to naročito za dijabetesno stopalo-28%, retinopatiju - 60%, polineuropatiju - 68%; regulacija glikemije je kod 46% bila dobra, lipida kod 32%, a krvnog pritiska kod 56% dijabetičara.

ZAKLJUČAK: Da se većina ili svi dijabetičari kontrolišu na način predviđen nacionalnim vodičem (u istom obimu i predviđenom dinamikom) Da se postigne bolja regulacija: glikemije, lipidograma i krvnog pritiska. Da terapija bude prilagođena novim algoritmima i na vreme primenjena naročito što se tiče rane insulinizacije. Bolja edukacija bolesnika o ishrani, fizičkoj aktivnosti i naročito o samokontroli. Blagovremeno otkrivanje komplikacija i optimalno lečenje

e-mail: lmitic@yahoo.com

## ARTERIJSKA HIPERTENZIJA KOD PACIJENATA HITNE POMOĆI

*Emilio Miletić, Dragana Mitrović, Saša Mihajlović, Mladen Timiljić*

ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC

CILJ RADA je da pokaže učestalost arterijske hipertenzije kod pacijenata Službe hitne medicinske pomoći Zdravstvenog centra Knjaževac, njenu zastupljenost u odnosu na starosno doba i pol pacijenata, zastupljenost stepena težine arterijske hipertenzije kod pacijenata i zastupljenost pojedinih grupa medikamenata u lečenju arterijske hipertenzije.

Za ispitivanje su korišćeni podaci dobijeni iz protokola ambulantnih pregleda Službe hitne medicinske pomoći Zdravstvenog centra Knjaževac. Ispitivanje je obuhvatilo sve osobe koje je autor ovog rada pregledao u ovoj službi u periodu od 01.01.2013. do 31.12.2013. godine, sa osvrtom na osobe kod kojih je dijagnostifikovana arterijska hipertenzija.

Arterijska hipertenzija je bila zastupljena kod 14,30% pacijenata, od ukupno 1168 osoba koje sam pregledao u periodu od jedne godine u Službi hitne pomoći.

Starosna struktura osoba sa arterijskom hipertenzijom je sledeća: 57,48% osoba je bilo starije od 60 godina, 35,93% osoba je bilo staro od 41 do 60 godina, 6,59 % osoba je bilo staro od 21 do 40 godina i nijedna osoba (0%) nije bila stara manje od 21 godine.

Arterijska hipertenzija je bila zastupljena kod 65,87% osoba ženskog pola i kod 34,13 % osoba muškog pola.

Arterijska hipertenzija u odnosu na stepen težine, procenjen u odnosu na vrednosti sistolnog odnosno dijastolnog krvnog pritiska, je bila zastupljena: kod 28,74 % osoba sa I stepenom, kod 43,71 % osoba sa II stepenom i kod 27,55% osoba sa III stepenom.

Medikamenti korišćeni u lečenju osoba sa arterijskom hipertenzijom su najčešće primenjivani kombinovano i to kod 78 osoba diuretici, kod 72 osobe ACE-inhibitori, kod 62 osobe Ca-antagonisti, kod 54 osoba beta-blokatori, kod 20 osoba nitrati i kod 52 osobe drugi medikamenti.

Arterijska hipertenzija je često prisutna kod pacijenata hitne pomoći. Osobe sa arterijskom hipertenzijom su najčešće bile starije od 60 godina. Arterijska hipertenzija je češće bila prisutna kod osoba ženskog pola. Pacijenti su najčešće imali II stepen arterijske hipertenzije. Najčešće korišćeni medikamenti za lečenje arterijske hipertenzije su bili diuretici, ACE-inhibitori i Ca-antagonisti.

Ključne reči: arterijska hipertenzija, zastupljenost, pacijenti.

e-mail:mileticemj@gmail.com

## BISOPROLOL I NEBIVOLOL U MONOTERAPIJI KOD PACIJENATA SA NOVODIJAGNOSTIKOVANOM HIPERTENZIJOM

*Milan Nikolić*

ZAVOD ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU RADNIKA "ŽELEZNICE SRBIJE" BEOGRAD

UVOD: Beta blokatori predstavljaju široko primenjivanu grupu antihipertenzivnih lekova. Poslednjih godina je uloga beta blokatora kao antihipertenziva prve linije postala predmet mnogih analiza.

CILJ: Cilj ovog istraživanja je bio da ispita antihipertenzivnu efikasnost i sigurnost bisoprolola i nebivolola primenjenih u monoterapiji kod pacijenata sa novodijagnostikovanom arterijskom hipertenzijom.

MATERIJAL I METODI RADA: Tridesetjedan nov hipertoničar (20 muškaraca, prosečna starost 52,7±9,1 god.) sa blagom do umereno teškom hipertenzijom je u terapiji dobijao ili 5 mg bisoprolola (n=18) ili 5 mg nebivolola (n=13) jednom dnevno u trajanju od tri meseca. Pacijentima su urađeni fizikalni pregled i biohemijske analize krvi na početku i tokom tromesečnog perioda, kroz tri kontrolna pregleda. Praćena je i pojava eventualnih neželjenih efekata.

REZULTATI: Oba antihipertenziva su proizvela značajnu i približno istu redukciju sistolnog i dijastolnog krvnog pritiska i srčane frekvence. U grupi hipertoničara na bisoprololu, prosečne vrednosti sistolnog i dijastolnog krvnog pritiska su značajno smanjene sa početnih 154/95 mm Hg na 135/81 mm Hg zabeleženih na kraju istraživanja i sa 151/92 mm Hg na 137/83 mm Hg kod pacijenata koji su dobijali nebivolol ( $p < 0,0001$  za oba antihipertenziva). Registrovano je značajno smanjenje srčane frekvence kod oba antihipertenziva ( $p < 0,001$ ). Nastale razlike između ova dva iapitivana beta blokatora nisu bile statistički značajne. Uspeh monoterapije bisoprololom i nebivololom je utvrđen kod više od 70% hipertoničara, dok je kod ostalih hipertoničara, zbog

nereagovanja na sprovedenu terapiju, morao biti uključen još jedan antihipertenziv. Tokom terapije nije došlo do značajnih promena u vrednostima biohemijskih analiza, niti su prijavljeni bilo koji neželjeni efekti.

**ZAKLJUČAK:** Dobijeni rezultati sugerišu da su bisoprolol i nebivolol efikasni i sigurni antihipertenzivni lekovi za monoterapiju umerene i srednje teške hipertenzije. Dnevna doza od 5 mg je sasvim prihvatljiva za najveći broj hipertoničara.

**Cljučne reči:** beta blokatori, bisoprolol, nebivolol, hipertenzija, terapija, neželjeni efekti

e-mail: milangale@sbb.rs

## **EPILEPSY AFTER ISCHAEMIC STROKE**

*Rushit Jashari*

FACULTY OF MEDICINE PRIŠTINA, DEPARTMENT OF NEUROLOGY

**RESUME:** Epilepsy is a paroxysmal temporary brain disorder that happens suddenly and stops spontaneously with the tendency of repetition. Special and complicated problem are epilepsies caused by AVCs.

**THE GOAL:** The goal of this study is to analyze cases with epilepsy caused by ischemic AVCs, nature of AVC according to pathology and to determinate the rate between genders and residency of cases with AVC accompanied with epilepsy.

**MATERIALS AND METHODS:** source of data's were hospitalized patients in the Clinic of Neurology during the one five year period of time.

**RESULTS:** From the general number of cases with ischemic AVC in total 1450 cases, 151 of them were accompanied with epilepsy. According to the gender, male gender was more attacked. Taking in consideration the residency factor, bigger number were from rural areas in comparison with urban ones.

**CONCLUSION:** Epilepsy caused by AVCs presents a special problem for the society. Expect the care that lives a lifelong invalidity to the large number sick of cases, also requires a special treatment from epilepsies caused as a consequence of brain stroke.

The age of beginning the disease is more often seen in older ages. Diagnose is established based in clinical examinations and neuroimagery examinations (EEG, CT, MRI).

**Key words:** Brain ischemic vascular accidents (ischemic AVC), epilepsy, EEG (Electroencephalography), CT (Computerized tomography), MRI (Electro magnetic resonance).

e-mail: rushit\_jashari@hotmail.com

## **DA LI JEDNOSTAVNI KLINIČKI PARAMETRI MOGU BITI PREDIKTORI ISHODA MEDIKAMENTNE TIROSUPRESIVNE TERAPIJE KOD PACIJENATA SA GREJVSOM BOLEŠĆU**

*Aleksandar Aleksić (1), Željka Aleksić (2), Saška Manić (3), Vladimir Mitov (1), Aleksandar Jolić (1), Dušan Vešović (4)*

1) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, ODELJENJE INTERNE MEDICINE, (2) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, SLUŽBA ZA NUKLEARNU MEDICINU, (3) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, ODELJENJE NEUROLOGIJE, (4) DOM ZDRAVLJA BEL MEDIC, BEOGRAD

Grejvsova bolest (GB) je organ specifična autoimuna bolest koju karakteriše hipertiroidizam sa difuznom strumom i prisustvo ekstratiroidnih manifestacija, kao što je tiroidna oftalmopatija. Medikamentna tirosupresivna terapija (MTT) je inicijalna terapija GB. Po prekidu terapije tionamidima, recidivi bolesti se najčešće ispoljavaju prvih meseci po prekidu terapije.

**CILJ RADA** je bio da se utvrdi značaj jednostavnih kliničkih parametara kao što su pol, starost, pozitivna porodična anamneza tiroidnih oboljenja, prisustvo i težina oftalmopatije i težina kliničke slike na početku bolesti, za predviđanje nastanka remisije tokom medikamentne tirosupresivne terapije.

**MATERIJAL I METOD.** Prospektivna studija je obuhvatila 106 uzastopnih pacijenata sa novootkrivenom GB, 21 muškog pola (19,81%) i 85 ženskog pola (18,19%), kojima je započeta MTT i na početku bolesti registrovani klinički podaci od interesa. Prosečna staros tmuškaraca iznosila je 50,47 godina, a žena 42,74 godine. Nakon

perioda praćenja od 12 meseci, pacijenti su podeljeni u dve grupe prema odgovoru na MTT, na pacijente koji su postigli remisiju i pacijente koji nisu postigli remisiju.

**REZULTATI:** Nije nađena statistički značajna razlika, u odnosu na pol, starost, porodičnu anamnezu, težinu kliničke slike na početku bolesti, nivo FT4 i FT3 na početku bolesti i prisustvo i težinu oftalmopatije na početku bolesti, između grupe pacijenata koji su ušli u remisiju i onih koji nisu

**ZAKLJUČAK:** Zaključujemo da jednostavni klinički parametri utvrđeni na početku Grejsove bolesti, kao što su pol, starost, pozitivna porodična anamneza, težina kliničke slike i prisustvo i težina oftalmopatije, nemaju značaj kao prediktori ishoda medikamentne tirosupresivne terapije.

**Ključne reči:** Gejvsova bolest, medikamentna tirosupresivna terapija, remisija, prediktivni faktori

e-mail: lukaal@ptt.rs

## POGREŠNA PROCENA ILI POGREŠNA INFORMACIJA

*Atila Gondoš(1), Aleksandar Ćirić(2), Milena Jokšić Zelić(1), Ankica Vasić(1), Eva Benarik(1) Laura Kadaš (1)*  
(1) DZ BEČEJ, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, BEČEJ, (2) MEDICINSKI FAKULTET

**CILJ:** Cilj rada je prikaz zastupljenosti poziva prvog reda hitnosti u službi hitne medicinske pomoći DZ Bečej kao i prikaz zastupljenosti poziva svrstanih u prvi red hitnosti za koje se ispostavilo, nakon intervenisanja ekipe, da to nisu.

**MATERIJAL I METODE:** Podaci u retrospektivnoj studiji uzeti su iz protokola terenske službe HMP, pregledanih pacijenata za period 01.01.2013-31.12.2013.

**REZULTATI:** U službi Hitne medicinske pomoći DZ Bečej za 2013. god. ukupno je na terenu pregledano 3050 pacijenata. Od toga 25% je svrstano u pozive prvog reda hitnosti. Od ukupnog broja pregledanih za oko 25% se ispostavilo da nije bilo indikacija za izlazak ekipe na teren. U oko 2/3 tih pregleda radilo se o pacijentima ženskog pola, najčešća je akutna reakcija na stres (F43), 35% su u osnovi bila hronična oboljenja a u 35% slučajeva nije ordinirana nikakva terapija.

**ZAKLJUČAK:** Da bi se smanjilo angažovanje ekipa službe hitne medicinske pomoći a u slučajevima kada to nije indikovano, potrebna je šira edukacija stanovništva vezano za kontakt sa SHMP, praćenje instrukcija kao i davanje traženih i adekvatnih podataka. Bolja edukacija dispečera koji primaju poziv. Sve to bi omogućilo bolji rad službi i znatno smanjila troškove.

**Ključne reči:** Prvi red hitnosti, dispečer, indikovanost poziva

## ISPITIVANJE VIDNE OŠTRINE MALOG DETETA-NAŠA ISKUSTVA

*(1) Vinka Repac, (2) B. Stanimirov (3) Ivan Lukić*

(1) DOM ZDRAVLJA ŽITIŠTE; (2) DOM ZDRAVLJA N.SAD (3) PRIVATNA ORDINACIJA  
"SPORTREHAMEDICA" ZRENJANIN

**UVOD:** Ispitivanje vidne oštrine malog deteta je izazov za lekara. Često se postavlja pitanje: u kom uzrastu je najbolje odrediti centralnu vidnu oštrinu. Ako je porodična anamneza pozitivna na razrokost, refrakcione greške, slabovidost, potrebno je uputiti dete na oftalmološki pregled pre 3 godine života. Deci i nepismenim osobama se vidna oštrina ispituje na optotipu sa slovom E orijentisanim u raznim smerovima. Dete sa 3 godine života je dovoljno veliko da pri ispitivanju vidne oštrine da siguran subjektivni odgovor. Ispitivanje se mora uraditi za svako oko posebno kako bi se otkrila eventualna slabovidost.

**CILJ RADA:** Cilj rada je ukazivanje na mogućnost prevencije slabovidosti, ranim otkrivanjem razrokosti, refrakcione greške ili promena na prednjem segmentu oka.

**METOD RADA:** Urađeno je ispitivanje vidne oštrine dece starosti 3 i 4 godine pomoću Snellenovog optotipa na udaljenosti od 6m. Ukupan broj dece je 134 (268 očiju) sa teritorije opštine Žitište. Od roditelja je uzeta anamneza koja se odnosi na očne bolesti u porodici. Urađen je pregled prednjeg segmenta na binokularnom mikroskopu da bi se isključila netransparentnost medija, kao i pregled očnog dna oftalmoskopiranjem. Deca koja se nisu snašla na ovom optotipu, ispitivana su na optotipu sa sličicama. Dečaka je bilo 53 (39,5%), devojčica 81 (60,4%). Vidna oštrina sa 3 godine je 0.5, a sa 4 godine 0.8.

U radu su prikazani rezultati: izdvojeno je: 50 dece (37,3%) sa smanjenom vidnom oštrinom. Myopa je bilo 6 (4,5%), hipermetropa 23 (17,2%), astigmatizam 15 (11,2%). Poremećaj okulomotorne ravnoteže je imalo 4 dece

(2.9%). Deca sa refrakcionom manom su korigovana nakon objektivnog određivanja vidne oštine. Dvoje dece je izdvojeno kao kongenitalna katarakta jednog oka i kongenitalni glaukom. Dete sa kongenitalnim glaukomom je operativno lečeno do druge godine života, a sada je urađena refrakcija.

**ZAKLJUČAK:** Rano otkrivanje refrakcione mane, strabizma ili neprovidnosti media, kao i promena na očnom dnu, smanjuje mogućnost razvoja slabovidosti još u najranijem uzrastu. Saradnja na nivou primarne zdravstvene zaštite, ozbiljnost u radu sa uzrastom malog deteta, a vrlo ozbiljnog i zahtevnog pacijenta.

Ključne reči: vidna oština, slabovidost, malo dete.

## VIDNA OŠTRINA ZAPOSLENIH U DOMU ZDRAVLJA ŽITIŠTE

Vinka Repac (1), Ivan Lukić (2)

(1)DOM ZDRAVLJA ŽITIŠTE;(2)PRIVATNA ORDINACIJA "SPORTREHAMEDICA" ZRENJANIN

**UVOD:** Oština vida je najvažnija elementarna vidna funkcija i predstavlja sposobnost odvojenog zapažanja vrlo bliskih susednih tačaka. Standardna definicija normalne oštine vida (20/20 ili 6/6) je sposobnost oka da jasno vidi i razdvoji dve tačke odvojene uglom od jednog minuta.

U toku 2013 godine urađeno je ispitivanje vidne oštine zaposlenih u DZ Žitište.

**CILJ RADA:** Cilj rada je da se ispita vidna oština zaposlenih ,korigovana i nekorigovana.

**METOD RADA:** Ispitivanje vidne oštine obuhvatilo je 95 zaposlenih. Prosečna starost je 47,6 godina. Ciljanom pregledu se odazvalo 84 radnika (88.4%). Oftalmološki pregled je obuhvatao ispitivanje vidne oštine, optotip po Snelle-nu, merenje intraokularnog pritiska aplanacionim tonometrom, pregled prednjeg segmenta na binokularnom mikroskopu i nalaz na očnom dnu.

**REZULTATI RADA:** Dobijeni su sledeći rezultati: refrakcione mane: myopia, hypermetropia i astigmatizam su zastupljeni kod 22 zaposlena radnika (23,15%), presbyopia kod 38 (40%). Direktnom oftalmoskopijom urađen je pregled očnog dna ispitanika. Prikaz optičkog diska i krvnih sudova mrežnjače je glavni cilj ovog pregleda. Promene u vidu glaukomatozne ekskavacije papile uočene su kod 4 ispitanika (4,2%) ,praćene povišenim vrednostima intraokularnog pritiska. Nalaz hipertonog fundusa imalo je 6 radnika, (6.3%). Retinopathia diabetica kao mikroangiopatija uočena je kod dvoje zaposlenih (2.1%). Korigovana vidna oština kod njih je bila u rasponu od 0.6-0.9. Na oba oka kad 15 ispitanika je bila 1.0 (15.8%), kod 3(3.1%) na jednom oku 1.0, a na drugom 0.4-0.5. Samo po jedan zaposleni je imao vidnu oštrinu na oba oka 0.3-0.6, odnosno na jednom oku 0.3 a na drugom 0.6. Zaposleni stariji od 45 godina života popunjavali su upitnik sa jednim pitanjem: Kada ste bili kod očnog lekara radi merenja intraokularnog pritiska? Negativan odgovor je dalo 59(62.1%).

Krvni sudovi retine su terminalni, tako da svaki organski ili funkcionalni poremećaj dovodi do određenih promena u retini. Većina pacijenata sa arterijskom hipertenzijom nema očnih promena. U ekstremnim arterijskim hipertenzijama, javlja se edem papile, meki i tvrdi eksudati, plamičasto krvarenje. Hipertenzivna retinopatija nije vezana za starost pacijenta. Sve refrakcione greške su korigovane prema važećim protokolima.

**ZAKLJUČAK:** Ova analiza ukazuje da je broj presbiopa najveći (40%), što govori o starosnoj strukturi zaposlenih. Analizom vidne oštine i nalaza na očnom dnu, dobija se uvid u vidnu oštrinu zaposlenih u Domu zdravlja. Dobijeni rezultati nas opominju da ne pridajemo dovoljno pažnje i značaja sopstvenom zdravlju. Kada su u pitanju refrakcione greške dobijeni su zabrinjavajući rezultati: korigovani su radnici sa nižom refrakcionom greškom i boljom vidnom oštrinom, ali nisu korigovani ili nisu nosili korekciju zaposleni sa miopskim astigmatizmom. Pored zdravstvenog prosvetavanja stanovništva, zaposleni u zdravstvenim ustanovama bi trebali biti primer odgovornog ponašanja prema svom zdravlju.

Ključne reči:vidna oština, zdravstveni radnici, zdravstveno prosvetavanje

e-mail: sarigondi@gmail.com

Naziv sesije:

**DIJAGNOSTIKA**  
**Usmene prezentacije****ULOGA MDCT U PLANIRANJU OPERATIVNOG PRISTUPA ANEURIZME AORTE I POSTOPERATIVNOM PRAĆENJU***M.Vučković (1), N.Menković (1), J. Markov (2), M. Ilić (3), A.(Petković 1), I.(Končar 4), L. Davidović (4), D.Mašulović (1)*

(1)KC SRBIJE, CENTAR ZA RADIOLOGIJU I MAGNETNU REZONANCU (2) OPŠTA BOLNICA VRŠAC, (3) ZC ZAJEČAR, (4) KC SRBIJE, KLINIKA ZA VASKULARNU HIRURGIJU

UVOD: Uz inflamatorna oboljenja, akutni aortni sindrom i kongenitalne anomalije, aneurizme aorte se svrstavaju među najčešća oboljenja aorte. Predstavljaju trajno, fokalno proširenje lumena za više od 50% u odnosu na lumen proksimalnog neizmenjenog segmenta aorte ili maksimalni transversalni dijametar veći od 3 cm. Prema obliku, dele se na sakularne i fuziformne. U većini slučajeva su asimptomatske, ali razvojem komplikacija (disekcija, ruptura i krvarenje) mogu dovesti do životno ugrožavajućih stanja. Odluka o lečenju aneurizme aorte zavisi od njene veličine, brzine rasta i prisustva simptoma. Tretman je hirurški, sa dvojakim pristupom – otvorena ili endovaskularna intervencija.

CILJ: Odrediti ulogu multidetektorske kompjuterizovane tomografije (MDCT) u preoperativnoj pripremi i postoperativnom praćenju u cilju ranog otkrivanja eventualnih komplikacija.

MATERIJAL I METODI RADA: Urađena je retrospektivna studija u toku 2013.godine u Odseku Imidžing dijagnostike Centra za radiologiju i magnetnu rezonancu Kliničkog centra Srbije. Ukupno je pregledano 125 pacijenata upućenih sa Klinike za vaskularnu hirurgiju KCS sa sumnjom na aneurizmu abdominalne aorte različitih lokalizacija. Pregled je izvršen na aparatu 64 MDCT, posle intravenske aplikacije kontrastnog sredstva. Akvizicija je izvršena primenom bolus tracking tehnike, nakon opacifikacije aorte 150 HU u segmetnu aorte proksimalno od lokalizacije aneurizme. Kod kandidata za endovaskularnu aortnu reparaciju (EVAR) učinjen je i neposredan postproceduralan pregled.

REZULTATI: Nakon učinjene MDCT aortografije, kod 125 pacijenata su nađena aneurizmataska proširenja, 50 pacijenata je tretirano otvorenom hirurškom intervencijom, a 60 pacijenata endovaskularnim pristupom (EVAR, TEVAR). Kod 15 pacijena dijagnostikovana je aneurizma torakalne ili torakoabdominalne aorte, ali nisu operisani. Od 70 pacijenta koji su upućeni na postoperativni pregled, kod 34.3% su uočene postoperativne komplikacije. Među pacijentima podvrgnutim endovaskularnoj proceduri, najčešće se radilo o endoleak-u tip 2.

ZAKLJUČAK: MDCT je imaging modalitet koji ima važnu ulogu u dijagnostikovanju i determinisanju morfoloških karakteristika aneurizme svih segmenata aorte, što je od velikog značaja za odluku o sprovođenju hirurškog tretmana, posebno endovaskularnih procedura, kao i za postoperativno praćenje.

**Ključne reči:** Aneurizma aorte, MDCT, EVAR

**PRIMENA RAZLICITIH DIJAGNOSTICKIH METODA KOD DIJAGNOSTIKOVANJA DUODENALNE FISTULE***Vesna Šavija Đorđević (1), Mirjana Žikić (1), Tihomir Kostić (2)*

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (1) SLUŽBA RADIOLOGIJE, (2) SLUŽBA OPŠTE I DEČIJE HIRURGIJE

UVOD: Unutrašnja duodenalna fistula je izuzetno retka. Fistulizacija je lokalna komplikacija, koja dovodi do abnormalne komunikacije između dve strukture. Duodenalna fistula dijagnostikuje se dostupnim dijagnostičkim procedurama, kao što su ultrazvuk (UZ), radiografija (rtg) gastroduodenuma, kompjuterizovana tomografija (CT). Pregledom dostupne literature, koja se bavi sličnom problematikom, nismo naišli na stanje nađeno kod našeg pacijenta. Uglavnom se opisuju spoljašnje duodenalne fistule kao najčešći tip, Bouveret-ov sindrom, duodenalne fistule udružene sa periapendikularnim apscesom...

CILJ: Prikaz mogućnosti primene različitih dijagnostičkih procedura u dijagnostikovanju unutrašnje duodenalne fistule.

**MATERIJAL I METODI RADA:** 76-godišnji muškarac, primljen na odeljenje hirurgije sa znacima akutnog kalkuloznog holecistitisa. Učinjena je klasična holecistektomija. Pacijent je pre 7 meseci operisan od perforativnog ulkusa duodenuma, kada je učinjena sutura. Drugog postoperativnog dana pacijent je subfebrilan, a na dalje febrilan. Učinjen UZ .abomena, gde se ne uočavaju patološke promene. Sledećeg dana na kontrolnom UZ pregledu, prisutna diskretna tečna zona perirenalno. CT abdomena prikazuje značajan pleuralni izliv desno sa pratećom kompresivnom atelektazom bazalno desno; u loži ž.kese i subhepatično nema tečne kolekcije; ispod desnog bubrega, pa do ulaska u m.karlicu, uz desni m.psoas pruža se tečna kolekcija dimenzija 6x4x12cm. Hirurg plasiranjem drena sprovodi retroperitonealnu drenažu apscesa. Febrilnost se održava. Na drenu sadržaj suspektan na duodenalni, tako da se radi rtg gastroduodenuma i uočava deformacija proksimalnog dela duodenuma sa prikazom fistule, koja se pruža retroperitonealno i pojavom kontrasta u distalnom drenu. Pacijent je upućen u tercijarnu ustanovu radi daljeg lečenja.

**ZAKLJUČAK:** Prikazali smo unutrašnju duodenalnu fistulu sa retroperitonealnim apscesom, koja je retka komplikacija i primenu različitih dijagnostičkih procedura u njenom dijagnostikovanju. Konvencionalne radiološke metode, rtg gastroduodenuma, pasaža tankog creva, uz CT, su metode izbora kod postupka dijagnostikovanja duodenalne fistule i retroperitonealnog apscesa, koje UZ-kom mogu biti neprepoznate. Rtg gastroduodenuma sa visokom sigurnošću utvrđuje postojanje fistuloznog kanala, lokalizaciju i pravac pružanja. CT je metoda izbora za otkrivanje retroperitonealnog apscesa, niske pouzdanosti u prikazu fistula. UZ-kom je moguće otkrivanje ektramuralnih kolekcija, prvenstveno slobodne tečnosti i apscesa, ali je njegov značaj u praćenju, evaluaciji i proceni toka bolesti.

**Ključne reči:** dijagnostičke metode, duodenalna fistula, retroperitonealni apsces

e-mail: zasavija@gmail.com

Naziv sesije:

## **DIJAGNOSTIKA Poster prezentacije**

### **INFEKCIJE VIRUSIMA PARAINFLUENCE U DECE I ODRASLIH**

*Ivana Hrnjaković Cvjetković, A. Patić, N.Nikolić, G. Kovačević, J. Radovanov, A. Jovanović Galović, V. Milošević*

UNIVERZITET NOVI SAD, MEDICINSKI FAKULTET NOVI SAD, INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE VOJVODINE

**UVOD:** Parainfluenca virusi, porodica Paramyxoviridae, su virusi respiratornog tropizma koji izazivaju sporadične infekcije i epidemije u ljudi. Primarna infekcija nastaje u ranoj životnoj dobi i manifestuje se faringitisom, bronhitisom, bronhiolitisom ili pneumonijom. U odraslih osoba infekcija se manifestuje simptomima obične prehlade. Starija životna dob je faktor rizika za nastanak težih infekcija. Kako je imunitet tipski specifičan i nesolidan infekcija može nastati više puta u životu.

**CILJ:** Cilj rada je da se sagleda značaj ovog humanog patogena utvrđivanjem seroprevalence i učestalosti relativno nedavnih infekcija ovim virusima u populaciji Južnobačkog okruga u periodu 01.01.2013 .- 26.03.2014.

**MATERIJAL I METODI RADA:** U periodu od 01.01.2013. - 26.03.2014. u Institut za javno zdravlje Vojvodine upćena je 191 osoba uzrasta od 1 do 79god. sa kliničkom slikom respiratorne infekcije radi seroloških testiranja na parainfluenca viruse. Serološka ispitivanja su izvršena komercijalnim ELISA IgM i IgG testom za dokazivanje antitela na viruse parainfluenca, proizvođača Euroimmun Nemačka. Testovi su izvođeni ručno, strikno po uputstvima proizvođača.

**REZULTATI:** Od 191 testiranih na viruse parainfluenca u 38,7% je dokazana relativno nedavna infekcija (IgM i IgG antitela pozitivna). Ranija infekcija (IgM antitela negativna , IgG pozitivna) je utvrđena u 53,4% .U 2 osobe utvrđena su samo IgM anitela što ukazuje na verovatnu infekciju parainfluenca virusima i zahteva dalje serološko praćenje radi postavljanja konačne dijagnoze. Najveći postotak relativno nedavnih infekcija (60,0%) je dokazan u najmlađoj dobnoj grupi, u dece do 7 godina života . U različitim dobnim grupama učestalost ranije infekcije se kretala od 20,0% (u predškolske dece) do 60,25% u odraslih osoba (od 18 do 64 godine). Samo 13 tesiranih osoba (6,8%) imalo je negativna oba testa na parainfluenca viruse. Tokom juna i jula 2013. nije registrovan



nijedan slučaj relativno nedavne infekcije virusima parainfluence. Od avgusta 2013. broj relativno nedavnih slučajeva infekcije virusima parainfluence je bio u porastu i dostigao je maksimum u decembru 2013. kada je registrovano 11 slučajeva relativno nedavne infekcije virusima parainfluence od ukupno 18 testiranih (61,1%). Od januara do 26.03.2014. registrovano je ukupno 37 slučajeva relativno nedavne infekcije virusima parainfluence (u januaru i februaru po 13 a u martu 11 slučajeva). U istom periodu prošle godine registrovano je 8 slučajeva relativno nedavne infekcije.

**ZAKLJUČAK:** Velika učestalost relativno nedavnih slučajeva infekcije virusima parainfluence, posebno u najmlađoj posmatranoj dobnoj grupi, kao i velika prokuženost ukazuju na značaj ovoga humanog patogena u populaciji Južnobačkog okruga.

**Ključne reči:** Parainfluenza virusi, ELISA IgM i ELISA IgG.

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

## TAKAYASU ARTERITIS - OD PRETPOSTAVKE DO MDCT-OM POTVRĐENE DIJAGNOZE

*M.Vučković (1), N.Menković (1), M.Ilić (2), J.Markov(3), A.Petković (1), M.Stojanović (4), Ž.Marković (1), D.Mašulović (1)*

(1) KC SRBIJE, CENTAR ZA RADIOLOGIJU I MAGNETNU REZONANCU, (2)ZC ZAJEČAR, (3)OPŠTA BOLNICA VRŠAC, (4)KC SRBIJE, INSTITUT ZA ALERGOLOGIJU

**UVOD:**Takayasu arteritis je sistemski vaskulitis velikih arterija. Primarno dovodi do promena na aorti i njenim glavnim granama. Najčešće se javlja među azijskom rasom, ali se može vidjeti kod svih rasa. Uglavnom pogađa žene mlađe od 40 godina. MDCT je široko dostupan dijagnostički modalitet koji pruža tačne informacije o lokalizaciji i vrsti promena u zidovima krvnih sudova i kao takav potvrđuje dijagnozu Takayasu arteritisa i određuje stadijum bolesti.

**CILJ:**Prikaz uloge MDCT-a u postavljanju završne dijagnoze kod sumnje na vaskulitis velikih arterija.

**MATERIJAL I METODI RADA:**Tokom razdoblja od dve godine, 37 pacijenata sa uputnom dijagnozom arteritisa velikih krvnih sudova, prema kriterijumima Američkog Koledža Reumatologa, prošla su MDCT ispitivanje u Poliklinici KC Srbije, kao i analizu aktivnost i kliničkog statusa, seroloških markera i ultrazvono ispitivanje.

**REZULTATI:** Takayasu arteritis je dijagnostikovao kod 6 pacijenata, na temelju MDCT nalaza - morfološke promene u zidovima velikih krvnih sudova. U 5 potvrđenih slučajeva radilo se o osobama ženskog pola, četiri od njih bile su mlađe od 40 godina i jedna je bila starija a u jednom slučaju radilo se o muškarcu starosne dobi do 40 godina. U jednom slučaju radilo se o ranoj fazi bolesti, što se prikazalo kao zadebljanje zida grudne aorte, dok se kod ostalih pacijenata radilo o uznapredovaloj fazi, sa naizmeničnim stenozama i aneurizmatiskim promenama i oni su klasifikovani prema novoj angiografskoj klasifikaciji Takayasu arteritisa (1994). Doppler ultrasonografija je pokazala korelaciju sa MDCT nalazom u dva slučaja.

**ZAKLJUČAK:** MDCT je u odnosu na Color doppler ultrasonografiju superioran u prikazu velikih krvnih sudova grudnog koša. Takođe pruža dodatne informacije i omogućava procenu morfologije krvnih sudova i tačnu lokalizaciju promena u zidu. Sve navedeno dovodi do postavljanja konačne dijagnoze kada je u pitanju vaskulitis velikih krvnih sudova.

**Ključne reči:** MDCT, vaskulitis, veliki krvni sudovi

e-mail: vladimir.v@sbb.rs

Naziv sesije:

**HIRURGIJA I SRODNE GRANE**  
**Usmene prezentacije****AKUTNI RESPIRATORNI DISTRES SINDROM - NOVA BERLINSKA DEFINICIJA ARDS-A U KLINIČKOJ PRAKSI***Lj. Milošević (1), Jovanović K. (2), Lj. (Milošević 3)*

(1)KLINIČKO BOLNIČKI CENTAR ZVEZDARA BEOGRAD, (2) VISOKA MEDICINSKA ŠKOLA ČUPRIJA, (3)ZDRAVSTVENI CENTAR BOR

UVOD: Nova definicija "The Berlin definition of ARDS", objavljena u časopisu JAMA 2012. (update 2014.), je prva savremena izmena definicije kreirane 1994. god. od strane "American-European Concensus Conference". Berlinska definicija ima za cilj da kod ARDS-a pojednostavi dijagnozu, lečenje i bolje prognozira ishod.

Berlinska definicija uključuje sledeće: "Acute lung injury" (ALI) ne postoji više. Pacijenti sa  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  odnosom 200-300 imaju blagi oblik ARDS-a, 100-200 srednje teški a ispod 100 teški. Pojava i dijagnoza moraju biti akutni, unutar 7 dana od nekog definisanog događaja (sepsa, pneumonia ili jednostavno prepoznavanje pacijentovog pogoršanja respiratornih simptoma). Većina slučajeva ARDS-a javlja se unutar 72 sata od predpostavljenog okidača. Bilateralne senke u vezi sa plućnim edemom moraju biti prisutne tj. moraju da se otkriju na CT ili Rtg pluća. Nema potrebe da se isključuje popuštanje srca u novoj definiciji ARDS-a. Pacijenti sa visokim plućnim kapilarnim wedge pritiskom se objektivno procenjuju, ehokardiogramom da bi se isključio hidrostatski edem. Takođe, dijagnoza podrazumeva kategorizaciju hipoksemije uz primenu minimalnog PEEP-a od 5cm  $\text{H}_2\text{O}$ .

CILJ ISTRAŽIVANJA: Na sopstvenom materijalu u KBC Zvezdara utvrditi efikasnost i tačnost dijagnoze, procenu težine i prognozu u lečenju ARDS-a pomoću nove definicije i uporediti sa podacima iz literature.

MATERIJAL I METODI RADA: U KBC Zvezdara u toku 2013. god. lečeno je 80 pacijenata sa ARDS-om u jedinici intenzivne nege, 44 muškaraca i 36 žena, starosti od 28 do 80 godina. 20 je bilo sa blagim, 27 sa srednje teškim i 33 sa teškim oblikom. Uzroci su bili sepsa u 40, trauma u 8 i pankreatitis u 32 slučaja. Praćeni su sledeći parametri:  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ , Rtg grudnog koša ili CT, vreme do postavljanja dijagnoze ARDS-a, dužina lečenja u jedinici intenzivne nege i mortalitet u zavisnosti od težine. Svi pacijenti su bili na invazivnoj mehaničkoj ventilaciji po ARDSnet protokolu sa PEEP-om najmanje 5cm  $\text{H}_2\text{O}$ . Praćeni su i svi ostali parametri kardiovaskularne i ostalih funkcija.

REZULTATI RADA I DISKUSIJA: Dijagnoza ARDS-a i procena težine najbrže je postavljana, po kriterijumima Berlinske definicije, u lakom obliku (trećeg dana od razvoja uzroka), dok je u srednje teškom i teškom obliku to učinjeno između trećeg i šestog dana. CT dijagnostika se pokazala kao suverenija i preciznija metoda od Rtg pluća. Utvrđeno je da je  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  odnos precizniji pokazatelj pogoršanja stanja na plućima i težine sindroma nego svi ostali parametri disajne funkcije. Svi pacijenti su bili na invazivnoj mehaničkoj ventilaciji po ARDSnet protokolu i to blagi oblik 3-5 dana, srednje teški 4-7, a teški 9-14 dana. Nakon toga su odvikavani od mehaničke ventilacije i ekstubirani. Uzroci su lečeni odgovarajućom kauzalnom terapijom. Mortalitet do otpusta iz jedinice intenzivne nege iznosio je kod blagog oblika 29%, srednje teškog 31% i teškog 47%. Upoređenjem sa literaturnim podacima od 27%, 32%, 45% zaključili smo da postoje neznatne razlike u uspešnosti lečenja.

ZAKLJUČAK: Na osnovu našeg istraživanja, Berlinska definicija ARDS-a daje preciznije kriterijume za dijagnozu, brzu procenu težine, efikasnu primenu invazivne mehaničke ventilacije a, uz primenu kauzalne terapije osnovne bolesti ili povrede, manji mortalitet u kliničkoj praksi.

Ključne reči: ARDS, Berlinska definicija, mehanička ventilacija pluća

e-mail: milosevicliliana@yahoo.com

## PROFILAKSA POSTOPERATIVNE MUČNINE I POVRAĆANJA (PONV) KOD AMBULANTNIH INTERVENCIJA IZVEDENIH U ANESTEZIJI- NAŠA ISKUSTVA

Danijela Stanković, A. Nikolić

ZDRAVSTVENI CENTAR NEGOTIN

UVOD: PONV se neprepoznat i netretiran dešava kod 20-30% hirurške populacije, a kod visoko rizičnih pacijenata u preko 70%. Za pacijenta subjektivno predstavlja jednu od najnepoželjnijih komplikacija anestezije i hirurgije, izaziva diskomfor i distres, produžava vreme hospitalizacije i povećava troškove lečenja.

Prepoznavanje pacijenata sa rizikom od PONVa i multimodalni terapijski tretman po aktuelnim svetskim protokolima, od velikog je značaja.

U pacijente sa povećanim rizikom spadaju: žene u reproduktivnom periodu- 2-4 puta češće, pacijenti sa kinetozama i istorijom PONVa, nepušači, anksiozni, oni koji trpe akutni bol. PONV potenciraju anesteziološke i hirurške tehnike: velike doze dugodelujućih opioida, azot oksidul i volatilni anestetici, ginekološke intervencije. Multimodalni pristup podrazumeva primenu više medikamenata i anestetika, koji deluju na različitim neurofiziološkim i receptorskim nivoima, u sprečavanju PONVa.

U aktuelnim vodičima su: deksametazon, antiholinergici (skopolamin, atropin), metoklopramid, ranitidin, antihistaminici, haloperidol, izvođenje totalne intravenske anestezije (TIVA) propofolom i 100% kiseonikom.

Koraci u prevenciji PONVa nadalje su: nesteroidni antiinflamatorni lekovi (NSAL), male doze kratkododelujućih opioida, adekvatna intravenska hidratacija pre intervencije, anksioliza midazolamom. Studije pokazuju da su najefikasniji deksametazon i 5-HT3 receptor antagonisti (ondasetron, granisetron), kao i da je kombinacija više medikamenata delotvornija od bilo kog monoterapijski.

CILJ: Pokazati efikasnost multimodalnog pristupa u prevenciji PONVa kod identifikovane rizične hirurške populacije.

MATERIJAL I METODE: Retrospektivna statistička analiza podataka pacijenata rizičnih za PONV, iz anestezioloških protokola i karti anestezije za ambulantne intervencije, u trogodišnjem periodu.

REZULTATI: Tokom 2011., 2012. i 2013. godine u Zdravstvenom centru Negotin izvedeno je 964 ambulantih intervencija u anesteziji. Kod 145 (15.02%) pacijenata prepoznat je i tretiran rizik od PONVa, primenom prehidratacije, intravenski, analgesedacije (midazolam, NSAL), TIVA-e (propofol, alfentanil, O<sub>2</sub> 100%) i multimodalne terapije: deksametazona, metoklopramida, ranitidina, atropina. 129 (88,96%) su činili ženski pacijenti, a samo 16 (11.03%) muški.

119 pacijentkinja (82.7%) je podvrgnuto ginekološkim intervencijama, a 26 (17.93%) ortopedskim, zbog fraktura i luksacija ekstremiteta. Najviše je pacijentkinja u generativnom periodu, podvrgnutih namernom prekidu trudnoće 86 (59.31%). Dece, do 18 godina je 8 (5.52%), njih 6 sa prelomom ekstremiteta. Gerijatrijskih pacijenata, preko 65 godina je 7 (4.83%), od toga 6 sa frakturom i akutnim bolom, i 1 metroragija sa kinetozom u anamnezi. 33 (22.76%) intervencija i anestezija su izvedene kao hitne, od toga su 22 (66.67%) frakture i luksacije ekstremiteta, a 10 (33.34%) hitnih ginekoloških intervencija vezanih za komplikacije u trudnoći i porođaju (St. Post partus, Revisio cavi uteri; Abortus spontaneus incompletus)

Samo 3 (2.07%) ženska pacijenta, starosti između 20 i 30 godina, nakon hitnih ginekoloških intervencija izvedenih u anesteziji je imalo mučninu i nagon na povraćanje.

Ostali pacijenti su imali brz i nesmetan oporavak, i najveći broj, čije su indikacije to dozvoljavale, je nakon 2 sata od intervencije otpuštan sa bolničkog lečenja.

ZAKLJUČAK: Prepoznavanje i multimodalni terapijski tretman PONVa je značajno poboljšalo oporavak i zadovoljstvo pacijenata, i smanjilo dužinu intrahospitalnog lečenja. U odnosu na period pre primene protokola za tretman PONVa, upoređujući statističke podatke netretiranih pacijenata, pomak nabolje je očigledan.

ključne reči: PONV, profilaksa, multimodalni pristup

e-mail: [stankovic.danijela8@gmail.com](mailto:stankovic.danijela8@gmail.com)

Naziv sesije:

## HIRURGIJA I SRODNE GRANE Poster prezentacije

### AKUTNI PANKREATITIS – IZBOR METODE LEČENJA

*Ivan Matić, Miroslav Miljković, Z.Habe, D. Ilić, O.Matkić*

O.B.ALEKSINAC-HIRURSKO ODELJENJE

**UVOD:** Pankreatitis je bolest uzrokovana poremećajem biohemijske ravnoteže gušterače nastalim zbog različitih razloga: opstrukcija ili spazam Vaterove ampule, akutni holecistitis, alkoholizam, spoljašna kompresija na pankreasne izvodne kanale.

Izneseni su rezultati lečenja 22 bolesnika od akutnog pankreatitisa na hirurškom odeljenju opšte bolnice Aleksinac u periodu od januara 2001. do februara 2011. god.

Obe forme pankreatitisa, akutni i hronični nastaju kao posledica intraduktalne aktivacije proteaza pankreasnog soka i time dovode do aktivacije kalikrein - kinin kaskadnog sistema koji ima glavnu ulogu u patofiziologiji šoka kod pankreatitisa. Takođe, u toku proteolize oslobađa se Plazmin koji deluje fibrinolitički i dovodi do poremećaja koagulacijskog sistema.

Za pravilno lečenje nije dovoljno samo konstatovanje oboljenja nego treba insistirati na otkrivanju stadija bolesti i uznapredovalosti hemoragično-nekrotične destrukcije.

**MATERIJAL I METODE:** U periodu od januara 2001. God. do februara 2011. 22 bolesnika je lečeno od akutnog pankreatitisa na Hirurškom odeljenju bolnice Aleksinac.

U akutnoj fazi konzervativni tretman ima prednost nad operativnim procedurama osim u slučajevima teških komplikacija (akutni abdomen, teška hemoragija). Uočeno je da se mortalitet značajno umanjuje sa odlaganjem operativnog postupka.

Konzervativno je lečeno 14 pacijenata, (nazogastrična sukcija, infuzije, nadoknada tečnosti, antibiotici, analgetici, sekretorna imobilizacija pankreasa, nadoknada proteina i kalcijuma).

Operativno je lečeno 8 bolesnika (drenaža burse omentalis, peritonealna lavaža, necrosectomia, cholecystectomy). 6 bolesnika je operisano u postakutnoj fazi, od 5.do 7.dana a dva pacijenta su operisana u akutnoj fazi, u prvih 48sati pod slikom akutnog abdomena, zbog hemoragično nekrotičnog pankreatitisa.

Od ukupnog broja, troje bolesnika su završila sa letalnim ishodom usled progresije šoka i otkazivanja bubrega zbog nefroze i respiratorne insuficijencije zbog ARDS-a.

**REZULTATI I DISKUSIJA:** Najbolji rezultati se postižu u lečenju edematoznih pankreatitisa, dok su ostale forme akut.pankreatitisa praćene visokim mortalitetom, koji se kreće od 10-20% za hemoragično-nekrotične forme pankreatitisa. Takođe smatra se da operativna trauma u akutnoj fazi pospešuje razvoj respiratorne, kardiovaskularne i renalne insuficijencije, zato ne treba operisati pre 7. dana, jer je neophodna demarkacija nekrotičnih polja pankreasa. Vrlo je važno praćenje evolucije bolesti preko laboratorijskih parametara - glu, bilirubin, amilaza, AST, ALT, ALP, Wbc, Hgb, Hct, acidobazni status, parcijalni pritisak kiseonika, kontrola satne diureze i eho pregled abdomena.

Operisati treba bolesnike samo iz vitalnih indikacija (akut. abdomen, hemoragija).

### VIŠEPLODNE TRUDNOĆE I IVF (IN VITRO FERTILISATION)

*Ljubica Milošević (1), J. Jovanović (1), I. Milanović (1), M. Jovanović (1), Lj. Milošević (2)*

(1)ZDRAVSTVENI CENTAR BOR, GINEKOLOŠKO AKUŠERSKA SLUŽBA, (2)KBC ZVEZDARA BEOGRAD, SLUŽBA ZA ANESTEZOLOGIJU I REANIMACIJU

Incidenca blizanačkih trudnoća u prirodnim ciklusima je 12%, ali od toga preživi 14% začetih trudnoća. Blizanačke trudnoće, zavisno od rase javljaju se približno jedna na 80 do 100 porođaja. Ovo su rizične trudnoće koje prati i rizični porođaj, kako po majku tako i po plodove. Većina studija koja se bave blizanačkim trudnoćama iz IVF suočava se sa ograničenjima zbog dužine prikupljanja podataka, različitih protokola o vođenju i završavanju takvih trudnoća, malom veličinom uzorka kao i relativno kratkim periodom masovnije primene IVF i ET u našoj zemlji. Dilema i pitanja ima mnogo, a jedno je da li su višeploidne trudnoće iz procesa IVF pod većim rizikom za nepovoljniji perinatalni završetak od „spontano začetih“ blizanačkih trudnoća.

Cilj rada je da se utvrdi da li su blizanačke trudnoće iz IBF-a pod većim akušerskim i neonatološkim rizikom. Retrospektivnom analizom porođajnih protokola Ginekološko akušerskog odeljenja ZC Bor u periodu 2009-2013. praćeni su: ukupan broj porođaja, broj vaginalnih porođaja i Carskih rezova, ukupan broj gemelarnih trudnoća, način njihovog završetka, broj gemelarnih trudnoća iz IBF-a, način završetka tih trudnoća, nedelje gestacije, Apgar skorovi novorođenčadi i broj jednoplodnih trudnoća iz IBF-a.

U praćenom periodu bilo je 2109 porođaja, a porođaja sa blizanačkom trudnoćom 24 od toga 4 iz IVF-a. Prosečna gestacija završenih trudnoća je 34 do 37 nedelja, Apgar skorovi su se kretali od 6 i više, a sve četiri trudnoće su se završile operativnim putem. Jednoplodnih trudnoća iz UVF-a je bilo 17.

Svetska i naša literatura kažu da fetalni maternalni morbiditet i mortalitet se ne razlikuju po učestalosti u standardnoj blizanačkoj populaciji i IVF blizancima što je i pokazano i u ovom radu. Činjenica je da se te trudnoće i kod nas i u svetu češće završavaju operativno. Za ishod blizanačkih trudnoća uopšte, a posebno za one iz IVF, od značaja je adekvatna antenatalna kontrola, intrapartalna i postpartalna kontrola od akušera i neonatologa. Potrebna je i dobra saradnja ustanova i akušera sekundarnog i tercijalnog nivoa. Uz to povišeni psihološki i socijalni aspekti kod ovakvih trudnoća nesmeju se zanemariti.

e-mail: dumil@ptt.rs

Naziv sesije:

## STOMATOLOGIJA Poster prezentacije

### CAD/CAM (COMPUTER-AIDED DESIGN/COMPUTER-AIDED MANUFACTURE) POSTUPAK

*Božidar Đorđević, Jasmina Žikić*

PRIVATNA STOMATOLOŠKA ORDINACIJA "DR BOŽIDAR ĐORĐEVIĆ", ZAJEČAR

UVOD: Mogućnost izrade visokokvalitetnih, preciznih bezmetalno-keramičkih zubnih nadoknada u kratkom roku, jednoj ili dve posete lekaru, ima neuporedive prednosti u odnosu na konvencionalne metode kako za pacijenta tako i za lekara. U ovakvom postupku povećano dolazi do izražaja stručnost stomatologa. Veoma je bitna precizna priprema područja za sanaciju kao i beskompromisno precizan otisak (silikonima visoke preciznosti ili oralnim skenerom)

CAD-CAM je skraćena od engleske reči Computer-Aided Design/Computer-Aided Manufacture, odnosno računarski podržan dizajn i računarski podržana izrada inleja, onleja, krunica i mostova.

**Indikacije primene:** frakturirani zubi, tetraciklični zubi, abradirani zubi, promene morfologije zuba, MOD plombe

**PRIKAZ SLUČAJEVA:** U nekoliko prikazanih slučajeva prikazali smo proces izrade bezmetalnih zubnih nadoknada CAD-CAM metodom kod pacijenata sa frakturiranim, abradiranim zubima kao i kod pacijenta sa promenom morfologije zuba. Pacijenti su se obraćali našoj ordinaciji zbog narušene morfologije zuba (fraktura, erozija...) te je kod svih upotrebom CAD/CAM tehnike postignut odličan morfološki, funkcionalni ali i estetski efekat.

**NAČIN RADA:** CAD-CAM sistem se sastoji od kamere koja skenira situaciju u ustima i granicu preparacije zuba izrazitom preciznošću. Zahvaljujući CEREC Blucam kameri moguće je direktno skenirati preparirani zub u usnoj šupljini. Kompjuter prikazuje 3-D sliku zuba i omogućuje stomatologu precizno dizajniranje krunice. Nakon toga sledi mehanička proizvodnja "glodanje" u posebnoj komori koja obrađuje blokove estetskog porculanskog materijala i pretvara ih u osnovu protetskog rada na koju se u daljnjem postupku nanosi keramika kao i sitne estetske korekcije radi stvaranja što boljeg efekta prirodnog zuba

**PROCES IZRADE BEZMETALNIH NADOKNADA CAD-CAM TEHNIKOM :**

1. Pregled i anamneza na osnovu indikacije i stanja zuba
2. Priprema zuba – brušenje
3. Uzimanje virtuelnog otiska bluecamerom
4. Dizajn i virtuelno modeliranje u kompjuteru
5. "3D štampanje zuba" frez-aparatom

6. Završno glaziranje i dodavanje pigmenata na protetsku nadoknadu

7. Cementiranje definitivne krunice

**ZAKLJUČAK:** CAD-CAM metoda u odnosu na klasični način izrade protetskog rada: smanjuje proceduru izrade na 1-2 dana, a mogućnost greške također je svedena na minimum. Bezmetalni radovi kao što su ljuskice izrađuju se za 4-6 sati. Mogućnost izrade visokokvalitetnih, preciznih bezmetalno-keramičkih zubnih nadoknada u kratkom roku, jednoj ili dve posete lekaru, ima neuporedive prednosti u odnosu na konvencionalne metode kako za pacijenta tako i za lekara. Izostavljanjem klasičnih metoda saniranja bolesti zuba, radom na tek prepariranom kavitetu smanjuje se rizik bakteriološke kontaminacije i postiže se pozitivan uticaj na adhezivnu tehniku.

Cljučne reči: CAD/CAM postupak, bezmetalne nadoknade, bluecam kamera

e-mail: oral019@gmail.com

## SAVREMENI PRINCIP PROTETSKOG LEČENJA ENDODONSKI ZBRINUTIH ZUBA

*V. Petković, L. Milovanović*

PRIVATNA STOMATOLOŠKA ORDINACIJA "PROTETIKDENT"

**UVOD:** Kod endodontskih zbrinutih zuba nakon nekog vremena krunični deo zuba promeni boju ili može doći do frakture krunice takvih zuba. Ranije smo takve zube zbrinjavali livenim nadogradnjama i adekvatnim krunicama. U novije vreme sve češće livenu nadogradnju zamenjujemo fiber glas kočićima.

**CILJ RADA** je bio prikaz slučajeva gde smo primenili fiber glas kočiće u terapiji endodontski zbrinutih zuba.

**METODOLOGIJA I REZULTATI:** Korišćeni su fiber glas kočići koji su fiksirani core build materijalom u kanalu a takodje se i krunični deo oblikovao sa tim materijalom. Preko su izradjene metalo keramičke ili bezmetalno keramičke koje su fiksirane odgovarajućim cementima.

Za period od tri godine zbrinuto je 140 zuba. 2011 (ukupno 36 kruna od toga 28 sa livenim nadogradnjama, 8 sa fiber glas kočićima, ponovljene dve krunice sa fiber glas kočićima.) 2012. (ukupno 38 kruna od toga 18 livenih kočića, 20 fiber glas kočića, pukla 2, rascimentirala se 2 fiber glas kočića i 3 livena kočića se razcementirala) 2013 (Ukupno 66 kruna sa fiber glas kočićima i 16 sa livenim kočićima, razcementiralo se 6 fiber glas kočića i 2 livena kočića)

**ZAKLJUČAK:** Primenom fiber glas kočića smanjujemo mogućnost kasnije frakture korena zuba i omogućavamo biološki prenos pritiska na okolne koštane strukture korena takvog zuba. Takođe skraćujemo vreme izrade i ugradnje kočića jer isključujemo rad u zbuo tehničkoj laboratoriji a i postižemo bolji estetski momenat kod definitivnog zbrinavanja kruničnog dela zuba bezmetalnom keramičkom krunom.

Cljučne reči- Endodontski lečeni zubi, fiber glas kočić, fraktura krunice zuba.

e-mail: dr.vesna60@yahoo.com

Naziv sesije:

### JAVNO ZDRAVLJE Usmene prezentacije

## BAKTERIJSKI UZROČNICI ENTEROKOLITISA NA TERITORIJI GRADA NIŠA

*Marina Kostić(1), Svetlana Stević(1), Zoran Veličković(1,2)*

(1)INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE NIŠ, (2)MEDICINSKI FAKULTET U NIŠU

Akutni dijarealni sindrom je jedno od najčešćih oboljenja u svetu, odmah iza akutnih respiratornih infekcija. Bakterije su jedne od najčešćih uzročnika dijareje, a neke od njih luče i enterotoksine koji dovode do pogoršanja kliničke slike i smrtnog ishoda.

CILJ: sagledati epidemiološke karakteristike enterokolita izazvanih bakterijama u populaciji grada Niša u cilju boljeg sprovođenja nadzora, protivepidemijskih mera i zdravstveno-vaspitnog rada.

METOD RADA: Primenjen je deskriptivni metod rada. Kao izvor podataka korišćene su prijave oboljenja-smrti od zaraznih bolesti i godišnji izveštaji IZJZ Niš. Posmatrani period je 2009 – 2013. godina. Stope su nestandardizovane i računane na 100.000 stanovnika

REZULTATI: U priodu od 2009. do 2013. godine registrovana su 1244 slučaja bakterijskih enterokolita u populaciji grada Niša. Zabeležena su 1244 slučaja obolevanja i 29 smrtnih ishoda ( jedan od Salmonelle i 28 od Clostridium-a difficile). Cl.difficile i Salmonella su najčešće izolovani uzročnici obolevanja– 34,97%, odnosno 34,24%. Sledi Campylobacter sa 20,34%. U znatno manjem broju izolovani su: Bacilus cereus – 5,14%, Yersinia enterocolitica – 4,74%, Shigella-e – 0,48% i enteropatogena E.coli – 0,08%. Srednja godišnja stopa obolevanja iznosi 93,8. Najviše obolelih registrovano je 2013. godine – 23,07%, ( stopa 110,28) a najmanje 2009. – 15,27% ( stopa 73,01). Maja meseca je registrovan najveći broj obolelih – 11,82%. Muškarci su više obolevali u odnosu na žene (stopa 495,08:461,85). Iz urbane sredine potiče 2/3 obolelih ili 75,96%. Petinu obolelih čine deca 0-4 godina ( stopa 168,9), kod kojih salmonela i kamilobakter uzrokuju u 93,27% dijareju. U najstarijim uzrasnim grupama Cl.difficile je najčešći. Zbog bolesti je hospitalizovano samo 36,50% obolelih.

ZAKLJUČAK: Kod bakterijskih enterokolita najvažnije su nespecifične preventivne mere, dok se vakcine daju po epidemiološkim indikacijama. Obolevanje velikog broja dece predškolskog i školskog uzrasta – 37,86%, ukazuje na potrebu za većim angažovanjem u zdravstveno vaspitnom radu zdravstvenih radnika. Sve zastupljenije registrovanje obolelih od enterokolita izazvanih Cl. difficile opominju na racionalniju upotrebu antibiotika.

Ključne reči: enterokoliti, Clostridium difficile, Salmonella, Campylobacter , preventivne mere

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

## ZDRAVSTVENI RADNICI I VAKINACIJA PROTIV GRIPA

*Ivana Đurić-Filipović (1), I.Ranković (2), Đ.Filipović (3), M.Tasić (4)*

(1)SANOFI PASTEUR-BELGRADE OFFICE, (2)KLINIČKI CENTAR SRBIJE, KLINIKA ZA GASTROENTEROLOGIJU I HEPATOLOGIJU, (3)GRADSKI ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ BEOGRAD, (4)DOM ZDRAVLJA "DR SIMO MILOŠEVIĆ"-ČUKARICA, BEOGRAD

UVOD: Vakcinacija je najbolja specifična mera prevencije infekcija izazvanih virusom influence. Kada se cirkulišući i soj virusa koji se nalaze u vakcini poklapaju efikasnost vakcine protiv gripa je između 70-90% kod prethodno zdravih odraslih osoba. Vakcinacija smanjuje stopu bolovanja, korišćenje zdravstvene službe, korišćenje antibiotika, stopu komplikacija, hospitalizacija i mortaliteta.

CILJ: Cilj rada je bio da se ispituju stavovi zdravstvenih radnika u vezi sa vakcinacijom protiv sezonskog gripa.

MATERIJAL I METODI RADA: Istraživanje je sprovedeno uz pomoć upitnika otvoreno-zatvorenog tipa tokom sezone gripa 2013/2014. U studiji je učestvovalo 200 zdravstvenih radnika (lekari, medicinski tehničari i farmaceuti) Gradskog Zavoda za hitnu medicinsku pomoć u Beogradu.

REZULTATI: Distribucija ispitanika po polu 45.5% muškaraca i 55.5% žena. Ispitanici su bili prosečne starosti 42.3 godine ( 123 lekara i 75 medicinskih tehničara i 2 farmaceuta). Najveći broj lekara su bili lekari su bili lekari opšte medicine-84, 23-specijaliste interne medicine, 2 hirurga, 2 anasetziologa, 5 urgentologa i 7 pedijatar). Samo 3 ispitanika (1.5%) se vakciniše protiv sezonskog gripa svake godine, 15 ispitanika (7.5%) skoro svake godine, 32 (16%) se vrlo retko vakciniše, a čak 75% ispitanika se nikada nije vakcinisalo protiv gripa. Na pitanje zašto se ne vakciniše protiv sezonskog gripa zdravstveni radnici u našem istraživanju su navodili različite razloge (neki čak i više razloga). Nakon statističke obrade došli smo do sledećih rezultata: 55% ispitanika se ne vakciniše zbog straha od neželjenih reakcija, 75% jer nisu zabrinuti zbog posledica gripa, 40% ispitanika nema percepciju o sopstvenom riziku, 42% sumnja u efikasnost vakcine, 25% ne voli vakcine, 15% misli da ima kontraindikacije, 20% ispitanika se "ne seti" da se vakciniše, a samo 5% ističe da je nedekvatna dostava razlog propuštanja vakcinacije.Ovako niska stopa svesti o važnosti vakcinacije kod zdravstvenih radnika je veoma zabrinjavajuća. Najveći broj lekara i med. tehničara se ne vakciniše iz straha od neželjenih reakcija.

ZAKLJUČAK: Zdravstveni radnici imaju povećan profesionalni rizik da obole od gripa jer u većoj meri dolaze u kontakt sa pacijentima koji mogu biti oboleli. Sa druge strane zdravstveni radnici mogu biti kao potencijalni

prenosioci virusa na druge osobe. Iz oba razloga predstavljaju apsolutni prioritet i neophodna je njihova redovna vakcinacija protiv sezonskog gripa.

Ključne reči: influenza, zdravstveni radnici, prevencija, vakcinacija

e-mail: drivanica@yahoo.com

## RAK GLIĆA MATERICE NA RASINSKOM OKRUGU I IZAZOVI U SPROVOĐENJU NACIONALNOG SKRINING PROGRAMA

*Mirjana Avramović (1), S.Živković (2), D.Vuksanović (1), M.Mihajlović (3), N.Jovanović (3), A.Bojanić (1)*

(1) ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVLJE KRUŠEVAC, (2) INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE BATUT, (3) ZDRAVSTVENI CENTAR KRUŠEVAC

UVOD: Svake godine na Rasinskom okrugu u proseku 33 žene obole a 11 žena umre od raka grlića materice. U okviru sprovođenja nacionalnog skrining programa u 2013. otkriveno je 7 karcinoma grlića materice (Kruševac i Trstenik).

CILJ: Sagledavanje epidemioloških karakteristika raka grlića materice i mogućnost smanjenja smrtnosti uključivanjem žena u skrining program.

MATERIJAL I METODI RADA: Deskriptivni epidemiološki metod. Korišćena je baza podataka CR4 za Rasinski okrug kao i baza podataka za umrle. Obe ove baze se održavaju u Zavodu za javno zdravlje Kruševac.

REZULTATI: U desetogodišnjem periodu 2002-2011 rak grlića materice je sa 6,5% učestvovao u obolevanju od raka kod žena. Prosečna stopa incidencije raka grlića materice koja je iznosila 17,9 bila je na drugom mestu po visini, odmah ispod stope incidencije raka dojke koja je iznosila 58,2/100000. Najviše uzrasno specifične stope bile su u uzrasnoj grupi 45-49 godina 57,2/100000 kao i u grupi 60 do 64 godina 53,9/100000. Uglavnom su novootkriveni slučajevi raka grlića u uznapredovalom stadijumu. Urađeni su trendovi kretanja incidencije i mortaliteta raka grlića materice 1999-2011. Incidencija je pokazala tendenciju opadanja  $y = -0,0297x + 21,57$ ; dok je mortalitet pokazao tendenciju porasta  $y = 0,1791x + 4,6846$ . U 2011 godini stopa incidencije raka grlića materice kao i prosečna stopa mortaliteta od raka grlića materice na Rasinskom okrugu bile su niže od proseka za Centralnu Srbiju.

ZAKLJUČAK: Očekujemo da će se u toku sprovođenja Nacionalnog skrining programa raka grlića materice najpre povećati incidenca raka grlića u celini, povećaće se incidencija neinvazivnih karcinoma. Očekujemo da će incidencija invazivnog karcinoma da opada. Očekuje se i opadanje mortaliteta kao i produžavanje preživljavanja novootkrivenih karcinoma grlića materice.

Ključne reči: rak grlića, incidencija, mortalitet, skrining

e-mail: sinnnav@hotmail.com

## ZNANJE ZAJEČARSKIH OSMAKA O KONTRACENCIJI I POLNO PRENOSIVIM BOLESTIMA 2014. GODINE

*Vera Najdanović-Mandić, Ana Veljković*

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, DISPANZER ZA ŽENE

Rizično seksualno ponašanje povezano je, ne samo sa neželjenom trudnoćom, već i sa raznim infekcijama, koje mogu da uzrokuju nastanak raka grlica materice i uruše reproduktivno zdravlje. Cilj rada bio je analiza znanja učenika osmog razreda o kontracepciji i polno prenosivim bolestima (PBB) u 2014. godini. Kao metod rada korišćen je individualni anonimni upitnik koji je prethodio predavanju o kontracepciji i PPB lekara Dispanzera za žene, Zdravstvenog centra u Zaječaru. Upitnik je sadržavao pitanja opšteg tipa (pol, stručna sprema roditelja i mesto stanovanja), znanje o kontracepciji (šta je, metode i sredstva kontracepcije) i PPB, izvore informacija, da li bi voleli da svoja znanja prošire, da li su seksualno aktivni i da li pritom koriste neki od vidova kontracepcije. Anketirano je 350 učenika, 160 (46%) devojčica i 190 (54%) dečaka iz 5 gradskih osnovnih škola i 2 seoske (Veliki Izvor i Zvezdan). Sve gradske škole imale su po 3 odeljenja, ukupno 283 (81%) učenika, 138 (49%) devojčica i 145 (51%) dečaka. U seoskim školama anketirano je 67 (19%) učenika, 22 (33%) devojčice i 45



(67%) dečaka. **Rezultati.** Viši stepen obrazovanja roditelja anketiranih učenika je u gradskim školama u odnosu na seoske škole. Na pitanje da li znaju šta je kontracepcija u 58% dobili smo pozitivan odgovor. Devojčice su spremnije odgovarale sa **da** u 74%. Samo 45% od svih dečaka potvrdilo je da znaju. Ova samouverenost se pokazala kao preterana, jer na konkretno pitanje čemu služi kontracepcija, bez odgovora je ostalo 58% upitnika. Jedan odgovor je navelo 115 učenika, a 32 su dala dva odgovora. Interesantno je da je veći broj devojčica svoje znanje o kontracepciji vezivalo za sprečavanje trudnoće 42%, dok su dečaci kontracepciju vezivali skoro podjednako za zaštitu od trudnoće 46%, tako i od PPB 41%. Poražavajuće je da 66% anketiranih učenika nije naveo ni jedno sredstvo, 77% dečaka i 53% devojčica. Najčešće pominjano kontraceptivno sredstvo je kondom (češće su ga navodili dečaci), tablete (češće su ga navodile devojčice). Učenici pretežno nisu informisani o kontracepciji i takvih je 67%. Svi anketirani učenici koji su dali odgovor o PPB znaju za SIDU, njih 79%. Seksualno je aktivno 8% i to samo dečaci. **Zaključak.** Učenici završnog razreda zaječarskih osnovnih škola imaju oskudno znanje o kontracepciji, a već stupaju u seksualne odnose. SIDA je jedina polno prenosiva bolest za koju znaju. Svakako je odgovornost na društvenoj zajednici i lekarima da učine više po pitanju edukacije omladine i sačuvaju i unaprede njihovo reproduktivno zdravlje.

**Ključne reči:** kontracepcija, polno prenosive bolesti, reproduktivno zdravlje

e-mail: veranajdanovicmandic@gmail.com

## REPRODUKTIVNO ZDRAVLJE STUDENATA, ZNANJA O HIV-U I PPB

Vesna Andrejević(1), B.Radivojević (1), M.Ilić (2)

(1)INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE KRAGUJEVAC, (2)DOM ZDRAVLJA KRAGUJEVAC

**UVOD:** Reproductivno zdravlje predstavlja usklađenost i normalno odvijanje fizičkih, mentalnih i socijalnih procesa koji se odnose na reproduktivni sistem i njegove funkcije. Ono podrazumeva normalni polni razvoj i sazrevanje, seksualnu ostvarenost, kao i razvoj zdravih, ravnopravnih i odgovornih odnosa. Reproductivno zdravlje pretpostavlja, takođe, ispunjavanje reproduktivne funkcije na zdrav i željen način, te sprečavanje oboljenja i povreda u vezi sa seksualnošću i reprodukcijom.

**CILJ:** Osnovni cilj istraživanja je da se proceni stepen ugroženosti reproduktivnog zdravlja studenata analizom njihovog seksualnog ponašanja, kao i analiza stavova i znanja studenata vezano za HIV i polno prenosive bolesti.

**MATERIJAL I METODI RADA:** Rad je dizajniran u vidu deskriptivne studije preseka, koja je sprovedena tokom juna i jula 2013. godine. Uzorak je činilo 195 studenata četiri fakulteta Univerziteta u Kragujevcu. Istraživanje je sprovedeno primenom modifikovanog anketnog upitnika. Za statističku obradu podataka korišćen je softverski paket IBM SPSS Statistics 20.

**REZULTATI:** Svaka deseta devojka u seksualne odnose je stupila u uzrastu 13 – 14 godina, dok je nešto više od trećine prvo seksualno iskustvo imalo u uzrastu starijem od 19 godina. Ovi rezultati slični su rezultatima istraživanja koje je sprovedeno 2000. godine u studentskoj poliklinici u Beogradu. (Cucić i sar.).U vreme kada je rađeno istraživanje seksualnog partnera imalo je 60,1% ispitanika. Većina ispitanika, njih 96,4% seksualno iskustvo imala je sa partnerima suprotnog pola, dok je seksualno iskustvo sa partnerima istog pola imalo 3,0% ispitanika, a sa partnerima oba pola 0,6%.

Istraživanje u vezi sa stavovima i ponašanjem studenata u vezi sa reproduktivnim zdravljem, pokazuje da ispitanici u najvećem procentu održavaju seksualne odnose samo sa jednim partnerom (71,9%). Seksualno iskustvo sa većim brojem partnera, za šta se izjasnilo 9% ispitanika, povećava rizik za nastanak bolesti koje se prenose seksualnim kontaktom i tako ugrožavaju reproduktivno zdravlje.

Reproductivno zdravlje dodatno ugrožava i činjenica da mali broj ispitanika koristi po–uzdanu kontracepciju. Kao najčešće primenjivana kon–tracpcija je kondom 32%. Sledi prekinut snošaj i neplodni dani sa po 8,8%, zatim pilu–la 4,7%, lokalna hemijska sredstva 3,3%, dijafragma 2,1%, intrauterina spirala 1%.

Analizom stavova i znanja studenata medicine i ostalih fakulteta možemo da zaključimo da studenti medicine imaju više znanja u odnosu na svoje kolege sa drugih fakulteta. Međutim, primetno je da jedan broj studenata nema dovoljno znanja o HIV infekciji i SIDI. Kod jednog broja studenata prisutna je nedoumica u vezi prenošenja HIV-a.

**ZAKLJUČAK:** Posedovanje znanja o seksualnosti, fiziologiji reprodukcije, kontracepciji, namernom pobačaju i polno prenosivim infekcijama je preduslov za formiranje pravih stavova iz oblasti planiranja porodice i za preuzimanje odgovornosti u polnom ponašanju.

Na osnovu rezultata sprovedenog istraživanja možemo da zaključimo da je reproduktivno zdravlje studenata ugroženo u značajnom stepenu. To je delom posledica nedovoljne informisanosti mladih o seksualnosti, kontracepciji i bolestima koje se prenose seksualnim kontaktom.

Da su informisanje i edukacija mladih o reproduktivnom zdravlju neophodni kako bi se sprečile brojne neželjene posledice neznanja i rizičnog ponašanja potvrđuju i znanja studenata Univerziteta medicinskih nauka u Kragujevcu u odnosu na znanja koja poseduju njihove kolege sa drugih fakulteta, ali stoji i činjenica da mladi nedovoljno primenjuju stečena znanja.

Ključne reči: znanje, reproduktivno zdravlje, polne bolesti, studenti

e-mail: andrejevic.vesna@gmail.com

## UČESTALOST ŠTETNIH NAVIKA, PUŠENJE CIGARETA I KONZUMIRANJA ALKOHOLA KOD ADOLESCENATA U ZAJEČARU

*Brankica Vasić (1), B.Jelenković (2), B.Kostić (3), Lj.Tešanović (4), D.Petrović (5)*

(1)ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, DEČIJI DISPANZER, (2) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, PEDIJATRIJSKA SLUŽBA, (3) MEDICINSKA ŠKOLA, ZAJEČAR, (4)TEHNIČKA ŠKOLA, ZAJEČAR, (5)GIMNAZIJA, ZAJEČAR

UVOD: Mladost je razdoblje eksperimentisanja i oblikovanja identiteta. Deo ovog razvojnog procesa uključuje traženje novih senzacija i preuzimanje nekih rizika. Oko 30% adolescenata od 15 do 18 godina u Evropi su pušači. Posebno alarmantno je da je povećanje najzapaženije među mladim devojkama. Dvadeset devet odsto mladih ljudi (uzrasta 15-16 godina), puši cigarete, u zemljama istočne Evrope u odnosu na 26% u zemljama zapadne Evrope. Alkoholizam mladih je u porastu.

CILJ: Istraživanje učestalosti štetnih navika pušenje cigareta i konzumiranja alkohola kod srednjoškolaca u Zaječaru

MATERIJAL I METODI RADA: Podaci o učestalosti pojedinih štetnih navika dobijeni su anonimnom anketom učenika III i IV razreda srednjih škola (Medicinska, Gimnazija i Tehnička škola - M/G/T). Statistička značajnost testirana je  $\chi^2$  testom.

REZULTATI: Anketirano je 604 adolescenta (M/Ž-277/327- 45,9%/54,1%), odnosno po školama-M/G/T-246/166/192. Od naših ispitanika puši cigarete 24,4% mladića i 30,5% devojaka. Nismo ispitivali razloge koji su doveli do pušenja prve cigarete, ali je 54,4 % mladića bar jednom zapalilo cigaretu i 65% devojaka, M/Ž-54%/65% ( $p<0,01$ ), do jednom nedeljno M/Ž-24%/30%, a po školama M/G/T- 70%/55%/52%;  $p<0,01$ . Prvu cigaretu popušilo je do 14 godine 22,6% svih ispitanika, u 15. i 16. godini svaki peti ispitanik, sa 17 godina 17% i u 18. oko 2%. Prvi put alkoholno piće do 15. godine života popilo je 41% ispitanika, isto toliko u 15. i 16. godini. Pivo svakodnevno ili jednom nedeljno pije M/Ž - 40%/14%; po školama M/G/T-22%/21%/36%; vino M/Ž - 17,5%/14%, po školama M/G/T - 11%/18%/19% i žestoka pića M/Ž - 19%/10%; po školama M/G/T - 9%/15,6%/20%. Oko 40 % od svih ispitanika prvi put se opilo pre 16. godine.

ZAKLJUČAK: Svakodnevno puši cigarete 24% adolescenata i 30% adolescentkinja ( $p<0,01$ ). Prvu cigaretu popušilo je do 14. godine 22,6% ispitanika, a u 15. i 16. godini svaki peti ispitanik.

Pivo svakodnevno ili bar jednom nedeljno pije M/Ž-40%/14% ispitanika. Zabrinjava podatak da se oko 40 % svih ispitanika prvi put opilo pre 16. godine. Štetne navike po zdravlje adolescenata prisutne su još u osnovnoj školi (OŠ), te preventivne aktivnosti treba više usmeriti na više razrede OŠ.

Ključne reči: Štetne navike, adolescenti

e-mail: vasic7@open.telekom.rs

## ZAVISNOST OD INTERNETA KAO PROBLEM MLADIH

*Vesna Andrejević (1), B.Radivojević (2)*

(1)INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE KRAGUJEVAC, (2)DOM ZDRAVLJA KRAGUJEVAC

UVOD: Nove informacione i komunikacione tehnologije (ICT), sa svim svojim obeležjima, predstavljaju osnovu novog informatičkog doba. Informacione tehnologije restrukturisu tradicionalne dimenzije vremena i prostora u kojima živimo, radimo i komuniciramo. Većina adolescenata zna štetne posledice psihoaktivnih supstanci, a

manji broj upoznat je da i internet i kockanje su podjednako težak porok. Internet može postati izvanredna prednost naše svakodnevnice, jer nam donosi informacije u realnom vremenu, ali može istovremeno postati i zamka, jer možeš pristupiti sajtovima koji ne predstavljaju sigurne informacije ili sajtove koji mogu negativno uticati na razvoj dece.

CILJ: Pretraživanje dostupne literature.

MATERIJAL I METODI RADA: Istraživanje predstavlja studiju preseka, koja je sprovedena tokom decembra 2012. godine u Službi za zdravstvenu zaštitu studenata Doma zdravlja Kragujevac. Istraživanje je sprovedeno primenom modifikovanog anketnog upitnika. Za statističku obradu podataka korišćen je softverski paket IBM SPSS Statistics 20

REZULTATI: U Americi, mladi uzrasta 8 – 18 godina u proseku provode 44,5 sati nedeljno ispred računara, dok se oko 23,8% izjašnjava da osećaju zavisnost od video igrice. Rezultati našeg istraživanja pokazali su da slobodno vreme 47,3% mladih provodi gledajući TV, koristeći kompjuter. Kompjuter koristi svakodnevno 86,4% studenata. Prosečno vreme koje provode za kompjuterom iznosi 5,6 sati, odnosno 39,2 sata nedeljno. Najviše vremena se provodi na društvenim mrežama, dok je mali deo onih koji koriste kompjuter radi učenja. S druge strane fizički je svakodnevno aktivno 30 minuta, samo 12,8% studenata. Prema istraživanju Instituta za psihologiju Filozofskog fakulteta u Beogradu, kompjuter je kod mladih prvenstveno sredstvo zabave, a korišćenje u edukativne svrhe je veoma retko. Rezultati istraživanja među srednjoškolicima u Vojvodini pokazuju da kompjuter koristi 83% mladih srednjoškolaca, dok se prosečno za računarom dnevno provede oko tri sata. U Crnoj Gori 15% učenika zapostavlja obaveze u školi zbog interneta, 30% propušta san zbog fejsbuka.

Veliki broj mladih, prema rezultatima istraživanja, njih čak 47% niko ne kontroliše dok koriste internet. Ovakav rezultat poklapa se sa činjenicom da je sve više dece izloženo nasilnim, pornografskim sadržajima, probleme rešavaju nasiljem, pa tako i kada odrastu beže od problema i ne suočavaju se sa realnošću.

Rezultat je svakako u vezi i sa današnjim načinom života, stopom nezaposlenosti, standardom i time što roditelji, pod velikim pritiskom, obezbeđuju svojoj porodici egzistenciju, pa često rade i nekoliko poslova i nisu prisutni u najbitnijim segmentima odrastanja svoje dece.

ZAKLJUČAK: Društvu treba vremena da prihvati promene i da svoj odnos prema deci prilagodi tim promenama. Zbog toga, roditelji ostaju kao jedini oslonac deci u vremenu globalizacije, brzog protoka informacija, virtuelnih načina komuniciranja, plasiranja svih tržišno validnih informacija i svih onih promena koje će doživeti mediji masovnog komuniciranja u budućnosti. Praktično, odgovor se svodi samo na pitanje vaspitanja.

Ključne reči: zavisnost, mladi, problemi, internet

e-mail: andrejevic.vesna@gmail.com

## NAVIKE U ISHRANI I FIZIČKA AKTIVNOST STUDENATA

*Bisenija Radivojević(1), V.Andrejević (2)*

(1)DOM ZRAVLJA KRAGUJEVAC, (2) INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE KRAGUJEVAC

Još 350 godina pre nove ere Hipokrat je rekao: „Kada bismo svakome mogli da damo pravu količinu hrane i vežbanja, ni premalo, ni previše, našli bismo najsigurniji put do zdravlja“. Uravnotežena ishrana je osnov za očuvanje i unapređenje zdravlja, s jedne strane, ali može biti i uzročnik pojave bolesti, ili njenog sprečavanja s druge strane. Pravilna ishrana, koja podrazumeva adekvatan sastav i pravilan raspored dnevnih obroka, je odvelikog uticaja na zdravstveni status svakog pojedinca, a posebno na studentsku populaciju koja je izložena stalnim psiho-fizičkim naporima. Uz pravilnu ishranu fizička aktivnost treba da bude sastavni deo života mladih ljudi. Sami studenti nedovoljno brinu o svom zdravlju i sopstvenoj ishrani. Ovu činjenicu oni najčešće pravdaju nedostatkom vremena izazvanog obavezama oko studija.

CILJ RADA: Osnovni cilj istraživanja je da se utvrde navike u ishrani studentske populacije u Kragujevcu.

MATERIJAL I METODE: Rad je dizajniran u vidu studije preseka. Uzorak je činilo 499 studenata Univerziteta u Kragujevcu. Istraživanje je sprovedeno primenom modifikovanog anketnog upitnika. Za statističku obradu podataka korišćen je softverski paket IBM SPSS Statistics 20.

REZULTATI: Svakoga dana doručkuje 64,5% studenata, pri čemu devojke češće preskaču doručak, pre podne nikada ne užina njih 44,7%. Ručak je najredovniji obrok, čak 92% ruča svakoga dana. Posle podne svakodnevno užina njih 31,9%, dok je večera obavezan obrok za 64,5%. Svakodnevno sveže voće zastupljeno je u ishrani 28,3% studenata, sveže povrće kod njih 19,9%, dok su slatkiši svakodnevno zastupljeni kod 26,6%. Više od

četvrtine studenata tri i više puta nedeljno ima brzu hranu kao jedan od obroka. Ovi podaci nešto su lošiji u odnosu na podatke koji se odnose na opštu populaciju mladih u Srbiji. Redovno trenira 14.7% studenata, dok se fizičkim aktivnostima radi održavanja fizičke kondicije najmanje 4 sata nedeljno bavi 11,4%, a najmanje 4 sata nedeljno hoda ili vozi bicikl 26,7%. U Srbiji 15% studenata ima pola sata forsirane fizičke aktivnosti samo 2-3 puta mesečno. Takođe zabrinjava i činjenica da se tokom godine kod oko 2,5% studenata otkrije neko kardiovaskularno oboljenje, 1,1% ima bolesti žlezda sa unutrašnjim lučenjem, od čega je 10% diabetes mellitus tip I. Istraživanja su pokazala da su znanja o ishrani niska kod srednjoškolske omladine, a poređenja rezultata ukazuju da mladi nastavljaju i loš obrazac ponašanja naučen u srednjoj školi.

**ZAKLJUČAK:** Dobro zdravlje i odgovarajuća funkcionalnost kroz čitav život su dostižni ciljevi. Oni zahtevaju usvajanje i dugoročno prihvatanje zdravog stila života, a kamen temeljac je raznovrsna ishrana i fizička aktivnost, odnosno, uspostavljena energetska ravnoteža. Edukacija o pravilnoj ishrani neophodna je radi unapređenja znanja i stavova kako dece, adolescenata, tako i studenata. Koncept totalne ishrane dece i adolescenata ne samo da treba da promoviše zdravlje mladih, već treba i da smanj rizik za kasniji razvoj hroničnih bolesti.

Ključne reči: navike, ishrana, studenti

e mail:bradivojevic@yahoo.com

## **POROĐAJNA TEŽINA I FAKTORI RIZIKA ZA KARDIOVASKULARNA OBOLJENJA (KVO) KOD DEČAKA U 10. I 15. GODINI U JUSAD STUDIJI**

*Bratimirka Jelenković (1), Brankica Vasić (2), Ivana Novaković (3)*

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

**UVOD:** Fetalna pothranjenost može biti uzrok povišenog krvnog pritiska. Deca rođena kao hipertrofična imaju veću sklonost da postanu gojazna u mlađoj odrasloj dobi. Relativno je malo studija koje su se bavile tom problematikom, naročito kod muškog pola.

**CILJ:** utvrđivanje uticaja porođajne mase na prisustvo faktora rizika za kardiovaskularna oboljenja (KVO) kod dece uzrasta 10. godina i 15. godina u JUSAD studiji (Jugoslovenska studija prekursora ateroskleroze kod školske dece). Praćeni su antropometrijski parametri (telesna visina-TV; telesna masa-TM), parametri procene stepena uhranjenosti (indeks telesne mase-ITM); vrednosti arterijskog krvnog pritiska (sistolnog –SKP i dijastolnog-DKP), lipidni status.

**MATERIJAL I METODI RADA:** Podaci su dobijeni fizikalnim pregledom dečaka, učenika III razreda (N=1414) koji je učinjen 1998. godine osnovnih škola (OŠ) u šest Domova zdravlja (Arilje; Beograd-Palilula;Beograd -dr.Simo Milošević; Gradiška, Despotovac; Zaječar; Knjaževac;Užice i Požarevac) u prvoj fazi JUSAD studije. Indeks telesne mase (ITM) - BMI (Body Mass Index)- izračunat je prema standardnoj formuli. Svi ispitanici su na osnovu porođajne telesne mase svrstani u tri kategorije-I-deca rođena sa TM manjom od P5 (2599g i manja); II- normalna porođajna TM (PM P5-P95;2600g-3999g) i III-deca sa povećanom telesnom masom na rođenju (PM  $\geq 95$  za pol;4000 i više g) (N=176/1414;12,4%). Kod sve tri grupe ispitanika praćeni su u uzrastu od 10. i 15. godina: KP, antropometrijski parametri;stadijum pubertetskog razvoja; stepen uhranjenosti i lipidni status. Statistička značajnost testirana je t-testom (SN-statističkineznačajno;p<0,01 p<0,05).

**REZULTATI:** Od 1414 deteta na osnovu porođajne TM: I grupa : N=54/1414;3,8%; II grupa: N=1120/1414;79,2% i III grupa: N=176/1414;12,4%. Rezultati su prikazani tabelarno kao proseki i standardna devijacija (SD). KP je dat u mmHg,lipidni status u mmol/l. Prikazani su: Porođajna težina, antropometrijski parametri (TV;TM), parametri procene stepena uhranjenosti (ITM); vrednosti arterijskog krvnog pritiska (SKP i DKP) i stadijum pubertetskog razvoja, kao i lipidni status.kod ispitanika u uzrastu od 10. i 15. godina. U odnosu na stepen uhranjenosti u posmatranim uzrastima postoji statistički značajna razlika, odnosno deca rođena kao hipertrofična imaju i kasnije veći prosečni ITM,veću TT i TV u odnosu na grupu eutrofične i hipotrofične dece. U 10. godini ITM se kretao: I-16,33; II grupa-17,09; III grupa-17,72. U 15. godini ITM se kretao: I-19,81; II grupa-20,32; III grupa-20,89. Što se tiče KP razlika postoji samo kod SKP u 15. godini ( II grupa SKP=113,68;. III grupa SKP=116,13 mmHg) U 10. godini deca rođena kao hipotrofična imaju manji stadijum pubertetskog razvoja, dok u 15. godini nema razlike prema porođajnoj težini. U uzrastu od 10 godina hipotrofična deca imaju veću vrednost HDL holesterola (I-1,52mmol/l; II grupa-1,42 mmol/l; III grupa-1,44

mmol/l ) u 15.godini veću vrednost ukupnog holesterola (I-4,40 mmol/l; II grupa-4,19 mmol/l; III grupa-4,22 mmol/l) i LDL holesterola (I-2,57 mmol/l; II grupa-2,39 mmol/l; III grupa-2,31 mmol/l)

ZAKLJUČAK: Mala, odnosno velika porođajna masa značajno je povezana sa antropometrijskim parametrima ( TM; TV) I parametrima procene stanja uhranjenosti (ITM) kod dece u uzrastu od 10 i 15. godina ali ne i sa visinom SKP I DKP. U uzrastu od 10 godina hipotrofična deca imaju veću vrednost HDL holesterola, u 15.godini veću vrednost ukupnog i LDL holesterola. Naši rezultati su u saglasnosti sa rezultatima dobijenim u istraživanjima koja su se bavila sličnom problematikom.

Ključne reči: Porođajna masa (PM); Indeks telesne mase (ITM); arterijski krvni pritisak (AKP).

e-mail: bratimirkajelenkovic@gmail.com

## UTICAJ INDEKSA TELESNE MASE NA POJAVU ZNAKOVA POLNOG SAZREVANJA KOD DEČAKA

*M. Nikolić, N. Savić, B.Radojević*

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

UVOD: Pojava pubertetskog sazrevanja rezultat je složene interakcije geografskih, genetskih, neuroendokrinih i psihosocijalnih činilaca pri čemu pojedinačni doprinos nije lako odrediti. Za razliku od devojčica, kod kojih je povezanost stanja uhranjenosti I početka polnog sazrevanja dosta izučavana i dokumentovana, manje je studija koje bi ustanovile sličnu povezanost kod dečaka.

CILJ RADA je ustanoviti vezu stanja uhranjenosti I znakova polnog sazrevanja kod školske dece bez težih hroničnih oboljenja.

MATERIJAL I METODE: Posmatrani uzorak čini 139 dečaka, učenika petog razreda svih pet gradskih osnovnih škola u Zaječaru. Kod njih je u okviru redovnog sistematskog pregleda februara 2014. godine pored antropometrijskih merenja određivan I stadijum pubertetskog razvoja po Tanneru. Korišćenjem deskriptivne statistike i hi kvadrat testa ispitivana je veza indeksa telesne mase ITM I stadijuma puberteta po Tanneru.

REZULTATI: Prosečna visina dečaka u ispitivanoj grupi bila je 150,58cm(od 134,5 do 170, SD=7,72), telesna masa 45,74kg(26-88, SD=11,44). Izračunat prosečni ITM je 19,47kg/m<sup>2</sup>(13,65-31,65, SD=3,76); najviši ITM imaju dečaci OŠ "Ljuba Nešić"- 20,42 a najniži dečaci OŠ "Desanka Maksimović"- 19,51kg/m<sup>2</sup>. Bez znakova puberteta bilo je 42(30,2%) dečaka dok je među preostalima bilo 68(48,9%) u drugom,20(14,4%) u trecem, 7(5%) u četvrtom I 2(1,4%) u petom stadijumu po Tanneru.

Sve dečake iz uzorka nakon izračunavanja ITM podelili smo u tri grupe: one kod kojih je ITM <15,8( <15 percentila), 15,8-22,1(p15-85) I grupa predgojazne I gojazne dece sa ITM 22,1< (p>85). Bez znakova polnog sazrevanja bilo je 41,18% dečaka u prvoj 30,68% u drugoj I 23,53% u trećoj grupi dečaka. Relativni odnos dečaka bez znakova puberteta među grupama p<15 I p15-85 bio je 1,34 a odnos p<15 I p>85 1.75.

Korišćenjem hi kvadrat testa pokazano je da je u grupi p15-85 više dečaka doseglo pubertet nego u grupi p<15, pri čemu razlika nije statistički značajna (p=0,075) grupa p>85 značajno više od grupe p15-85 (p=0,0124) dok je najznačajnija razlika među grupama preuhranjene I slabije uhranjene grupe dečaka (p=0,0027).

ZAKLJUČAK: na uzorku zdrave školske dece uzrasta 11 do 12 godina pokazana je pozitivna korelacija Indeksa telesne mase I pojave puberteta kod dečaka, uz oprez da se radi o studiji preseka I nisu uključeni podaci o kretanjama ITM dečaka iz uzorka u dužem vremenskom periodu. S obzirom na protivurečnost rezultata različitih autora, potrebno je vise prospektivnih studija na velikim serijama dečaka da bi se ispitala priroda veze između ITM I puberteta.

Ključne reči: indeks telesne mase, ITM, pubertet, Tanner

e-mail:miki.talenat@gmail.com

## UTICAJ INDEKSA TELESNE MASE NA POJAVU ZNAKOVA POLNOG SAZREVANJA I POJAVU MENARHE KOD DEVOJČICA

N.Savić, M. Nikolić, B. Radojević

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

**UVOD:** Pojava pubertetskih odlika zavisi od brojnih psihoemocionalnih, rasnih, etničkih i neuroendokrinih činilaca. Uticaj svakog faktora ponaosob nije lako odrediti, ali utacaj Indeksa telesne mase (Body Mass Indeks-BMI) i pojave puberteta dosta je ispitivan, posebno kod devojčica.

**CILJ:** Cilj rada je ispitivanje povezanosti stanja uhranjenosti i pojave znakova polnog sazrevanja, kao i veza BMI i pojave menarhe kod devojčica bez težih hroničnih oboljenja.

**MATERIJAL I METODE:** Posmatrani uzorak čini 127 devojčica petog razreda svih pet gradskih osnovnih škola u Zaječaru. Kod njih je u okviru redovnog sistematskog pregleda pored antropometrijskih podataka određivan stadijum pubertetskog razvoja po Tanneru i uzimani anamnestički podaci o pojavi menarhe. Korišćenjem deskriptivne statistike, te testa i hi kvadrat testa ispitivana je veza BMI i pubertetskog razvoja i pojave menarhe.

**REZULTATI:** Prosečna visina devojčica u ispitivanoj grupi bila je telesna masa a BMI 18,87kg/m<sup>2</sup> (od 12,7 do 34.6, SD=3,81). Bez znakova puberteta bilo je 19(14,96%) devojčica, drugi stadijum razvoja po Tanneru bio je prisutan kod 39(30,7%), treći kod 37(29,1%), četvrti kod 25(19,7%) a peti kod 7(5,1%).

Sve devojčice iz uzorka podelili smo tako da je u prvoj grupi 30 devojčica čiji je BMI ispod 16(p<15 percentila), u drugoj 78 sa BMI 16-23(p15-85) a u trećoj 19 devojčica sa BMI preko 23(p>85), dakle grupa predgojazne i gojazne dece. Bez znakova polnog sazrevanja bilo je 40% devojčica u prvoj, 8,97% u drugoj i nijedna devojčica u trećoj grupi. Relativni odnos devojčica bez uočenih znakova puberteta među grupama p<15 i p15-85 je 4,46.

Korišćenjem hi kvadrat testa pokazano je da u grupama p15-85 i p>85 visoko značajno više (p<0,0000001) devojčica pokazuje znake puberteta nego u grupi slabije uhranjenih devojčica p<15.

U ispitivanom uzorku menarha se pojavila kod 27(17,87%) devojčica. BMI u grupi devojčica sa menstruacijom je 21,4kg/m<sup>2</sup>, SD=4,2 a u grupi bez menarhe je 18,36, SD=3,46. Opažen veći steepen uhranjenost u grupi devojčica koje su dobile menarhu je statistički visoko značajan p=0,00015.

**ZAKLJUČAK:** Na uzorku zdrave dece uzrasta 11 do 12 godina uočena je pozitivna korelacija Body mass indexa sa pojavom pubertetskog razvoja i pojavom menarhe, što pokazuje i serije drugih autora. Oprez u izvođenju zaključka nameće se zbog činjenice da se radi o studiji preseka i nema relevantnih podataka o kretanjama BMI kroz vreme za devojčice iz uzorka.

**Ključne reči:** pubertet, Tanner, Body mass index, BMI, menarha

e-mail: [natasa-milicevic@live.com](mailto:natasa-milicevic@live.com)

## KADA KOD UROLOGA?

Radoš Žikić

POLIKLINIKA "PAUNKOVIĆ", ZAJEČAR

Obzirom na veoma česte i teške bolesti urotrakta kod pojave simptoma treba se odmah javiti urologu.

- bolna stanja i povišena temperatura sama dovode pacijenta urologu
  - bezbolna hematurija je veoma ozbiljan simptom koji treba da upozori pacijenta da se što pre javi urologu
  - bračni infertilitet, 2 godine nakon normalnog bračnog života ako nema začeca muškarac treba da se javi i urologu
  - muškarcima iznad 50 godina starosti bez obira na simptome treba jedan put godišnje da se jave urologu za pregled
- Cilj ovog rada je da PREVENTIVU uroloških bolesti stavi u prvi plan.

**Ključne reči:** zapaljenje, kalkuloza, malignomi, infertilitet, simptomatologija, preventiva.

e-mail: [rados.zikic@gmail.com](mailto:rados.zikic@gmail.com)

Naziv sesije:

**JAVNO ZDRAVLJE  
Poster prezentacije****EPIDEMIJA HEPATITISA A NA TERITORIJI NOVOG SELA***Sonja Antonijević, L. Hristov Mitić, S. Milošević*

DOM ZDRAVLJA NIŠ

UVOD: Hepatitis akuta virosa A je akutno infektivno oboljenje sa inkubacijom od 7 do 45 dana, praćeno je mučninom, povraćanjem, povećanom temperaturom. Mokraća je taman kao pivo, a stolica aholična(bela) bez žućnih boja.

CILJ: Prikaz epidemije žutice na jednom delu teritorije Niša-Novo Selo, od novembra 2007 do februara 2008 godine.

METOD I MATERIJAL: Praćenje zdravstvenih kartona i knjige prijavljivanja zaraznih bolesti 40 pacijenata u periodu epidemije u Nišu- na teritoriji Novog Sela i to 26 muškaraca i 14 žena.

REZULTATI: Praćeno je 40 pacijenata i to 26 muškaraca i 14 žena. Bolest se javila u mlađoj populaciji i to kod dece predškolskog i školskog uzrasta i kod pacijenata do 40 godina života. Samo jedan pacijent je bio starosne dobi od 47 godina. Prema strukturi stanovništva radilo se o nezapošljenim osobama 21, 13 su bili radnici, 2 poljoprivrednici, 1 student, 2 samostalnih zanatlija i 1 raseljeno lice. Izvor zaraze burekdžijada u Nišu. Putevi širenja zaraze: preko prljavih ruku i preko zaražene hrane. Iako u 21 veku govorimo da su epidemije zaraznih bolesti uglavnom suzbijene desilo se da se potkrala epidemija prljavih ruku, kada su higijensko-epidemiološke mere kontrole i nadzora nad hranom i vodom za piće na zavidnom nivou. Ipak ovako veliki skupovi sa masovnim okupljanjem naroda nemoguće je bilo kontrolisati i izvršiti adekvatan nadzor i kontrolu.

ZAKLJUČAK: Sprovođenje redovnog nadzora i kontrole hrane i vode za piće od strane epidemiološke službe Zavoda za zaštitu zdravlja kao i redovne sanitarne preglede osoba koje su u kontaktu i rade sa hranom kao i kontrola svih objekata koji pripremaju, prerađuju i prodaju hranu od strane inspeksijskih službi. Najveći akcenat treba biti na zdravstveno vaspitnom radu sa pacijentima o održavanju i sprovođenju higijenskih mera kod pripreme hrane kao i mera zaštite ukućana pri pojavi obolelog u porodici, sprovođenje dezinfekcije u objektima javne isprave kao i pravilno rukovanje sa zaraženim materijalom. Jedino na ovaj način možemo se braniti od zaraznih bolesti.

Ključne reči: epidemija, zarazne bolesti, prevencija, izvor zaraze, širenje i suzbijanje.

e-mail: lmitic@yahoo.com

**PREVALENCA INFEKCIJE HUMANIM PAPILOMA VIRUSIMA KOD DEVOJAKA  
SREDNJOŠKOLSKE POPULACIJE I STUDENATA U NOVOM SADU***Gordana Kovačević (1), L.Turo (2), Ž.Vinarž (2), G.Marinković (2), B.Brašanac (2), D.Vuleta (3), N.Rodić (4), S.Tica (5), V.Petrović (1), V.Milošević (1)*

(1)INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE VOJVODINE, (2)ZAVOD ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU STUDENATA, (3)KLINIČKI CENTAR VOJVODINE-KLINIKA ZA GINEKOLOGIJU I AKUŠERSTVO, (4)DOM ZDRAVLJA NOVI SAD, (5)PRIVATNA GINEKOLOŠKA ODRINACIJA "DELICHON"

UVOD: Genitalna infekcija Humanim papiloma virusima (HPV) je najčešća seksualno-prenosiva bolest, povezana sa nastankom prekanceroznih lezija i raka grlića materice. Najveći broj infekcija ovim virusom dešava se među adolescentima i mladim osobama.

CILJ: Cilj istraživanja je bio utvrđivanje učestalosti HPV infekcija kod devojaka srednjoškolske populacije i studentkinja iz Novog Sada, kao i utvrđivanje određenih kofaktora rizika koji doprinose sticanju i perzistiranju infekcije.

MATERIJAL I METODI RADA: Istraživanje je sprovedeno od avgusta do decembra 2012. godine i obuhvatilo je 72 studentkinje i 28 učenica srednjih škola. Za izolaciju HPV DNA iz endocervikalnih briseva korišćen je komercijalni kit Sorb A, (Sacace, Biotechnologies, Italy). Genotipizacija 12 visokorizičnih HPV tipova i dva niskorizična tipa vršena je upotrebom komercijalnih kitova HR-HPVReal-TM i HPV 6 / 11 real-TM (Sacace, Biotechnologies, Italy). Učesnice istraživanja potpisale su informisani pristanak i popunile anketni upitnik.

**REZULTATI:** Molekularnom dijagnostičkom metodom HPV infekcija je potvrđena kod 78% ispitanice populacije. Kod HPV pozitivnih ispitanica, infekcija visoko rizičnim HPV dokazana je kod 98,7%, a infekcija nisko rizičnim tipovima kod 15,4%. Infekciju sa jednim HPV tipom imalo je 43,6% devojaka, a mešovitu infekciju 56,4%. Najprevalentniji visoko rizični tip bio je HPV tip 16, potvrđen kod 51,3 % pozitivnih ispitanica. Sledeći po učestalosti je bio HPV tip 31 dokazan kod 24,3%, HPV tip 18 kod 16,6%, HPV tip 51 kod 16,6%, HPV 58 kod 12,8%. HPV tipovi: 33, 35, 39, 45, 52, 56 i 59 nađeni su u manje od 10%. Vakcinalni tipovi HPV 16 i 18 dokazani su kod 67,9% ispitanica, HPV tipovi 6 i 11 kod 15,4% ispitanica. Uredan citološki nalaz dijagnostikovao je kod 94,2% ispitanica. Atipična citologija ASCUS nađena je kod 3,8% ispitanica, a HSIL kod 1,9%. Iz anketnih upitnika dobijeni su podaci o prosečnoj godini stupanja u prvi seksualni kontakt koja je kod većine 17 godina; 27% devojaka puši oko 4 godine i prosečno 14 cigareta dnevno; 23% devojaka koristi oralna kontraceptivna sredstva; 35% redovno koristi prezervativ; 15% devojaka je potvrdilo da su lečene od seksualno - prenosivih infekcija (hlamidija, mikoplazma, ureoplazma, herpes); 26% devojaka ima kondilome; 38% devojaka je upoznato o značaju humanih papiloma virusa kao uzročniku seksualno prenosivih infekcija; 86% devojaka nikada do sada nije radilo analizu na humane papilomaviruse; 71,3% ispitanica odlazi jednom godišnje na ginekološki pregled.

**ZAKLJUČAK:** Dobijeni rezultati ukazuju na veoma visoku zastupljenost genitalne HPV infekcije među srednjoškolkama i studentkinjama iz Novog Sada, pri čemu dominiraju visoko onkogeno rizični HPV. Rad na prosvetivanju mladih i primena adekvatne profilakse značajno bi smanjile incidenciju HPV infekcije kod mladih osoba.

**Ključne reči:** HPV infekcija, real-time PCR, studenti, adolescenti

*Veliku zahvalnost dugujemo Gradskoj upravi za zdravstvo Grada Novog Sada, koja je podržala naš projekat i time omogućila realizaciju ovog istraživanja.*

e-mail: gordana.kovacevic@izjzv.org.rs

## **PREVALENCIJA OBOLJENJA KOŠTANO-ZGLOBNOG SISTEMA KOD SLUŽBENIKA U BANCIMA - REZULTATI PERIODIČNOG LEKARSKOG PREGLEDA**

*D. Vešović (1,2,3), P. Radojković (2), M. Žilih (2)*

(1) VISAN - VISOKA ZDRAVSTVENO - SANITARNA ŠKOLA STRUKOVNIH STUDIJA, BEOGRAD, (2) BEL MEDIC – DOM ZDRAVLJA, BEOGRAD, (3) DR GIFING – CENTAR ZA HRONO-ISHRANU, BEOGRAD

**UVOD:** Jedna od najučestalih oboljenja u vezi s radom su oboljenja koštano-zglobnog sistema (KZS). Faktori rizika za razvoj ovih oboljenja jesu brojni. Među njima, najznačajnije mesto zauzimaju: ponavljani pokreti, rad u nefiziološkom položaju (i neadekvatna ergonomska rešenja), izloženost vibracijama, hladnoća, dugotrajno sedenje ili stajanje. Pored ovih faktora, na razvoj ovih oboljenja utiču i fizička kondicija pojedinca, starosno doba, socijalni faktori, psihički stres, pol (učestalija kod muškaraca) itd. Tokom perioda odmora, simptomi oboljenja mogu da se povuku ali, kod nekih, mogu ostati i trajno prisutni. U nekim zanimanjima, oboljenja KZS imaju visoku prevalenciju (npr. kod minera, rudara, građevinaca i sl.); međutim, porast njihove prevalencije je zabeležen i u sektoru u kome su ranije imale manju učestalost - npr., kod službenika u bankama. Istraživači smatraju da je ovo posledica dugotrajnog sedenja i rada za računom.

**CILJ:** Cilj rada je da prikaže prevalenciju oboljenja KZS-a u sklopu prevalencije svih oboljenja uočeni nakon periodičnog lekarskog pregleda službenika u banci.

**MATERIJAL I METODI RADA:** Za izradu rada su korišćeni lekarski izveštaji iz službe medicine rada, a koji su dobijeni nakon periodičnog lekarskog pregleda (PLP). PLP administrativnih radnika banke je obavljen tokom 2012/2013.g. Broj ispitanika bio je 247. Svi ispitanici su zaposleni u jednoj banci i njenim filijalama širom teritorije Srbije. Za statističku obradu podataka, korišćene su osnovne metode deskriptivne statistike.

**REZULTATI:** Od ukupnog broja ispitanika, bilo je 175. (71%) žena, dok je muškaraca bilo 72. (29%). Prosečna starost ispitanika bila je 38.g. Među ispitanicima je bilo 75. pušača (31%), prekomerna telesna masa je uočena kod 34. ispitanika (14%), poremećaj metabolizma masti je registrovan kod 50 ispitanika (20%), povišen krvni pritisak uočen je kod 9. ispitanika (4%). Refrakcione anomalije (kratkovidost, dalekovidost, astigmatizam), kao i oboljenja KZS (nepravilno držanje, deformiteti kičmenog stuba, hronični spazam mišića vratnog i ramenog pojasa) imaju najvišu prevalenciju - i jedne i druge su uočene kod 112. ispitanika (45%). Dugo sedenje na



radnom mestu uz rad na računaru, često i u ne-ergonomskom položaju, predstavlja faktor koji pogoduje razvoju oboljenja KZS-a. U cilju umanjena tegoba, kao i u cilju prevencije daljeg progrediranja tegoba izazvanih nefiziološkim položajem prilikom rada, svim ispitanicima su dati saveti za redovnu sprovođenje rekreativne fizičke aktivnosti i pokazane su vežbe za jačanje paravertebralne muskulature. Takođe, ukazano je i na pravilno držanje tela tokom sedenja i rada za računarem. U nekim slučajevima, indikovana je i fizikalna terapija.

**ZAKLJUČAK:** Rad službenika u banci je karakterističan po dugotrajnom sedenju i radu za računarem što je, sigurno, jedan od faktora koji pospešuje razvoj oboljenja KZS-a.

**Ključne reči:** Periodični lekarski pregledi, profesionalne bolesti, administrativni radnici, oboljenja koštano-zglobnog sistema

e-mail: vesovic@rocketmail.com

## **POREMEĆAJ METABOLIZMA LIPIDA KOD ZDRAVSTVENIH RADNIKA**

*Savica Mičković, S.Keković*

DOM ZDRAVLJA PODGORICA, CENTAR ZA MEDICINU RADA

**UVOD:** Hiperlipoproteinemije se prema svojoj etiologiji dijele na nasledne (porodične, primarne) i stečene (sekundarne). Prema kliničkom obliku i vrsti poremećaja lipoproteina, hiperlipoproteinemije su podijeljene na 6 tipova. Kod tipa VI mogu u razno vrijeme postojati razne hiperlipoproteinemije, uglavnom tipovi IIa, IIb i IV. Sekundarne hiperlipoproteinemije se javljaju kod mnogih bolesti. One utiču na metaboliizam lipoproteina, povećavajući sintezu određenih lipoproteina (bolesti štitne žlijezde, dijabetes mellitus, bolesti bubrega, alkoholizam, uzimanje nekih lekova i dr.).

**CILJ RADA:** Cilj rada da se ispita u kojoj mjeri je poremećaj metaboliizma lipida zastupljen kod zdravstvenih radnika.

**METOD RADA:** Primijenjena je analitička metoda

**REZULTATI:** Izvršena je analiza 130 kartona zdravstvenih radnika koji su obavili preventivne preglede u toku 2012. god. Bilo je 44 (33,84%) prethodna i 86 (66,15%) periodičnih pregleda. Zaposlenih muškog pola je bilo 59 (45,38%), a žena 71 (54,61%). Ljekara specijalista različitih grana medicine pregledano je 51 (39,23%), a medicinskih tehničara sa srednjom i višom stručnom spremom 79 (60,76%). Analizom je utvrđeno da kod 94 (72,30%) zaposlenih zdravstvenih radnika postoji neka vrsta povećanih lipida u krvi. Poremećaj metaboliizma lipida je u nešto većem broju registrovano kod zaposlenih ženskog pola 50 (53,19%). Povećane vrijednosti lipida u krvi pronađene su kod 34 (36,14%) ljekara, a 60 (63,82%) medicinskih tehničara. Od ukupnog broja zaposlenih ljekara 66,66% je imao neki poremećaj metaboliizma lipida. Izvršena je analiza prema vrsti povećanih lipida u krvi. Najveći broj zaposlenih ima povišen ukupni holesterol i LDL holesterol u krvi 46 (48,93%); 25 (26,59%) ima normalan ukupni holesterol, a povišen LDL holesterol; 14 (14,89%) ima povišen ukupni holesterol, LDL holesterol i povišene trigliceride. Muškarci i žene u najvećem broju imaju povišen ukupni holesterol i LDL holesterol. Žene u većem procentu imaju povišen LDL holesterol, a normalan ukupni holesterol, a muškarci u većem broju imaju povišen ukupni holesterol, LDL holesterol i trigliceride. Povišeni LDL holesterol preko 3,5 mmol/l ima čak 53,19%, a ukupni holesterol preko 6,5 mmol/l 22,34% zaposlenih sa poremećajem metaboliizma lipida.

**ZAKLJUČAK:** Zdravstveni radnici u zabrinjavajuće visokom procentu imaju neki oblik poremećaja metaboliizma lipida u krvi. Hiperlipoproteinemije su u nešto većem broju zastupljene kod žena. U značajnom procentu neki od poremećaja metaboliizma lipida imaju zaposleni mlađe životne dobi. Visok procenat poremećaja metaboliizma lipida je registrovan i kod ljekara i kod medicinskih tehničara. Povišen ukupni holesterol i LDL holesterol su u najvećem procentu zastupljeni i kod muškaraca i kod žena. Žene u većem procentu imaju povišen LDL holesterol, a normalni ukupni holesterol, a muškarci povišen ukupni holesterol, LDL holesterol i trigliceride. Uzroke ovakvog stanja treba tražiti u već dokazanim naslednim faktorima, zatim vrsti rada, organizaciji rada (noćni rad) i permanentnom stresu.

**Ključne riječi:** Poremećaj metaboliizma lipida, zdravstveni radnici

e-mail: zmickovic@gmail.com

## ZDRAVSTVENI RADNICI – PUŠAČI ILI NEPUŠAČI

*Savica Mičković, S.Keković*

DOM ZDRAVLJA PODGORICA, CENTAR ZA MEDICINU RADA

UVOD: Štetni efekti pušenja prvi put su dokazani prije pedesetak godina. Sredinom dvadesetog vijeka započinju istraživanja radi utvrđivanja uticaja pušenja na zdravlje. Godine 1952. engleski ljekari R. Doll i A. B. Hill dokazali su na grupi od 40 000 pacijenata uzročnu povezanost između pušenja i karcinoma bronha i pluća, te infarkta miokarda i hronične opstruktivne plucne bolesti. Od tada su brojne kliničke, laboratorijske i epidemiološke studije u svijetu ispitivale učinak pušenja na zdravlje i potvrdile da konzumiranje duvana i duvanskih proizvoda, i to posebno pušenje cigareta, ali i izloženost duvanskom dimu, odnosno takozvano pasivno pušenje, znatno pridonose obolijevanju i prevremenom umiranju od niza bolesti. Posljedice pušenja su brojne i od izuzetnog značaja za pojedinca, njegovu porodicu, preduzeće i društvo u cjelini. Pušenje se smatra pojedinačno najvažnijim preventabilnim uzrokom obolijevanja, invaliditeta i smrtnosti, važnijim od drugih faktora radne sredine. Sastav duvanskog dima zavisi od tipa duvana, načina njegovog gajenja i prerade. U njemu je indetifikovano više od 4000 jedinjenja. Nikotin izaziva rast arterijskog pritiska i srčane frekvencije, stimuliše strukturu CNS-a i aktivira oslobađanje acetilholina, izaziva mobilizaciju slobodnih masnih kiselina, povećava agregaciju trombocita i sl. Veći broj slučajeva naprasne smrti pušača zbog oboljenja kardiovaskularnog sistema u korelaciji je s brojem cigareta.

CILJ RADA: Cilj rada je da se ispita u kojoj je mjeri pušenje kao loša navika zastupljeno kod zdravstvenih radnika.

METOD RADA: Primijenjena je analitička metoda.

REZULTAT: Izvršena je analiza 67 preventivnih kartona zdravstvenih radnika. Analizirani su kartoni doktora medicine i medicinskih tehničara. Veći broj zaposlenih sa srednjom i višom stručnom spremom (56,71%) u odnosu na broj zaposlenih ljekara (43,28%). Nesto veći broj zaposlenih je ženskog pola (53,73%), a muškaraca je bilo 46,26%. Od ukupnog broja ispitanika 43 (64,17%) su nepušači, a 18 (26,86%) su pušači; 6 (8,95%) su bivši pušači. Veći procenat pušača sa srednjom i višom stručnom spremom (62,5%) u odnosu na ljekare pušače (37,5%). Sto se tiče pola pušenje je u potpuno istom broju zastupljeno kod muškaraca i kod žena. Pušenje je gotovo podjednako zastupljeno kod svih starosnih struktura, kako kod mlađih tako i onih srednje životne dobi. Do jedne kutije cigareta dnevno puši 12 (66,66%) pušača, a 6 (33,33%) puši više cigareta od jedne kutije dnevno. Do pet godina pušačkog staža ima 7 (38,80%) pušača, a duže od 5 godina 11 (61,11%).

ZAKLJUČAK: Veći broj zaposlenih zdravstvenih radnika su nepušači, ali značajan broj (26,86%) ima lošu naviku pušenja cigareta. Veći broj pušača je među zaposlenima sa srednjom i višom stručnom spremom u odnosu na pušače ljekare. Podjednako puše i žene i muškarci, a u približno istoj mjeri pušenje je zastupljeno kod mlađih i kod starijih zaposlenih. Više pušača ima duži pušački staž od 5 godina, a više je onih koji puše do jedne kutije cigareta dnevno. Navika pušenja kod zdravstvenih radnika je u korelaciji sa hroničnim profesionalnim stresom i povezana je sa visokom tenzijom i anksiožnošću.

Ključne riječi: Zdravstveni radnici, pušenje, štetni efekti.

e-mail: zmickovic@gmail.com

## PRISUSTVO PORODIČNOG NASILJA KOD PACIJENKINJA LEKARA OPŠTE MEDICINE

*Sonja Antonijević, L.Hristov Mitić, S.Milošević*

DOM ZDRAVLJA NIŠ

UVOD. Nasilje nad ženama obuhvata širok spektar različitih formi zlostavljanja, na osnovu rodnog obeležja, koje je usmereno prema ženama i devojkama u različitim periodima njihovog života. Nasilje nad ženama je rezultat neravnoteže moći između žena i muškaraca koja dovodi do diskriminacije žena, i u okviru društva i unutar porodice.

CILJ RADA. Utvrditi prisustvo nasilja nad ženama među pacijenkijama koje posećuju ordinacije lekara opšte medicine.

METOD. Urađena je skrining anketa u Domu zdravlja i nekoliko ambulanti. Obuhvaćene su ambulante na seoskom i gradskom području. Anketirane su žene od 20 do 65 godina koje su se tog dana zatekle u ambulantama. Ukupno je anketirano 238 žena.

REZULTATI. Postavljeno je 11 pitanja. 1) Da li poznajete neku ženu koja je bila žrtva nasila? 29% da, nekoliko njih, 25% da, jednu, 46% ne. 2) Da li u vašem okruženju smatraju normalnim da muž tuče ženu? 9% da, 72% ne, 19% zavisi od situacije. 3) Da li je vaš suprug ikada bio nasilan prema Vama (udarao Vas, šutirao, vređao, omalovažavao...) 73% nikada, 24% ponekad, 3% stalno. 4) Kome bi ste se Vi obratili za pomoć ukoliko bi partner digao ruku na Vas? 30% rodbini/prijateljima, 46% policiji, 16% socijalnoj službi, 5% izabranom lekaru, 3% ne znam. 5) Šta mislite koliko situacija treba da bude ozbiljna da biste se nekom obratili za pomoć? 13% mislim da mi niko ne bi pružio adekvatnu pomoć, 40% pomoć bih tražila samo kada više nema nade da će se nešto promeniti i kada sama ne uspem da rešim svoje probleme, 47% odmah bih se obratila za pomoć ljudima koji su za to nadležni ili meni bliski. 6) Smatrate li da je nasilje izraženije među određenim socijalnim strukturama? 63% da, 37% ne. 7) Da li ste čulo da postoje telefoni kojima se tokom celog dana i noći možete obratiti za pomoć? 65% da, 35% ne. 8) Da li znate da postoje sigurne kuće za smeštaj žena koje su izložene nasilju? 90% da, 10% ne. 9) Da li smatrate da problem nasilja nad ženama zasluđuje veću pažnju u javnosti? 98% da, 2% ne. 10) Mislite li da je stanovništvo dovoljno informisano o ovom problemu? 23% da, 77% ne. 11) Da li imate poverenja u državne institucije (sudstvo, policiju, centar za socijalni rad) koje pružaju pomoć ženama žrtvama nasilja? 52% da, 48% ne.

ZAKLJUČAK. Nasilje nad ženama je prisutno i još uvek je prisutno mišljenje da je normalno da muž tuče ženu, žene su obavestene o postojanju institucija kojima se mogu obratiti za pomoć, i imaju poverenje u institucije sistema. Takođe smatraju da bi trebalo da se više govori o nasilju u javnosti i da stanovništvo nije dovoljno informisano o ovom problemu. Zabrinjavajuće je to što je 3% žena stalno, a čak 24% periodično izloženo nasilju. Ključne reči. Nasilje nad ženama, državne institucije.

e-mail: lmitic@yahoo.com

## ARTEFICIJALNI ABORTUSI U ZDRAVSTVENOM CENTRU ZAJEČAR U PERIODU OD 2009. DO 2013. GODINE

*Mirko Trailović, Žaklina Savić Mitić, Maja Cukić*

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, GINEKOLOŠKO-AKUŠERSKA SLUŽBA

UVOD: Abortus ili pobačaj je prekid trudnoće čije trajanje nije osposobilo fetus za život izvan materice. Prema važećem Zakonu o postupku prekida trudnoće u zdravstvenim ustanovama, arteficialni abortus se u Srbiji dozvoljava isključivo na zahtev trudne žene do navršene 10. nedelje trudnoće, osim kada je to šteteno za njeno zdravlje.

CILJ : Cilj rada je prikazivanje kretanja arteficialnih abortusa u petogodišnjem periodu (2009-2013. godina) u Ginekološko-akušerskoj službi Zdravstvenog centra Zaječar.

MATERIJAL I METOD: Metod rada je retrospektivna analiza podataka o arteficialnim abortusima. Kao material su korišćeni podaci iz Protokola malih ginekoloških intervencija Ginekološko-akušerske službe Zdravstvenog centra Zaječar za pomenuti period.

REZULTATI: U periodu od 2009. do 2013. godine u Ginekološko-akušerskoj službi Zdravstvenog centra Zaječar bilo je 1118 arteficialnih pobačaja, a porođaja je u tom periodu bilo 2486, što daje odnos od 45 arteficialnih pobačaja na 100 porođaja. Najveći broj arteficialnih pobačaja je bilo u 2009. godini, i, to 301, a najmanje u 2013. godini 178, tako da broj pobačaja u praćenom periodu pokazuje opadajući trend. Broj pobačaja je u svakoj godini pojedinačno najveći u strostnoj grupi od 25-34 godine i kreće se od 150 u 2009. godini do 79 u 2013. godini. Kod adolescentkinja ispod 15 godina nije bilo namernih prekida trudnoće, 65 ih je bilo u grupi adolescentkinja od 15 do 19 godina.

ZALJUČAK: Arteficialni pobačaji su opadanju na našem uzorku što može biti rezultat gravitiranja žena ka privatnim ginekološkim ordinacijama u cilju prekida trudnoće ili bolje edukacije žena u smisu korišćenja kontraceptivnih metoda.

Ključne reči. arteficialni abortus, reproduktivni period

e-mail: zaklina1009@gmail.com

## AKTUELNA JAVNOZDRAVSTVENA PROBLEMATIKA U OBLASTI POPULACIJE STARIH LICA

Ljiljana Pešić(1), Zoran Milošević(2)

(1)DOM ZDRAVLJA, NIŠ (2)MEDICINSKI FAKULTET, NIŠ

Proučavajući tendencije demografskih promena, kako na globalnom, tako i na nacionalnom nivou, zapaža se zakonomernost u pogledu kretanja ka sve izraženijem starenju stanovništva. U najrazvijenijim zemljama se za 2025. godinu računa sa udelom starijih od 65 godina od 27.5% u ukupnoj populaciji, dok se u zemljama Južne Evrope očekuje udeo starih između 9.1-17.7%. Prema predviđanjima demografa, udeo stare populacije će se u 2025. godini u Srbiji kretati između 18.7% i 27.5%. Pritom će se naročito intenzivno povećati segment starije populacije od 75 godina, što će imati značajne zdravstvene, ekonomske i socijalne reperkusije. **Cilj** našeg rada je da ukaže na aktuelne javnozdravstvene probleme stare populacije u našoj zemlji, kao i na području Nišavskog regiona, da ukaže na očekivanja u pogledu njihovog kretanja u budućnosti, kao i da uputi na potrebu preduzimanja odgovarajućih mera, pre svega u oblasti primarne zdravstvene zaštite, kao i zajednice, u pravcu njihovog ublažavanja i rešavanja. U **metodologiji** su korišćena saznanja dosadašnjih statističkih i drugih javnozdravstvenih istraživanja na području Evrope, Srbije, Jugoistočne Srbije i Nišavskog regiona, kao i rezultati sopstvenog istraživanja na uzorku od 1295 lica, starijih od 65 godina. **Rezultati** su sledeći: stara populacija je ekonomski ugrožena imajući u vidu visinu penzija i orijentaciju države ka izdvajanjima za fondove socijalno-ekonomske zaštite u budućnosti, smrtnost od kardiovaskularnih i malignih bolesti u Srbiji daleko premašuje vrednosti stopa za zemlje u okruženju i evropske zemlje; po uspehu u lečenju malignih bolesti (stopa petogodišnjeg preživljavanja) Srbija je na 25. mestu u Evropi, u modelu mortaliteta preovlađuju uzroci čiji je uzročnik najčešće nezdrav životni stil (ishrana, pušenje, fizička neaktivnost, nizak nivo opšte i zdravstvene kulture). U proseku svaki 5. stari pacijent dobija zdravstvene pouke od izabranih lekara, savete često ocenjuju kao nedovoljno jasne, tako da je većina orijentisana ka dobijanju informacija o zdravlju iz nemedicinskih izvora. Očekuju se trendovi: daljeg siromašenja, sve slabije socijalne podrške i povećanja pritiska na zdravstvenu službu od strane gerijatrijskih pacijenata, pre svega u vezi hroničnih masovnih bolesti, porast korišćenja službe kućne nege i sve izrazitija potreba za raznim vrstama gerijatrijskog zbrinjavanja. U takim uslovima, ispunjavanje ciljeva SZO za aktivno starenje mora biti povezano sa jačanjem mera za promociju zdravlja na nivou primarne zdravstvene zaštite i zajednice, usvajanjem gerijatrijskih standarda, edukacijom zdravstvenih radnika i intenzivnijom saradnjom svih aktera na nivou zajednice u vezi realizacije odgovarajućih programa za promociju zdravlja stare populacije.

Ključne reči: stara populacija, javnozdravstvena problematika

e-mail:mr.ljiljanapesic@gmail.com

Naziv sesije:

### KAZUISTIKA Usmene prezentacije

## ACNE VULGARIS LEČENE IZOTRETINOIN-OM, PRIKAZ SLUČAJA

Nada Trailović (1), Mirko Trailović, D.Todorović-Živković (2)

(1)ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (2)KLINIK ZA DERNATOVENEROLOGIJU KC NIŠ

UVOD: Akne su inflamacijsko i hronično oboljenje pilosebacealne jedinice, najčešće izražene u toku adolescencije. U oko 85% mladih one su minimalne, te se nazivaju i fiziološkim, međutim u 15% obolelih one zahtevaju lečenje, a kod težih oblika i oko 2,2% slučajeva imaju tendenciju perzistencije u odrasлом životnom dobu. Hiperseboreja je glavni uzrok pojave ove patologije i to pod uticajem androgenih hormona, odnosno povećane receptivnosti sebacealnih žlezda za androgene. Takođe se u etiologiji pominju infundibularna kornifikacija, folikularna inflamacija, slobodne masne kiseline, leukocitarna hemotaksija, egzoenzimi i imunitet domaćina. Acne vulgaris je polimorfna dermatoza, gde se zapažaju komedoni, kongestivne folikularne papule, duboke folikularne pustule i ožiljne promene. U opštoj terapiji, kod osoba ženskog pola može se započeti

visokodoznim oralnim kontraceptivima, ali onima koji ne sadrže progestagene, naravno, uz obaveznu konsultaciju ginekologa. Izotretinoin treba izbegavati kod ženskog pola i periodu fertiliteta zbog teratogenih učinaka. Kod muškaraca možemo započeti terapiju izotretinoinom, u propisanim dozama, do kumulativne doze, posebno kod zapuštenih i dugogodišnjih promena a naročito da bi se sprečila pojava ožiljaka. Retinoidi spadaju u derivate Vit A, imaju imunomodulatorno i antiinflamatorno dejstvo. Broj sebocita u proliferaciji i globalne dimenzije sebacelanih žlezda smanjuju se za 90%. Antiseboroični efekat izotretinoina perzistira godinama nakon obustavljanja terapije. Intenzivne oblike akni treba lečiti visokim dozama od 1 mg/ kg TT dnevno, tako da kumulativna doza isnosi više od 150 mg/kg ali ne više od 200 mg /kg. Neželjena dejstva leka su brojna i vezana su za povećanu suvoću kože i sluzokoža, povećanje lipodograma i funkcije jetre, abnormalnosti skeleta, artralgijske, mijalgije i teratogenost, zbog čega se ređe primenjuje kod devojčica. Što se ostale terapije tiče, mogu se dati i tetraciklinski antibiotici, zbog snažnog antiinflamacijskog i antihemotoksičnog efekta, a ova terapija se preporučuje u trajanju od 4 do 6 meseci. Topijske terapijske mogućnosti su široke, a najčešće se primenjuju Klindamicin 1% rastvor i gel, Eritromicin 4%, keratolotici (alfa hidroksi kiseline, betahidroksi kiseline-salicilna), dok su preparati sa sumporom, ihtiolom, resorcinolom, živinim sulfidom zastareli kao i crio terapija, jer je dokazano da povećavaju rizik od pojave ožiljaka.

**CILJ RADA:** Prikazati pacijenta sa težim oblikom akni i rezultate intenzivnog lokalnog tretmana i upotrebe izotretinoina kao leka izbora kod ovakvih slučajeva, posebno kod muškaraca.

**MATERIJAL I METODI RADA:** Prikazujemo pacijenta D.O. iz Boljevca starog 18 godina. Javlja se u našu ambulantu sa brojnim promenama, smeštenim na seboroičnim regijama lica u vidu dubokih folikularnih pustula, brojnih poliporusnih komedona, cističnih promena, kao i sa početnim ožiljnim promenama. Nije se ranije javljao dermatologu nijednom, a akne ima unazad više od 5 godina, te je bio poprilično zapušten slučaj. Data je lokalna terapija, preparati sa AHA kiselinama, u vidu losiona i kremova i Roaccutan (izotretinoin) tablete po šemi a sa smanjenom doze od 1 do 0,5 mg/ kg TT. U toku lečenja ovom terapijom u periodu od 9 meseci, došlo je do skoro potpunog izlečenja kožnih promena, ožiljaka skoro da nije bilo. Rađen je mesečni monitoring pacijenta, kao i redovna kontrola laboratorije, koja je neophodna kod terapije retinoidima, što je podrazumevalo praćenje lipidograma i hepatograma, koje su bile u granicama referentnih vrednosti. Na kraju je rađen Crio piling jednom nedeljno, radi smanjivanja ožiljnih promena.

**REZULTATI RADA:** Nakon devetomesečne terapije i intenzivnog tretmana, došlo je do potpunog izlečenja akni, a ožiljne promene, bez obzira što je terapija promena relativno kasno započeta, svedene su na minimum. U toku lečenja nije došlo do komplikacija, neželjenih efekata leka, podnošljivost leka je bila dobra.

**ZAKLJUČAK:** Bez obzira na težinu bolesti, kao i dužinu trajanja, kod težih oblika akni treba pokušati sa lečenjem opštom terapijom izotretinoinom, jer se pokazao veoma efikasnim, uz ostalu topijsku terapiju, posebno kod mladih i zdravih osoba. Takođe pacijenta treba intenzivno pratiti i vršiti modeliranje terapije, koje mora biti specifično za datu osobu, da bi se postigao maksimalno dobar efekat uz minimalne doze leka. Samim tim imamo manje neželjenih efekata i komplikacija date terapije. U tom smislu moraju biti uporni i terapeut i pacijent, a pacijenta treba pripremiti na višemesečni tretman i dati mu sve potrebne informacije o dužini terapije i njenim neželjenim dejstvima

**ključne reči:** Acne, izotretinoin, terapija

e mail: trailovicdr@gmail.com

## **MALIGNI MELANOM ANALNOG KANALA – PRIKAZ SLUČAJA**

*I. Stojanović (1), D. Mladenović (2)*

(1) KLINIČKI CENTAR NIŠ - INSTITUT ZA PATOLOGIJU, (2) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

**UVOD:** Melanom analnog kanala je retko oboljenje koje čini 1% kolorektalnih, tj. analnih malignih tumora sa vrlo lošom prognozom. Tumor ima visoku biološku agresivnost i sklonost ka limfogenom, hematogenom i lokalnom širenju. U trenutku postavljanja dijagnoze 30% pacijenata već ima udaljene metastaze. Pored toga, ovaj tumor čini 1-1.5% svih malignih melanoma i zauzima treće mesto po učestalosti iza kože i očiju. Češći je kod žena, i to dva puta više od muškaraca, i javlja se između 60-70 god. života.

**CILJ:** je prikaz slučaja malignog melanoma analnog kanala otkrivenog tokom ispitivanja „hemoroida“.

**MATERIJAL I METODI RADA:** Pacijentkinja starosti 58 god. hospitalizovana je na Hirurškoj klinici zbog operacije tumora analne regije nalik hemoroidu, veličine oko 6 cm. Kod pacijentkinje je postojao i palpabilni

tumefakt ingvinalne regije. Materijal je poslat na patohistološku analizu. Makroskopski se radilo o tumoru veličine 5 cm, crne boje, koji je predstavljao kožu sa potkožnim tkivom. Materijal je obradivan HE metodom.

**REZULTATI:** Na histološkim preparatima postavljena je dijagnoza malignog melanoma analnog kanala. Tip ćelija je epiteloidno-fuziforman, ulceracija je prisutna, mitoze prisutne, limfocitna infiltracija prisutna, angioinvazija nije uočena, CLARK IV, BRESLOW IV - invazija je veća od 4 mm. Stadijum melanoma je IIC, a stadijum tumora analnog kanala je II.

**ZAKLJUČAK:** Na postojanje malignog melanoma analnog kanala uvek treba posumnjati kod pojave tamno prebojenih tumora analne regije. Neophodno je biopsirati sve tumorske izraštaje posebno one koji liče na trombozirane hemoroide jer je to jedini način da se utvrdi postojanje malignog melanoma u ranom stadijumu kada je moguće izlječenje pacijenta. Hirurška intervencija ostaje glavni terapijski faktor, jer su se ostali terapijski modaliteti pokazali ograničeno efikasni. II i III stadijum bolesti su već pokazatelji raširene bolesti, tako da su rano otkrivanje i operacija veoma važni u terapiji malignih melanoma.

**Ključne reči:** maligni melanom, colorektalni karcinomi.

e-mail: ivana.stankovic1509@gmail.com

## **MALNUTRICIJA – PROŠLOST ILI NAŠA SADAŠNJOST ( PRIKAZ SLUČAJA)**

*Slavica Anđelković*

OPŠTA BOLNICA "SVETI LUKA" SMEDEREVO

**UVOD:** Poremećaji ishrane, odnosno uhranjenosti danas još uvek predstavljaju svestiki problem kako sa medicinske tako i sa društvene tačke gledišta. Oni imaju direktan uticaj na morbiditet i mortalitet odojčadi i male dece, naročito u nerazvijenim zemljama. Etiologija poremećaja uhranjenosti ( proteinsko-energetska pothranjenost) je kompleksna. U razvijenim zemljama sa visokim životnim standardom najčešći uzroci su kongenitalne anomalije sa metaboličkim i enzimskim poremećajima. U nerazvijenim zemljama glavni uzroci poremećaja uhranjenosti su gladovanje, infekcija i nepovoljni uslovi životne sredine. Malnutricija je najteža klinička slika poremećaja uhranjenosti.

**CILJ RADA:** prikaz slučaja deteta sa znacima najtežeg stepena proteinskog-energetske pothranjenosti kao posledice gladovanja i loših uslova sredine.

**PRIKAZ SLUČAJA:** U radu je prikazan slučaj deteta starog 12,5 meseci sa znacima marazma, komplikovanog gastrointestinalnom infekcijom izazvanom *Shigella flexneri*. Naš bolesnik je imao gubitak telesne mase za 40%, tipičnu kliničku sliku sa karakterističnim izgledom bolesnika, redukciju potkožnog masnog tkiva na truhu, ekstremitetima i licu, generalizovane edeme, tipične znake na koži, sljušteni epidermis, sa krustama i plažama intezivno crvene boje, suve i ispucale usne, na uglovima usana jako izražen angulus infeciosus. Jezik je suv sa atrofičnim papilama. Dete je imalo smanjenu toleranciju na hranu zbog insuficijencije enzima, hipoplastične mišiće i povišen opšti tonus, zbog čega zauzima „borilački stav i ima izgled starca, kao i sve karakteristične biohemijske parametre; hipohromnu anemiju, snižene vrednosti proteina, posebno albumina, snižene vrednosti svih elektrolita, snižene vrednosti svih hematoloških i biohemijskih parametara izuzev ureje.

**DISKUSIJA:** Kod našeg bolesnika ispoljila se tipična klinička slika najtežeg stepena proteinsko energetske pothranjenosti koja se vrlo retko viđa na našim prostorima. Može se videti samo na prostorima Afrike i u nerazvijenim zemljama gde je osnovni problem nedostatak hrane, gladovanje i krajnje primitivni higijenski uslovi života. Obzirom na vrlo oskudne anamnesne podatke (majka se nije nijednom pojavila tokom hospitalizacije deteta), smatramo da je i ovde primarni uzrok proteinsko kalorijske malnutricije nedostatak hrane, gladovanje, loša nega i loši socijalni uslovi u kojima dete živi, a oslabljen imunitet zbog hipoproteinemije, kao i loši socijalni uslovi su samo doprineli nastanku crevne infekcije *Shigelom flexneri*.

**ZAKLJUČAK:** U vreme kada je gojaznost sve veći problem kod dece, mi smo želeli da pokažemo da se i danas i na našim prostorima mogu videti najteži slučajevi proteinsko-energetske pothranjenosti kao posledica gladovanja, infekcije i primitivnih uslova sredine.

Naziv sesije:  
**KAZUISTIKA**  
**Poster prezentacije**

**AKUTNI PANKREATITIS USLED PRIMARNOG HIPERPARATIREOIDIZMA:  
PRIKAZ SLUČAJA**

*Ljiljana Milošević(1), Milena Genčić(1), Ljubica Milošević(2)*

(1) KLINIČKO BOLNIČKI CENTAR ZVEZDARA, (2)(ZDRAVSTVENI CENTAR BOR

UVOD: Hiperparatireoidizam i hiperkalcemija smatra se da su redak uzrok akutnog pankreatitisa. Uobičajeni etiološki faktori akutnog pankreatitisa su alkohol, kamenje u žučnoj kesi, narkotici, trauma, virusne infekcije i hiperlipidemija. U ovom slučaju akutni pancreatitis rezultat je hiperkalcemije usled primarnog paratireoidnog adenoma kod mlade osobe.

CILJ RADA: Prikaz retkog slučaja pankreatitisa koji rezultira iz hiperkalcemije zbog primarnog hiperparatireoidizma kod primarnog paratireoidnog adenoma.

MATERIJAL I METODE: Dijagnoza je postavljena na osnovu kliničke slike, laboratorijskih analiza i radiografije.

REZULTAT: Prikazujemo mladog muškarca starosti 34 godine primljenog u jedinicu intenzivnog lečenja KBC Zvezdara 29.12.2013. sa tegobama teškog epigastričnog bola, koji se širio u leđa, praćen mučninom i povraćanjem. Pacijent ne daje podatke o uzimanju alkohola i u njegovoj istoriji bolesti nema endokrinih bolesti. Pri pregledu on odaje utisak teško bolesnog pacijenta sa pulsom frekvence od 100/min, krvni pritisak 110/70 mmHg, respiratorna frekvencija 16/min, afebrilan je, i njegov jezik je suv i obložen. Pri prijemu neurološke, kardiovaskularne ili plućne bolesti nisu nađene. Elektrokardiografija i radiografija pluća su bili u fiziološkim granicama. Ultrazvuk abdomena ukazuje na edem pankreasnog tkiva, kamen veličine 6mm i cistu u desnom bubregu. Trbuh nije distendiran, bolno je osetljiv u gornjim partijama. Na prijemu rezultati glavnih biohemijskih analiza su bili: serum-amilaza 911 U/L; serum lipase 1600,0 U/L, urin amilaze 2420 U/L, glukoza 7,0 mmol/L. Drugi biohemijski parametri i serum elektroliti bili su u fiziološkim granicama. Vrednosti Serum-amilaze i Serum lipase kao i CRP bili su povišeni narednih sedam dana a zatim je došlo do njihovog smirivanja. Dalji klinički kurs bio je karakterističan zbog persistentne hiperkalcemije. Dok je hipokalcemija uobičajeni nalaz kod akutnog pankreatitisa, hiperkalcemija je bila neuobičajen nalaz te je istražena. Paratireoidni hormon (PTH) bio je 1230 (normalno 12-72) a ultrazvučnim pregledom vrata verifikovna je uvećana leva paratiroidna žlezda 25x12mm. Dolazi do normalizacije opšteg stanja te je pacijent otpušten kući 13.01.2014 i upućen nadležnom endokrinologu. Dana 04.02.2014. u OET anesteziji učinjena je hirurška intervencija odstranjivanja gornje leve paratireoidne žlezde veličine oko 2,5 cm. Patohistološkim nalazom naknadno verifikovan je adenom paratireoidne žlezde. Pacijent je 08.02.2014. otpušten kući u dobrom opštem stanju. Pri otpustu PTH 12,5; Kalcijum 2,25.

ZAKLJUČAK: Odnos između hiperparatireoidizma i pankreasne inflamatorne bolesti ostaje kontranverzan u medicinskim krugovima, ali može biti u vezi sa prevodom neaktivnog tripsinogena u aktivni za vreme hiperkalcemije. Akutni pancreatitis usled primarnog hiperparatireoidizma (PHPT) indukovanoj hiperkalcemijom se retko sreće i prvi put je opisan 1957 od 'Cope i saradnika'. Od tada pa do današnjih dana je PHPT prihvaćen kao etiološki faktor pankreatitisa.

Ključne reči: Akutni pancreatitis, Hiperkalcemija, Primarni hiperparatireoidizam, Paratireodni adenom

e-mail : milosevicliliana@yahoo.com

## NOVOOTKRIVENI SLUČAJ DIABETES MELLITUS-A TOKOM SISTEMATSKOG LEKARSKOG PREGLEDA – PRIKAZ SLUČAJA

*D. Vešović (1,2,3), P. Radojković (2), M. Žilih (2)*

(1) VISAN - VISOKA ZDRAVSTVENO - SANITARNA ŠKOLA STRUKOVNIH STUDIJA, BEOGRAD, (2) BEL MEDIC – DOM ZDRAVLJA, BEOGRAD, (3) DR GIFING – CENTAR ZA HRONO-ISHRANU, BEOGRAD

**UVOD:** Procenjen broj osoba koje boluju od dijabetesa danas u Srbiji (bez podataka za Kosovo i Metohiju) je oko 400.000. Od ovog broja, 380.000 pacijenata ima dijabetes tip 2, dok oko 20.000 pacijenata ima dijabetes tip 1. Praktično, oko 5,4% populacije u Srbiji danas boluje od dijabetesa (DM). U poslednjih 8. godina, uočen je značajan porast broja obolelih od ove bolesti. Od ovog oboljenja i njegovih komplikacija, godišnje, prosečno u Srbiji umre oko 3.000 građana. Stopa mortaliteta od šećerne bolesti pokazuje tendenciju rasta u funkciji vremena. Tako, iznosila je 34 na 100.000 stanovnika 2002.g., dok je 2009.g. porasla na 41,9 na 100.000 stanovnika. U svetu danas, od DM boluje oko 246. miliona ljudi. Procena je da će broj obolelih od ovog oboljenja do 2025.g. biti čak 380. miliona. U visoko razvijenim zemljama, DM predstavlja jedan od najznačajnijih razloga za hospitalizaciju pacijenata, hronično oslabljenu funkciju bubrega, slepilo, kao i amputacije ekstremiteta.

**CILJ:** Ciljevi rada su da prikaže slučaj novootkrivenog DM tokom sistematskom pregledu (SP) i da ukaže na značaj SP u smislu rane detekcije metaboličkih poremećaja.

**METODOLOGIJA:** Analizirani su medicinski kartoni osoba koje su bile na redovnom, godišnjem SP po uputu poslodavca. SP je obuhvatio preglede lekara različitih specijalnosti, EKG, spirometriju, paletu laboratorijskih analiza (krv, urin), kao i ultrazvučni pregled srca, abdomena i štitaste žlezde; kod populacije žena, urađen je i kompletan ginekološki pregled (fizikalni pregled, kolposkopija, ultrazvučni pregled, kao i citološka analiza PAPA i analiza vaginalnog sekreta). Za statističku obradu podataka, primenjene su osnovne metode deskriptivne statistike.

**REZULTATI I DISKUSIJA:** Bilo je ukupno 55. ispitanika; 26. žena (47%) i 29. muškaraca (53%). Prosečna starost ispitanika bila je 45.g. U odnosu na naviku uživanja duvanskog dima, bilo je 25. nepušača (45,5%), 10. bivših pušača (18,2%) i 20. pušača (36,4%). Dislipidemija je uočena kod 34. zaposlena (61,8%). Prekomernu TM/gojaznost ima 20. ispitanika (36,3%), dok je hipertenzija dijagnostikovana kod 16. zaposlenih (29%)! DM je uočen kod 6. (10,9%) ispitanika; od ovog broja, jedan slučaj je bio novootkriveni DM tip 2. Naime, nakon obavljanja unapred definisanih laboratorijskih analiza, kod onih ispitanika kod kojih je uočeno odstupanje glikemije od normale, urađene su dodatne laboratorijske analiza, kao i konsultacija stručnjaka iz oblasti oboljenja endokrinog sistema. Kod jedne osobe, koja je bila bez ikakvih simptoma, potvrđena je šećerna bolest. Takođe, pored ovog ispitanika kome je dijagnostikovana DM tip 2, dijagnostikovana je i intolerancija glukoze kod 4. (7,2%) ispitanika. Ispitanicima s DM tip 2, kao i svim ostalim ispitanicima, savetovan je adekvatan higijensko-dijetetski režim života i ishrane, redovne kontrole kod nadležnog lekara, promena životnih navika, antilipidna dijeta, sprovođenje umerene aerobne fizičke aktivnosti, redukcija TM, prestanak pušenja itd.

**ZAKLJUČAK:** Prevalencija DM u analiziranoj grupi je značajno viša nego u opštoj populaciji. U cilju pojašnjenja ovako visoke učestalosti DM-a, neophodno je sprovesti dalja istraživanja u okviru analizirane grupe radi identifikacije dodatnog/ih mogućeg/ih uzroka.

**Ključne reči:** dijabetes melitus, intolerancija glukoze, poremećaj metabolizma, sistematski lekarski pregledi

e-mail: vesovic@rocketmail.com

## IZOLOVANA POVREDA SKROTUMA – PRIKAZ SLUČAJA

*Nadežda Đurić(1), R. Mitrović(1), M. Matović(1), Z. Đurić(1), N. Pakević(1), V. Jovanović(2)*

OPŠTA BOLNICA VALJEVO (1)UROLOŠKA SLUŽBA,(2)HIRURŠKA SLUŽBA

**UVOD:** Skrotum je kožna kesa koja sadrži testise, epididimise i završne delove funikulusa spermatikusa. Zid skrotuma ima ulogu u mehaničkoj i termičkoj zaštiti sadržaja. Pokretljivost skrotuma, kremasterični refleksi i omotači testisa takođe doprinose da povrede skrotuma čine manje od 1% svih povreda u SAD-u godišnje. Retko su opasne po život. Prosečna starost pacijenata 10 do 40 godina. Za ovu mladu, radno sposobnu, seksualno aktivnu populaciju i male povrede pomenutih organa predstavljaju dramatičan događaj i brigu o mogućim posledicama.



Prema podacima iz literature manje od 17 % pacijenata ima izolovanu povredu skrotuma, preko 83% ima udružene povrede bešike, uretre, rektuma, kičme, drugih organa zavisno od mehanizma povređivanja.

Povrede skrotuma mogu nastati delovanjem tupe sile (udarac nogom, padom u raskorak, najašivanjem, pritiskom tesne odeće, dejstvom visoke temperature, hemijskih agenasa, električne struje) kada ostaje očuvan kontinuitet kože. To su kontuzije, luksacije, rupture testisa i adneksa, opekotine. Delovanjem vatrenog oružja, nagaznih mina tokom ratnih sukoba, u miru usled kriminalnih obračuna, napada ljubomornog partnera ili hladnim oružjem u tučama, oštrim predmetima u napadu ljubomore, u ratu bajonetima, u industriji zahvatanjem skrotuma rotacionim mašinama, ujedima životinja narušava se kontinuitet kože skrotuma, nastaju manje ili veće sekotine, lacerokontuzne rane, giljotinska odsecanja organa skrotuma, avulzija skrotuma.

CILJ: Prikazati redak mehanizam nastanka izolovane, lacerokontuzne rane skrotuma, bez povrede testisa.

MATERIJAL I METODE: Pacijent B.G. star 19 godina, dovezen u Urgentni centar zbog povrede skrotuma zadobijene pri padu sa drveta, sa visine oko 2,5m. Priprijemu svestan, bleđ, hemodinamski stabilan (TA 120/80 mmHg, puls 70 otkucaja u min., 24 respiracije u minuti.), izražena bolnost u predelu skrotuma. Sam daje podatak da nije gubio svest, nije pao na leđa, pri padu nabio se na šiljak drveta koji se odlomio, on se dočekao na noge. Pri detaljnom pregledu bez vidljivih povreda po telu izuzev skrotuma koji je proboden drvenim šiljkom dužine 30 cm sa ekserom na širem kraju. Šiljak je ušao sa desne strane skrotuma, pocepao kožu, prošao kroz spoljašnje ovojnice, ispod testisa ne povređivši ga (tunica visceralis testisa, tunika albuginea nepovređene) izašao levo, lateralno od korena penisa.

REZULTATI: Parenteralno primio antibiotik širokog spektra, analgeziju, AT zaštitu, u OET anesteziji učinjena hirurška intervencija, izvađen šiljak kroz ulaznu ranu, eksplorisano skrotum, desni testis vitalan, nepovređen kao i levi hemiskrotum. Ovojnice skrotuma oko mesta prolaska šiljka imbibirane, krvarenja manja, zbrinuta. Učinjena toaleta rane, drenaža, široka sutura rane, suspenzorijum. Plasiran balon kateter, urin bistar. U postoperativnom toku afebrilan, svakodnevno previjan, rana bez znakova upale. Otupšten kući 7. Postoperativnog dana uz previjanje na treći dan, kontrolu u urološkoj ambulanti za 7 dana.

ZAKLJUČAK: Prikaz ukazuje na redak mehanizam povređivanja, značaj pokretljivosti skrotuma i njegovog sadržaja u čuvanju inače izloženih, osetljivih delova tela, ali i na značaj brze dijagnostike radi utvrđivanja mehanizma povređivanja, težine povrede, u cilju hitnog zbrinjavanja kako bi se izbegle komplikacije.

e-mail: nadezda.djuric70@gmail.com

## SY CARPAL TUNNEL KAO PROFESIONALNO OBOLJENJE – PRIKAZ SLUČAJA

Gordana Živanović, Vesna Glišić, Zoran Ćirović

ZZZZR DOO U RESTRUKTURIRANJU KRAGUJEVAC

UVOD: Sindrom karpalnog tunela (sy canalis carpalis) predstavlja edem sinovijalnih opni i kompresiju n. medianusa u karpalnom tunelu – prostor između zglobova ručja i retikuluma fleksora.

Uzroci kompresije mogu biti miksedem, akromegalija, reumatoidni artritis, trudnoća, prelomi, repetitivni pokreti, lokalne vibracije i dr.

Karpal tunel sindrom (CTS) češći je kod žena i sreće se u oko 70% slučajeva. Tipična manifestacija bolesti je utrnulost kažiprsta i srednjeg prsta koja se uz jak bol javlja noću i budi iz sna. U ranoj fazi bolesti lake vežbe dovode do nestanka simptoma. Sa progresijom bolesti utrnulost se prenosi i na palac, i bol postaje konstantan. Značajno je da senzibilitet kože baze dlana nije izmenjen, jer ga oživčava površna grana n. medianusa koja ne prolazi kroz sam tunel.

CILJ RADA je prikaz slučaja profesionalnog oboljenja – sy carpal tunnel, koje nastaje kao posledica dugotrajnog rada zaposlene na poslovima peglača (ručno peglanje) u Fabrici koja se bavi izradom cerada.

MATERIJAL I METOD RADA: radna anamneza, uvid u medicinsku dokumentaciju zaposlene i ekspertiza Instituta za medicinu rada Srbije Dr Dragomir Karajović.

REZULTATI RADA I DISKUSIJA: Prikazan je slučaj radnice (46 godina), koja je hospitalizovana na IMR zbog eventualnog utvrđivanja profesionalnog oboljenja. Urađena je kompletna dijagnostika, pregledi neurologa, ortopeda, fizijatra, neurohirurga i specijaliste medicine rada. Tegobe u vidu trnjenja, žiganja u levoj šaci i bolova u distalnim zglobovima šake počele su u januaru 2013 godine. Nalaz EMNG-a nalaza gornjih ekstremiteta ukazuje na postojanje kompresivne neuropatije n. medianusa, obostrano na nivou ručnog zgloba. Konzervativno lečenje daje dobre rezultate u početnim fazama bolesti, i obuhvata imobilizaciju, NSAIL, injekcije kortikosteroida, fizikalnu terapiju.

Hirurško lečenje rezervisano je za teže oblike bolesti, refraktarne na konzervativnu terapiju, kao i za bolesnike kod kojih bolest traje duže od 3 godine. Otvorena dekompresija je postupak kojim se uzdužno preseca transverzalni karpalni ligament, čime se povećava zapremina karpalnog kanala, što u relativno kratkom vremenskom periodu dovodi do smirivanja i nestanka simptoma. Ova tehnika omogućuje kompletnu inspekciju ligamenta i sadržaja karpalnog kanala.

Operisana je u KC u Kragujevcu u Centru za neurohirurgiju. Nakon hirurškog lečenja bila je podvrgnuta magnetnoj, kinezi i elektroterapiji. Treba da bude podvrguta i hirurškom lečenju desne šake.

Nakon kompletnog i sveobuhvatnog ispitivanja, utvrđeno je profesionalno oboljenje po članu 24 Zakona o PIO.

**ZAKLJUČAK:** Radna sposobnost ceni se u zavisnosti od etiološkog faktora, težine kliničke slike, definitivnog motoričkog deficita, efekta hirurškog lečenja i zahteva radnog mesta.

Ključne reči: sy carpal tunnel, profesionalno oboljenje, repetitivni pokreti

## **PRIKAZ SLUČAJA DVANAESTOGODIŠNJE TRUDNICE**

*Ana Veljković, Vera Najdanović Mandić*

SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU ŽENA, DOM ZDRAVLJA ZAJEČAR

**UVOD:** Adolescencija je period od 10-19. godine života i obuhvata fizički, fiziološki i psihološki razvoj u socijalnim i kulturnim uslovima života. U romskim zajednicama postoji tradicija juvenilnih brakova, ugovorenih između porodica. Često romske devojčice, između 13. i 16. godine prekidaju školovanje zarad udaje. **PRIKAZ:** U školi su primetili da se devojčica romske nacionalnosti naglo raskrupnjala i dobila u težini te su alarmirali direktora škole i Centar za socijalni rad. Domu zdravlja u Zaječaru javila se devojčica u pratnji majke i službenika Centra za socijalni rad sa sumnjom na moguću trudnoću. Na ultrazvučnom pregledu ustanovljena je trudnoća od 28 nedelja termin porođaja u maju. Dobijeni su podaci da je devojčica pre godina dana dobila prvu menstruaciju, da nije silovana, već je u dužoj vezi sa budućim ocem deteta koji ima 25 godina, da su vodili zajednički život i da su njeni roditelji to znali jer su živeli svi u istoj kući. Majka je bila "začudena" nakon ustanovljene trudnoće. Devojčicu su uzela nadležna lica iz Centra za socijalni rad i dodelili je hraniteljskoj porodici gde će ostati do daljnjeg. Štetne su posledice adolescentne trudnoće i za majku i za dete. Pre svega, redukuje se obrazovnje, karijera i ekonomski prosperitet. Nedovoljna zrelost i iskustvo povećavaju verovatnoću za raskid veze, javljaju se brojne teskoće u odgajanju deteta kao i u njegovom razvoju. **Zaključak:** Adolescentne trudnoće treba sprečavati dvostrukim delovanjem. Na adolescente treba delovati vaspitno kroz školsko obrazovanje, kroz savetovaništva za mlade, rad Zavoda za javno zdravlje, lekara Doma zdravlja, kroz Omladinska udruženja i saveze. Na roditelje i počinioce treba delovati kazneno. Na roditelje zbog zanemarivanja, a na počinioce zbog seksualnog odnosa koji se pre biološke zrelosti (osobe mlađe od 14 godina su deca) smatra seksualnim deliktom i kriminalom.

## **PRIKAZ SLUČAJA: KLIJENT SA KOJIM JE TEŽE...**

*Dragana D. Žorić*

MEDICINSKI FAKULTET KOSOVSKA MITROVICA

Rad prikazuje naša dva klijenta. Radi o paničnim napadima. Nakon par seansi ispostavilo se da se radi o posebnom obliku komunikacije. Govorimo o defleksiji odnosno o tangenta transakciji.

Proces isceljenja je započeo u momentu kada su klijenti postali svesni načina kojim učestvuju u komunikaciji. Ovo je značilo redovni jednonedeljni rad sa klijentima. Tek nakon 5-6 meseci, su se kod naših klijenata stekli uslovi za prepoznavanje mehanizama koje koriste. Zatim su sledili sati na formiranje novih mehanizama u istim-sličnim situacijama.

## PLAZMA BOGATA TROMBOCITIMA (PRP) U LEČENJU RUPTURE TETIVE DUGE GLAVE BICEPSA

*I.Lukić (1), Dž.Abazović (2), V.Repac (3), B.Stanimirov (4), M.Andrić (5)*

(1)SPECIJALISTIČKA ORDINACIJA "SPORTREHAMEDICA", (2)KLINIČKI CENTAR PODGORICA, (3)DOM ZDRAVLJA ŽITIŠTE, (4)DOM ZDRAVLJA NOVI SAD, (5)DOM ZDRAVLJA SREMSKA MITROVICA

UVOD: PRP ili plazma bogata trombocitima je deo krvne plazme koji sadrži visoku koncentraciju trombocita. Trombociti su ćelije krvi, ovalnog oblika, veličine 3-5 mm. Unutar trombocita nalaze se alpha I dens granule u kojima se nalazi veliki broj različitih tkivnih faktora rasta. (PDGF, FGF, VEGF, IGF-1, bFGF, EGF, TGF- 1 itd.) Prilikom kontakta trombocita sa oštećenim tkivom dolazi do njihove aktivacije i ispuštanja faktora rasta, koji brzo pronalaze receptore na zdravim i oštećenim ćelijama, vezuju se za njih i stimulišu regeneraciju kao i funkcionalni oporavak oštećenih ćelija. S obzirom na pomenute a i mnoge druge osobine PRP je našao široku primenu naročito u sportskoj medicini i ortopediji. Najčešće se primenjuje kod: tendinopatija, parcijalnih ruptura misica i ligamenata, defekta hrskavice i meniskusa, povreda zglobova, preloma kostiju koji tesko srastaju, artroze, rekonstrukcija nerava i ligamenata itd.

CILJ: U prikazu slučaja opisano je lečenje ruptуре tetive duge glave bicepsa.

MATERIJAL I METODI RADA: Dijagnostika je izvršena ultrazvučnim aparatom sa linearnom sondom 6-9MHz, a isti aparat je korišten za navođenje igle za infiltraciju PRP. Izdvajanje PRP aparatom Angel Cytomedix. Kontrolni pregled je izvršen za 7 dana, kada je ordinirana kineziterapija-uvod u trening. Prilikom prvog pregleda i infiltracije PRP popunjen je upitnik o subjektivnom osećaju nesposobnosti ruke –DASH skor, kao i nakon kontrolnog pregleda-nakon 7 dana.

REZULTATI : Ultrazvučno i subjektivno verifikovana potpuna sanacija povrede

ZAKLJUČAK :Rezultati ohrabruju u smislu usvajanja ove metode kao metode izbora za lečenje povredа tetive duge glave bicepsa.

Ključne reči: PRP, tetiva duge glave bicepsa

e-mail: [ilukica@yahoo.com](mailto:ilukica@yahoo.com)

Naziv sesije:

### ISTORIJA MEDICINE Usmene prezentacije

## TRIDESET GODINA MAMOGRAFSKE DIJAGNOSTIKE U LESKOVCU

*Tomislav D. Jovanović (1), Marija Jovanović(2), Milan Z. Stojanović(1)*

(1) MEDICINSKI FAKULTET PRIŠTINA – KOSOVSKA MITROVICA, (2) OPŠTA BOLNICA LESKOVAC, SLUŽBA ZA RADIOLOGIJU

Zgrada Doma zdravlja u Leskovcu završena je 1981 godine kada je i objekat opremljen potrebnom medicinskom i nemedicinskom opremom, a potom predat na korišćenje. Prostorije rendgen kabineta zbog građevinskih nedostataka naknadno su privedene nameni, prema montirana u jesen 1982. godine kada je i početo sa radom. Aparat za mamografsku dijagnostiku nabavljen je 1984. godine kada su obavljeni prvi mamografski pregledi. Nabavljen je mamograf TUR D 240 proizveden u Nemačkoj Demokratskoj Republici (DDR, Istočna Nemačka). Aparat je radio sa filmovima u papirnim kovertama i bez folija i rastera. Te godine Leskovac je bio jedan od malobrojnih gradova u Srbiji, izuzimajući KB Centre, koji je imao mamografski aparat.

Dr Božidar Stojiljković (1931-1991), je upućen na dvonedeljnu edukaciju na Institut za Radiologiju u Nišu i prvi u Leskovcu počeo da analizira mamografije, a potom učeći od Dr Stojiljkovića, Dr Tomislav D. Jovanović. U sledećim godinama edukovano je više radiologa, tako da sada Bolnica u Leskovcu i Dom zdravlja imaju dovoljno lekara osposobljenih da kvalifikovano tumače mamografije.

Za dobijanje kvalitetnih mamografija osposobljeni su sledeći tehničari: Radojka Vučković, završila dvonedeljnu edukaciju na Institutu za Radiologiju u Nišu. Penzionisana 1977. godine; Miloje Pavlović penzionisan 1. 07 1986; Zorica Petrušić – Stanković (1956-2006); Ivan Milošević

Deset godina kasnije, 1993. urađena je tehnička modifikacija koja je omogućila korišćenje kasete kada su i kupljene četiri kasete MIN-R sa folijama proizvođača Kodak.

Aparat TUR D 240 je bio u upotrebi do 2000. godine kada je zbog kvara i nemogućnosti poravke prestao sa radom. Novi mamografski aparat GE 800T Dom Zdravlja dobija 2007. godine kao humanitarna pomoć. Bolnica u Leskovcu dobija iz humanitarne pomoći decembra 2011. godine mamograf marke HOLOGIK LORAD M-IV. Trideset godina od početka rada mamografa TUR DG 240 u Leskovcu rade dva mamografa, u Bolnici i Domu Zdravlja za potreba stanovnika Jablaničkog okruga. Radi se o savremenim veoma kvalitetnim analognim mamografima. Obe institucije imaju dovoljno osposobljenih lekara i tehničara za ovu vrstu pregleda. Prema provernim podacima u periodu od 2008. do 2012. kod 3835 pacijentkinja urađene su mamografije, odnosno od 1983 do sredine 2013, prema procenama, oko 17000 pacijentkinja je podvrgnuto mamografskom pregledu

e-mail: jovato@open.telekom.rs

## ULOGA MANASTIRA SVETI DIMITRIJE U LEČENJU STANOVNIŠTVA BELE PALANKE I OKOLINE

*Miljana Mladenović- Petrović (1,2), Dragana Mitrović (3), Miloš Bogoslović (4)*

(1)MEDICINSKI FAKULTET NIŠ, (2)DOM ZDRAVLJA BELA PALANKA, (3) ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU PREDŠKOLSKE I ŠKOLSKE DECE SA MEDICINOM SPORTA I SAVETOVALIŠTEM ZA MLADE, (4) DOM ZDRAVLJA DOLJEVAC

UVOD: Divljanski manastir se nalazi pet kilometara jugozapadno od Bele Palanke, u podnožju Suve Planine. On je podignut pre Kosovske bitke, posvećen je Svetom Dimitriju i misli se da je zadužbina Mrnjavčevića. Ime je dobio po selu Divljani koje je u neposrednoj blizini. U većini pisanih izvora o manastiru se govori o njegovom duhovnom, prosvetnom i kulturnom uticaju na okolinu. On je u celom gornjem Ponišavlju smatran za nacionalnu svetinju, ali je ostala nedovoljno poznata njegova uloga u zdravstvenoj kulturi belopalanačkog kraja

CILJ: Zato je cilj našeg rada bolje upoznavanje uloge manastira Sv. Dimitrije u lečenju stanovništva belopalanačkog kraja.

MATERIJAL I METODE RADA: U istraživanju je korišćena literatura iz oblasti istorije izdata na teritoriji Bele Palanke i Niša, Belopalanački zbornici, usmena predanja o manastiru, kao i razgovori sa pojedinim Belopalančanima i Mokrancima koji se sećaju nekih izlečenja u manastiru.

REZULTATI: U istoriji divljanskog manastira se ističe uloga monahinje Diodore, koja, došavši iz Rusije, postepeno proširuje delatnost sestrinstva. Tako manastir postaje čuven kao prirodni sanatorijum. Došao je u posed svetih mošti i relikvija (Sv. Kirika i Julite, Sv. Georgija Sinajita i deo životvornog Krsta Gospodnjeg). U periodu do 1945. godine radile su manastirska ambulanta, apoteka i bolnica. Među stanovništvom postoje živa sećanja na izlečenja u manastiru. Danas je na delu manastirske zemlje savremeni rekreativni centar i poznata škola u prirodi za osnove iz Niša i Bele Palanke.

ZAKLJUČAK: Manastir Sv. Dimitrije, od osnivanja do danas, pretrpeo je velike promene. Izgrađen je na novom mestu, obnovljeni su konaci, a kasnije izgrađen još jedan. Bilo je mesta za ambulantu, apoteku, stacionar za ležeće pacijente. Manastir i danas čuva poklone porodica čiji su članovi izlečeni. Takođe, tu je osnovan i dom za siročad koja su vaspitavana u pravoslavnom duhu. Kada su odrasla, neka su se zamonašila, a neka su odabrala svetovni život. Nikada nisu zaboravili svoje prvo obitavalište. Jedan od njih, koji je radio u Americi, veliki deo imovine je zaveštao manastiru.

Ključne reči: manastir, lečenje, deca

e-mail: milliana\_m@yahoo.com

## DOWN SINDROM PRE DOWN SINDROMA

*Bojana Cokić*

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, DEČIJE ODELJENJE

UVOD: Down sindrom ili Trisomia 21 je najčešći genetski poremećaj. Engleski lekar John Langdon Down 1866. godine objavljuje prvi klinički opis Down sindroma. Jérôme Jean Louis Marie Lejeune 1959. godine

objavio da je Down sindrom posledica hromozomskih abnormalnosti. Čelije osoba sa Down sindromom imaju 47 hromozoma.

CILJ: Oskar Vajld je ( irski pesnik,1854-1900.) umeo reći da život imitira umetnost. Međutim, mnogo češće, umetnost je ta koja imitira život. Na osnovu Vajldovog citata može se posmatrati Down sindrom kroz istoriju i vekove i kroz umetnička dela različitih civilizacija.

MATERIJAL I METODI RADA: Brojna umetnička dela kroz vekove prikazuju Down sindrom. Analizom pojedinačno, svakog dela zapaža se karakteristična dismorfologija koja odgovara fenotipu Down sindroma.

REZULTATI: Analizom umetnički dela kroz vekove došlo se do zapažanja da je sigurno uvek bilo osoba sa Down sindromom. Najstarija svedočanstva su glinene i kamene figure iz Olmečke kulture pre 3000 godina (teritorija Meksika).

ZAKLJUČAK: Down sindrom postoji sigurno koliko i čovečanstvo. Kliničku i citogenetku potvrda daju naučnici. Ali, umetnička dela najstarijih civilizacija govore da je uvek bilo osoba sa Down sindromom

Ključne reči: Down sindrom, istorijska identifikacija, figure, slike

e-mail: laboca@open.telekom.rs

## **POVODOM 45 GODINA ZAJEČARSKJE NUKLEARNE MEDICINE**

*Nebojša Paunković(1), Džejn Paunković(1), Kosta Nikolić(2)*

(1)POLIKLINIKA "PAUNKOVIĆ" ZAJEČAR, (2)SLUŽBA NUKLEARNE MEDICINE ZAJEČAR

UVOD: Služba nuklearne medicine počela je sa radom polovinom 1969 godine pod nazivom Radioizotopna laboratorija Internističke službe Medicinskog centra u Zaječaru. U ovom radu podsetićemo se na neke aspekte rada službe.

CILJ: Podsećanje na tadašnju primenu radioaktivnih izotopa u nuklearnoj medicini "in vitro" i u naučno istraživačkom radu.

MATERIJAL I METODI RADA: Prikazali smo metod za određivanje insulina u serumu i metod za određivanje antitela na tireotropne receptore na svinjskim tireocitima. Insulin je određivan radioimunološkom metodom (Amersham, Hoechst) a antitela na TSH receptore sopstvenom modifikacijom postojećih metoda.

REZULTATI: definitivni rezultati su objavljeni više puta, u ovom prikazu će biti istaknuto samo ono što nije tada moglo da bude saopšteno (što bi u to vreme odudaralo od opšte klime).

ZAKLJUČAK: prikazai smo "duh" tadašnje nuklearne medicine sa ciljem podsećanja da je i tako nešto bilo moguće.

Ključne reči: nuklearna medicina "in vitro", naučnoistraživaki rad, služba nuklearne medicine

e-mail: poliklinika.paunkovic@gmail.com

## **KRATAK ISTORIJSKI PRIKAZ MERENJA KRVNOG PRITISKA I LEČENJA HIPERTENZIJE**

*Zoran Joksimović*

INTERNISTIČKA ORDINACIJA "JOKSIMOVIĆ", BOR

U radu su navedeni postupci za merenja pulsa i krvnog pritiska od početka ljudske civilizacije do savremenog doba. Arterijska hipertenzija je kao posebna nozološka jedinica definisana početkom XX veka. Način merenja krvnog pritiska kako je koncipiran na početku XX veka u suštini ostaje nepromenjen skoro do danas. U čitavom XX veku sfigmomanometrija je u kliničkoj praksi pri izučavanju i lečenju kardiovaskularne patologije doprinela više nego bilo koja druga tehnika merenja. Temeljni događaji u istoriji merenja krvnog pritiska su: detaljan opis krvotoka koji je 1628 godine dao Viljem Harvi, prvo direktno merenje krvnog pritiska koje je obavio Stiven Hejls 1711. godine, nekrvavo merenje krvnog pritiska pomoću živinog sfigmomanometra 1896 godine - Riva Roči i otkriće tonova koji odgovaraju sistolnom i dijastolnom krvnom pritisku od strane Nikolaja Korotkova 1905 godine. Savremena i efikasna terapija hipertenzije počinje tek u drugoj polovini tog stoleća. Prikazan je pristup kliničkom značaju i principi lečenja arterijske hipertenzije od početka do kraja XX veka.

Ključne reči: arterijska hipertenzija, merenje krvnog pritiska, terapija

e-mail: jokszak@ptt.rs

Naziv sesije:

**RADOVI MLADIH LEKARA  
Usmene prezentacije**
**UPOTREBA INTERNETA KOD ĐAKA U KNJAŽEVCU**

*Dragana Mitrović(1), Jovica Đorđević(2), Danijela Čirić(3), Emilio Miletić(4), Miloš Bogoslović(5), Miljana Mladenović(6), Milan Đorđević(7)*

(1)ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU PREDŠKOLSKE I ŠKOLSKE DECE SA MEDICINOM SPORTA I SAVETOVALIŠTEM ZA MLADE, (2)ZD KRANJ, SLOVENIJA, (3)DOM ZDRAVLJA ZAJEČAR, (4)ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, (5)DOM ZDRAVLJA DOLJEVAC, (6)MEDICINSKI FAULTET-NIŠ, (7)DOM ZDRAVLJA JAGODINA, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Bezbedan internet odlikuje psihičku i fizičku zaštitu osobe prilikom obavljanja aktivnosti na internetu. Zavisnost od interneta je klinički poremećaj sa snažnim negativnim posledicama na socijalno, radno, porodično, finansijsko i ekonomsko funkcionisanje ličnosti.

CILJ RADA je da prikaže rasprostranjenost upotrebe interneta kod mladih u knjaževačkim osnovnim i srednjim školama.

MATERIJAL I METODE: anketiranje ispitanika je obavljeno u toku februara 2014. godine. Anketiranje učenika bilo je anonimno i obavljeno je od strane dr Dragane Mitrović. Anketu je kreirala dr Dragana Mitrović, lekar na specijalizaciji iz Pedijatrije, član Savetovaništa za mlade, po ugledu na anketu korišćenu u istraživanju doktorke Stanimirov Branislave, pedijatra iz Novog Sada. Anketirano je 316 učenika osnovnih i srednjih škola u Knjaževcu, starosti od 13-16 godina, po metodi slučajnog uzorka. Anketa se sastoji od 11 pitanja. Prosečna starost ispitanika je 14 godina.

REZULTATI I DISKUSIJA: od 316 anketiranih učenika 99,37% koristi internet (99,40% dečaka i 99,32% devojčica). Duže od sat vremena na internetu provodi 64,87% (61,31% dečaka i 68,92% devojčica), od 30-60 minuta na internetu provodi 26,90% (28,57% dečaka i 25% devojčica), manje od 30 minuta provodi 7,60% dece (9,52% dečaka i 5,40% devojčica), dok na internetu ne provodi svoje vreme svega 0,63% učenika (0,60% dečaka i 0,68% devojčica). Svakog dana koristi internet 82,59% dece (81,55% dečaka i 83,78% devojčica), nekoliko puta nedeljno 16,46% (17,26% dečaka i 15,54% devojčica), jednom mesečno internet koristi 0,32% dece (0,32% dečaka i 0% devojčica), dok nikada ne koristi internet svega 0,63% (0,60% dečaka i 0,67% devojčica). Zbog korišćenja interneta noću redovno ne spava 30,38% dece (27,98% dečaka i 33,11% devojčica), školske obaveze zapostavlja njih 22,78% (29,76% dečaka i 21,62% devojčica). Porodične obaveze zapostavlja 15,19% ispitanika (16,01% dečaka i 14,19% devojčica). Fejsbuk profil ima 92,41% dece (91,61% dečaka i 93,24% devojčica). Njih 60,76% ima profil samo na fejsbuku (66,07% dečaka i 54,73% devojčica), a na fejsbuku i još nekoliko socijalnih mreža ima 31,65% dece (25,60% dečaka i 38,51% devojčica). Sportom se profesionalno ili rekreativno bavi 54,75% dece (69,05% dečaka i 67,26% devojčica). Svoj krug realnih prijatelja je uz pomoć interneta proširilo 66,46% učenika (67,26% dečaka i 65,54% devojčica). Internet đaci najviše koriste zbog zabave, njih 84,49% (86,31% dečaka i 82,43% devojčica), dok zbog učenja, saznanja o nečem novom to čini 15,51% đaka (13,09% dečaka i 17,57% devojčica). Uz internet svoje slobodno vreme provodi 49,37% ispitanika (46,43% dečaka i 46,62% devojčica), sportom se u slobodno vreme bavi njih 16,77% đaka (23,81% dečaka i 8,78% devojčica), u društvu sa porodicom i prijateljima slobodno vreme provodi 22,15% dece (19,05% dečaka i 25,68% devojčica), uz tv program to čini 3,48% dece (3,57% dečaka i 9,46% devojčica), knjige u slobodno vreme čita 5,38% (2,98% dečaka i 8,11% devojčica) dece, dok se ostalim aktivnostima bavi 2,85% dece (4,17% dečaka i 1,35% devojčica).

ZAKLJUČAK: Dobijeni rezultati pokazuju da je upotreba interneta veoma česta pojava među adolescentima. Veliki broj dece svakodnevno provodi vreme uz internet i to duže od sat vremena i to češće devojčice. Često adolescenti ne spavaju redovno i to češće devojčice, a takođe zapostavljaju svoje školske i porodične obaveze, a to češće rade dečaci. Veoma veliki broj dece ima profil na fejsbuku, a neretko imaju profile na drugim socijalnim mrežama istovremeno. Dečaci češće imaju samo profil na fejsbuku, a devojčice imaju češće više profila na više mreža. Veliki broj dece se izjasnio da su stekli nove „realne“ prijatelje uz pomoć interneta i da internet koriste više zbog zabave, a manje zbog učenja. Najveći broj dece slobodno vreme provodi uz internet, nešto manje baveći se sportom i to češće dečaci i družeći se sa porodicom i prijateljima, a to čine češće devojčice, a najmanje

čitajući knjige i uz TV program, a to ipak više čine devojčice. Preventivne aktivnosti treba usmeriti ka promociji zdravih stilova života i prevenciji izazivanja zavisnosti od interneta kod dece.

Ključne reči: internet, adolescent, zavisnost

## UČESTALOST MENTALNIH POREMEĆAJA U SLUŽBI OPŠTE MEDICINE DOMA ZDRAVLJA DOLJEVAC

*Miloš Bogoslović(1), Milena Potić-Floranović(2), Miljana Stanojković Nikolić(3), Dragana Mitrović(4), Milan Spasić(5), Miljana Mladenović-Petrović(6)*

(1)DOM ZDRAVLJA DOLJEVAC, SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU ODRASLOG STANOVNIŠTVA, (2)INSTITUT ZA BIOMEDICINSKA ISTRAŽIVANJA, MEDICINSKI FAKULTET NIŠ, (3)KLINIKA ZA ZAŠTITU MENTALNOG ZDRAVLJA, KC NIŠ, (4)ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU PREDŠKOLSKE I ŠKOLSKE DECE SA MEDICINOM SPORTA I SAVETOVALIŠTEM ZA MLADE, (5)STOMATOLOŠKI FAKULTET NIŠ, (6)MEDICINSKI FAKULTET NIŠ

UVOD: Poremećaji mentalnog zdravlja danaskako u svetu tako i kod nas predstavljaju ozbiljan sociomedicinski problem.

CILJ RADA: Pokazati i ispitati zastupljenost mentalnih poremećaja, utvrditi u kakvom je odnosu sa starosnom i polnom strukturom kod pacijenata lečenih u Službi opšte medicine Doma zdravlja Doljevac.

METOD: Uvidom u zdravstvenu dokumentaciju i elektronsku bazu podataka osiguranika sa teritorije opštine Doljevac starosne dobi iznad 18 godina koji su se javili svom izabranom lekaru tokom 2013. sprovedeno je istraživanje. Podaci prikupljeni su upisivani, a zatim analizirani i predstavljeni grafički.

REZULTATI: Odukupnog broja osiguranika na teritoriji opštine Doljevacstarosti iznad 18 godina (19030)zbog nekog simptoma poremećaja mentalnog zdravlja se svom izabranom lekaru tokom 2013. godine javilo 4378 pacijenata (23%). Većinu pacijenata sa simptomatologijom poremećaja mentalnog zdravlja su činile osobe ženskog pola 69,30%, dok su osobe muškog pola činile 30,70%. Pacijenti su najčešće dijagnostifikovani kao F41(anksiozni poremećaj) 55,85% od ukupnog broja, zatim kao F32 (depresivni poremećaj) 17,10% i kao F43(reakcija na teški stres i poremećaji prilagođavanja) 12,29%. Najčešće su mentalni poremećaji zastupljeni kod pacijenata starosne dobi od 35-65 godina i to 49,27% i kod pacijenata starosti preko 65 godina 41,09% dok su kod osoba starosti od 18-35 godina zastupljeni sa 9,64%.

ZAKLJUČAK: Ispitivanjem pacijenata Doma Zdravlja Doljevac pokazalo se da je učestalost mentalnih poremećaja kod pacijenata zastupljeno u velikom broju. Zabrinjavajuće je to što četvrtina populacije sa teritorije opštine Doljevac ima simptomatologiju poremećaja mentalnog zdravlja. Oboleva stanovništvo svih starosnih grupa, a obolevanje radno sposobne populacije povlači sa sobom socijalnoekonomske posledice.

Ključne reči: učestalost, mentalni poremećaji.

## TROVANJE KOROZIVOM – PRIKAZ SLUČAJA

*Milan Đorđević(1), Slobodanka Milićević Mišić(2), Simonida Šeškar Stojančev(2)*

(1)DOM ZDRAVLJA JAGODINA, SLUŽBA HITNE MEDICINSKE POMOĆI, (2)KLINIČKI CENTAR NIŠ, KLINIKA ZA ENDOKRINOLOGIJU, DIJABETES I BOLESTI METABOLIZMA, ODELJENJE ZA TOKSIKOLOGIJU

UVOD. Kiseline su korozivni otrovi koji ekstrahuju vodu iz tkiva, koagulišu proteine i formiraju kisele albuminate, a hemoglobin pretvaraju u kiseli hematin. Na svetskoj mapi toksikologije Srbija se svrstava u zemlje koje imaju visok procenat trovanja kausticima. U razvijenim zemljama intoksikacija korozivima je izuzetno retka zbog nedostupnosti istih i zabranjene slobodne prodaje.

CILJ RADA. Ukazati na značaj, veličinu i učestalost korozivnih trovanja, prikazati fatalno trovanje esencijom kao i model prehospitalnog i hospitalnog zbrinjavanja akutno otrovanog korozivom i dati predlog mera za smanjenje ovih intoksikacija.

MATERIJAL I METODE. Korišćena je istorija bolesti Klinike za endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma, Odeljenje za toksikologiju, KC Niš kao i izveštaj sudsko medicinske obdukcije Zavoda za sudsku medicinu Niš.

**PRIKAZ SLUČAJA:** Okolnosti trovanja: Pacijentkinja u toku večeri 21.02.2014. oko 21h popila oko 200ml esencije, namerno u cilju suicida, a zbog nesuglasica u porodici. Dovežena u prijemno-trijažno odeljenje Vranjske bolnice u 21.49h, svesna, dala podatak o namernom samootrovanju, povraćala, postavljen urinarni kateter i dobijen hemoglobinurični urin. Prvi pokušaj suicida, dosad nelečena psihijatrijski. Transportovana u KC Niš u 00.35h 22.02.2014. Pregledana od strane ORL specijaliste i urađena urgentna ezofagogastroduodenoskopija (EGDS). Objektivni status: odaje utisak teškog bolesnika sa PSS (poisoning severity scor) 4. Glava i vrat: koža oko usana hiperemična, sa opekotinama, usna duplja hiperemična, edematozna. Abdomen: bolno difuzno osetljiv na palpaciju, urin kesa 1500ml hemoglobinuričnog urina. Laboratorija: Gly 39.9; Urea 10.9-12.6; Crea 133.0-167.3; Amy 606.7; Acidobazni status pH 7.19; BE -18.9, HCO<sub>3</sub> 10.3. Urgentna EGDS: U jednjaku, želucu, bulbusu duodenuma i postbulbarnom deluduodenuma sluzokoža lividno beličasta sa hiperemičnim plažama. Zaključak: Radi se o pacijentkinji koja je hospitalizovana nakon namerne intoksikacije korozivnim sredstvom (esencija) u teškom opštem stanju. Tokom hospitalizacije zbog insuficijencije respiratornih puteva urađena traheotomija. Dolazi do anurije i razvoja akutne bubrežne insuficijencije. I pored svih mera reanimacije dolazi do letalnog ishoda 22.02.2014. u 01.40min.

Makroskopski obdukcioni nalaz: Jezik mlitav, obložen prljavo-braonkastim naslagama koje se lako skidaju. U jednjaku prisutna osrednja količina prljavo-mrko-braonkasto-tečnog sadržaja, njegova sluzokoža čitavom površinom mrko prebojena, istanjena, nedostajuće nadsluznice. U želucu prisutno oko 100 ccm mrko-braonkasto-zelenkasto-kašastog sadržaja. Njegova sluzokoža zbrisanih nabora, natečena, sljuštene nadsluznice, gotovo u potpunosti mrko prebojena, mestimično sitno zrnasta.

**ZAKLJUČAK:** Akcenat treba staviti na mere prevencije. U zbrinjavanju intoksiciranog razlikujemo prehospitane i hospitalne mere. Moguće komplikacije su u vidu strikture ezofagusa, stenoze pilorusa i karcinoma želuca ili jednjaka. Trovanje visoko koncentrovanom acetatnom kiselinom je i dalje veoma često i sa visokom stopom mortaliteta. Pacijenti koji su ingestirali veće količine kiseline i sa većim stepenom gastrointestinalnih oštećenja, pneumonije ili bubrežne slabosti zahtevaju veći oprez jer su podložniji fatalnim komplikacijama.

Ključne reči. Koroziv, trovanje, mere

## **POJEDINE DETERMINATE STEPENA UHRANJENOSTI DEVOJČICA PRED UPIS U ŠKOLU I U PERIODU ADOLESCENCIJE (U 7.;14 I 17. GODINI) GENERACIJE ROĐENE 1996. GODINE U ZAJEČARU**

*Dragana Stojanović(1), Bratimirka Jelenković(2), Brankica Vasić (1), Marko Cvetković(1)*

(1)ZC ZAJEČAR, DEČIJI DISPANZER, (2) ZC ZAJEČAR,PEDIJATRIJSKA SLUŽBA

**UVOD:** Gojaznost i mnogi udruženi faktori rizika za KVO imaju jasnu tendenciju da perzistiraju u odrasloj dobi. Još 1970-ih godina u razvijenim delovima sveta došlo je do povećanja prevalencije povišene telesne mase i gojaznosti mladih i adolescenata.

Stanje uhranjenosti, socio ekonomski status (SES), gojaznost roditelja, fizička aktivnost, sedantarni stil života i pojedine determinante (porođajna težina, dužina dojenja) su sve više predmet istraživanja. (KOPS studija koja je istraživala pojedine determinante gojaznosti kod dece uzrasta 5 do 7 godina). Determinante koje mogu biti povezane sa ITM dece i adolescenata: gojaznost roditelja, njihova dob, obrazovanje, zanimanje, broj članova porodice, dužina dojenja, telesna masa na rođenju, stil života (fizička aktivnost i sedantarni stil života).

Univerzalno posmatrano porodični činioci okruženja i činioci vezani za razvoj utiču na gojaznost dece i mladih. Nezavisni faktor rizika za predgojaznost i gojaznost su gojaznost roditelja, nizak SES i veća TM na rođenju. Dodatno činioci koji su vezani više za pol: pušenje roditelja i život sa jednim roditeljem rizik faktori su kod dečaka , dok je smanjena aktivnost faktor rizika kod devojčica. Težina na rođenju povezana je sa gojaznošću, ali ne i sa predgojaznošću.

**CILJ:** Praćenje uticaja pojedinih činilaca na stepen uhranjenosti kod devojčica uzrasta 7. godina i u periodu adolescencije u generaciji dece rođene 1996. godine u Zaječaru. Determinante koje mogu biti povezane sa ITM dece i adolescenata: dob roditelja, broj članova porodice, dužina dojenja, telesna masa na rođenju.

**MATERIJAL I METODI RADA:** Podaci su dobijeni fizikalnim pregledom devojčica pred upis u školu (N-178) koji je učinjen 2003. godine u Dečijem dispanzeru u Zaječaru. Ista deca su pregledana i u uzrastu od 14 i 17 godina. Indeks telesne mase(ITM) - izračunat je prema standardnoj formuli. Svaki ispitanik je zajedno sa svojim roditeljima ispunio upitnik koji je sadržavao podatke za starost roditelja, i broj članova porodice i porođajnu masu.. Broj dece podeljen je u dve kategorije: jedno i više dece (dva, tri, četiri i pet ). Telesna težina na rođenju:



definisana kao mala, odnosno TM manja od 2 599 g, normalna (2600 do 3849g) i povećana, kao TM veća do 3850 g. Statistička značajnost testirana je t-testom (SN-statistički neznačajno;  $p < 0,01$   $p < 0,05$ ). Od 178 devojčica uzrasta od 7. godina, na osnovu kriterijuma International Obesity Task Force: pothranjeno je 19 (10,67%), sa prosečnim ITM-13,21 $\pm$ 0,49. Normalno uhranjeno je 122 (68,54%) sa prosečnim ITM-15,58 $\pm$ 1,17. Deca sa rizikom da postanu gojazna i gojazna 37 (20,78%) sa prosečnim ITM-19,73 $\pm$ 1,88.

Kod devojčica prema broju dece u porodici nema statistički značajne razlike u prosečnom ITM ni u jednom istraživanom uzrastu.

Prema porođajnoj masi (hipotrofični, eutrofični i hipertrofični) nema statistički značajne razlike u prosečnom ITM ni u jednom istraživanom uzrastu osim u 14 godini gde hipotrofična deca imaju veći ITM ( $p=0,05$ ).

Prema dobu roditelja-majke: devojčice pred polazak u školu dob majke nema uticaj na prosečan ITM. U uzrastu od 14. godina i od 17. godina adolescentkinje čije su majke mlađe dobi imaju veći prosečan ITM ( $p=0,01$ ) u odnosu na vršnjakinje čije su majke starije.

Prema starosnom dobu roditelja-oca devojčice pred polazak u školu čije su očevi mlađi (do 34 godina) imaju veći prosečan ITM ( $p=0,003$ ) u odnosu na vršnjakinje čije su očevi stariji. Ista je situacija i uzrastu od 17. godina. U uzrastu od 14. godina najveći prosečan ITM imaju adolescentkinje čiji su očevi "srednjih godina" odnosno od 42.-46. godine ( $p=0,029$ ).

**ZAKLJUČAK:** kod naših ispitanica porođajna masa nema uticaj na prosečan ITM, da broj dece u porodici nema uticaj na prosečan ITM. U uzrastu od 7 i 14. godina deca mlađih roditelja imaju veći i prosečan ITM. U periodu adolescencije veći prosečan ITM imaju deca mlađih majki, dok u 14. godini deca očeva "srednjih godina" imaju veći prosečan ITM.

**DISKUSIJA:** Naši rezultati nisu u potpunosti u saglasnosti sa rezultatima sličnih studija. Ova različitost se može protumačiti različitim dizajnom, naime u našem istraživanju praćena su ista deca u tri razvojna perioda. Većina studija koja se bavila sličnom problematikom je bila tranverzalnog karaktera i obuhvatala je mnogo veći raspon uzrasta dece. Nedostatak našeg istraživanja je relativno mali broj ispitanika. Smatramo da je i posebnost navika i običaja podneblja takođe mogući činioc različitosti u dobijenim podacima.

Ključne reči: determinante uhranjenosti, adolescentkinje

## **POJEDINE DETERMINATE STEPENA UHRANJENOSTI DEČAKA PRED UPIS U ŠKOLU I U PERIODU ADOLESCENCIJE (U 7.; 14 I 17. GODINI) GENERACIJE ROĐENE 1996. GODINE U ZAJEČARU**

*Marko Cvetković (1), Bratimirka Jelenković (2), Brankica Vasić (1), Dragana Stojanović (1)*

(1) ZC ZAJEČAR, DEČIJI DISPANZER (2) ZC ZAJEČAR, PEDIJATRIJSKA SLUŽBA

**UVOD:** Gojaznost dece je važna za javno zdravlje sa više aspekata. Prvi, gojaznost u detinjstvu i adolescenciji udružena je sa brojnim faktorima rizika za kardiovaskularna oboljenja (KVO). Pojedini od tih faktora rizika su tip 2 dijabetes melitusa (T2DM), hipertenzija i dislipidemija. Drugo, gojaznost i mnogi udruženi faktori rizika za KVO imaju jasnu tendenciju da perzistiraju u odrasloj dobi. Stanje uhranjenosti, socio ekonomski status (SES), gojaznost roditelja, fizička aktivnost, sedantarni stil života i pojedine determinante (porođajna težina, dužina dojenja) su sve više predmet istraživanja. (KOPS studija). Determinante koje mogu biti povezane sa ITM dece i adolescenata: gojaznost roditelja, njihova dob, obrazovanje, zanimanje, broj članova porodice, dužina dojenja, telesna masa na rođenju, stil života.

**CILJ:** Praćenje uticaja pojedinih činilaca na stepen uhranjenosti kod dečaka uzrasta 7. Godina i u periodu adolescencije u generaciji dece rođene 1996. godine u Zaječaru. Determinante koje mogu biti povezane sa ITM dece i adolescenata: dob roditelja, broj članova porodice, dužina dojenja, telesna masa na rođenju.

**MATERIJAL I METODI RADA:** Podaci su dobijeni fizikalnim pregledom dečaka pred upis u školu (N=190) koji je učinjen 2003. godine u Dečijem dispanzeru u Zaječaru. Ista deca su pregledana i u uzrastu od 14 i 17 godina. Indeks telesne mase (ITM) - izračunat je prema standardnoj formuli. Svaki ispitanik je zajedno sa svojim roditeljima ispunio upitnik koji je sadržavao podatke za starost roditelja, i broj članova porodice i porođajnu masu. Broj dece podeljen je u dve kategorije: jedno (I) i više dece (II). Telesna težina na rođenju: definisana kao mala, odnosno TM manja od 2 599 g, prosečna (2600 do 3999g) i povećana, kao TM veća do 4 000 g. Statistička značajnost testirana je t-testom (SN-statistički neznačajno;  $p < 0,01$   $p < 0,05$ ).

**REZULTATI:** Od 190 dečaka uzrasta od 7. godina, na osnovu kriterijuma International Obesity Task Force: pothranjeno je 17 (8,95%), sa prosečnim ITM-13,57 $\pm$ 0,41, Normalno uhranjeno je 134 (70,5%). Deca sa rizikom da postanu gojazna i gojazna 39 (20,5%) sa prosečnim ITM-20,72  $\pm$ 2,25.

Po broju dece u porodici postoji statistička značajnost u sedmoj godini ( u porodicama sa više dece veći je prosečan ITM), u periodu adolescencije nema razlike u prosečnom ITM.

Kod dečaka prema porođajnoj masi (hipotrofični, eutrofični i hipertrofični) nema statistički značajne razlike u prosečnom ITM ni u jednom istraživanom uzrastu.

Prema dobu roditelja-majke dečaci pred polazak u školu čije su majke mlađe ( do 29 godina ) imaju veći prosečan ITM ( $p=0,01$ ) u odnosu na vršnjake čije su majke starije. Ista je situacija i uzrastu od 14. godina. U uzrastu od 17. godina nema uticaj dob majke na prosečan ITM.

Prema starosnom dobu roditelja-oca dečaci pred polazak u školu čije su očevi mlađi ( do 34 godina ) imaju veći prosečan ITM ( $p=0,02$ ) u odnosu na vršnjake čije su očevi stariji. Ista je situacija i uzrastu od 14. godina. U uzrastu od 17. godina nema uticaj dob oca na prosečan ITM.

ZAKLJUČAK: kod naših ispitanika porođajna masa nema uticaj na prosečan ITM, da je u porodicama sa većim brojem dece veći i prosečan ITM. U uzrastu od 7 i 14. godina deca mlađih roditelja imaju veći i prosečan ITM.

DISKUSIJA: Naši rezultati nisu u potpunosti u saglasnosti sa rezultatima sličnih studija. Ova različitost se može protumačiti različitim dizajnom, naime u našem istraživanju praćena su ista deca u tri razvojna perioda. Većina studija koja se bavila sličnom problematikom je bila tranverzalnog karaktera i obuhvatala je mnogo veći raspon uzrasta dece. Nedostatak našeg istraživanje je relativno mali broj ispitanika. Smatramo da je i posebnost navika i običaja podneblja takođe mogući činilac različitosti u dobijenim podacima.

Ključne reči: determinante uhranjenosti, adolescenti

## **OBOSTRANA DONJA LUKSACIJA RAMENOG ZGLOBA (LUXATIO ERECTA HUMERI BILATERALIS) PRIKAZ SLUČAJA**

*Ivica Milošević, Dragoslav Božilović, Vesna Jović*

ZDRAVSTVENI CENTAR BOR. OPŠTA BOLNICA, SLUŽBA ZA PRIJEM I ZBRINJAVANJE URGENTNIH STANJA

UVOD: Donja luksacija ramenog zgloba ili tzv. luxatio erecta humeri predstavlja izuzetno retku vrstu dislokacije zgloba ramena, sa incidencom od svega 0,5% u odnosu na sve dislokacije ramenog zgloba. Slučajevi obostrane donje luksacije ramenog zgloba (luxatio erecta humeri bilateralis) predstavljaju ekstremnu retkost u medicinskoj literaturi. Ovaj rad prikazuje pacijenta sa obostranom donjom luksacijom zgloba ramena, objašnjava kliničku sliku, dijagnozu i tretman ove retke luksacije.

PRIKAZ SLUČAJA: Osoba muškog pola, starosti 77 godina, bila je prezentovana službi za prijem i zbrinjavanje urgentnih stanja, a nakon zadesnog pada sa visine od prosečno jednog metra, na ravno. Pacijent se, pri padu, o pod, dočekaob obema rukama u abdukovanom položaju, iznad glave. Pri pregledu, obe nadlaktice nalaze se u položaju hiperabdukcije i umerene spoljašnje rotacije, flektiranih zglobova lakata i podlacticama u nepotpunoj pronaciji, koje slobodno leže iznad glave. Pri palpaciji nadlaktica obe glave humerusa bile su jasno opipljive u aksilarnoj jami i priljubljene uz bočne zidove grudnog koša. Puls radijalnih arterija na obe ruke bio je palpabilan simetrično. Pomeranje prstiju šaka bilo je otežano, do nemoguće, desnostrano izraženije. Osećaj dodira bio je očuvan na oba gornja ekstremiteta. Nakon adekvatne analgezije i sedacije pacijent je podvrgnut rendgengrafskom ispitivanju, čime je bila potvrđena dijagnoza luxatio erecta humeri bilateralis. Rendgengrafija takođe nije pokazala bilo kakvo oštećenje koštanih struktura. Nakon završene urgentne dijagnostike, pacijent je transportovan do ortopedskog odeljenja, gde je u uslovima sedacije izvedena zatvorena repozicija metodom trakcije-kontratrakcije. Nakon urađene ortopedske repozicije evidentira se slabost gornjih ekstremiteta, na desnoj ruci većeg stepena. Postrepozicionom rendgengrafijom oba zgloba ramena dijagnostikovani su anatomski položaj istih, bez radioloških znakova koštanog traumatizma. Neurološkom procenom konstatuje se obostrana brahijalna plexopatija, izraženija desnostrano. Pacijent je nakon dijagnostičko-terapijskih procedura imobilisan, sa obe nadlaktice u adukovanom položaju, uz grudni koš, Desault bandažom. Tokom hospitalizacije pacijent je samostalno počeo da pokreće prste šaka, vežbajući stisak na obe ruke. Desetog dana po prijemu otpušta se sa bolničkog lečenja, uz predlog za dalje ortopedsko i neurološko praćenje, kao i rehabilitacionu terapiju.

ZAKLJUČAK: Luxatio erecta humeri bilateralis je redak varijetet dislokacije ramenog zgloba. U našem prikazu slučaja opisali smo jedan primer ovakvog tipa luksacije. Klinička dijagnoza luxatio erecta humeri je karakteristična i lako prepoznatljiva, uprkos retkom dijagnostikovanju. Radiološka ispitivanja su od ključnog značaja za postavljanje konačne dijagnoze ovog tipa luksacije zgloba ramena. Neurološka oštećenja, kao jedna komplikacija ove luksacije, bila su evidentirana i tretirana nakon repozicije. Rehabilitaciona terapija kod našeg

pacijenta još uvek je u toku, čime se otvara mogućnost daljeg praćenja i davanja definitivnog iskaza o dugoročnoj prognozi ovog retkog tipa luksacije zgloba ramena.

Ključne reči: donja luksacija ramenog zgloba, luxatio erecta humeri bilateralis, rameni zglob

## INDEX AUTORA

Abazović Dž.	59	Jelenković Bratimirka	44, 64, 65
Aleksić Aleksandar	28	Jelenković Milan	24
Aleksić Željka	28	Jelisaveta Todorović	10
Anđelić Slađana	15	Jokšić Zelić Milena	29
Anđelković Slavica	54	Joksimović Zoran	23, 61
Andrejević V.	43	Jolić Aleksandar	28
Andrejević Vesna	41, 42	Jovanović D. Tomislav	59
Andrić M.	59	Jovanović Galović A.	32
Antić A.	23	Jovanović Goran	8
Antonijević N.	23	Jovanović K.	34
Antonijević S.	26	Jovanović M.	36, 37
Antonijević Sonja	47, 50	Jovanović Maja	13
Avramović Mirjana	40	Jovanović Marija	59
Bastać Dušan	23	Jovanović N.	40
Benarik Eva	29	Jovanović V.	56
Bogoslović Miloš	60, 62, 63	Jovanović. J.	36, 37
Bojanić A.	40	Jović Vesna	66
Božilović Dragoslav	66	Kadaš Laura	29
Branković Miodrag	21	Keković S.	49, 50
Brašanac B.	47	Kocić Biljana	20
Čirić Aleksandar	29	Končar I.	31
Čirić Danijela	62	Kostić B.	42
Čirović Zoran	57	Kostić Marina	38
Cokić Bojana	60	Kostić Tihomir	31
Čukanović Anđa	22	Kovačević G.	32
Čukanović Milanko	22	Kovačević Gordana	47
Cukić Maja	51	Lović Dragan	23
Čulafić Đ.	23	Lukić I.	59
Čurčić Vojislav	6	Lukić Ivan	29, 30
Cvetković Marko	64, 65	Manić Saška	28
Davidović L.	31	Mannath J.	23
Đorđević Jovica	62	Marinković G.	47
Đorđević Milan	24, 62, 63	Markov J.	33, 31
Đorđević Miodrag	19	Marković Ž.	33
Dragan Delić	12	Martinov J.	23
Dujmović Bašuroski Irena	7	Mašulović D.	31, 33
Đurić Z.	56	Matović M.	56
Đurić-Filipović I.	23	Menković N.	31, 33
Đurić-Filipović Ivana	39	Mićković Savica	49, 50
Filipović Đ.	39	Mihailović Vesna	14
Genčić Milena	55	Mihajlović M.	40
Glišić Vesna	57	Mihajlović Saša	27
Gondoš Atila	29	Mijović Biljana	14
Grubor N.	23	Milanović I.	36, 37
Hristov Mitić L.	26, 47, 50	Miletić D.	23
Hrnjaković Cvjetković Ivana	32	Miletić Emilio	27, 62
Ilić M.	31, 33, 41	Milićević Mišić Slobodanka	63
Jashari Rushit	28	Milošević Ivica	66
Jelenković B.	42	Milošević Lj.	34, 36, 37

Milošević Ljiljana	55	Simić Mirjana	22
Milošević Ljubica	36, 37, 55	Snežana Manojlović	9
Milošević S	47, 50	Spasić Milan	63
Milošević Slađana	26	Stančić Ivica	16
Milošević V.	47, 32	Stanimirov B.	29, 59
Milošević Zoran	52	Stanković Danijela	35
Milovanovic L.	38	Stanojković Nikolić Miljana	63
Mitov Vladimir	28	Stepković Jasmina	22
Mitrović Dragana	24, 27, 60, 62, 63	Stević Svetlana	38
Mitrović Milena	19	Stojanović Dragana	64, 65
Mitrović R.	56	Stojanović I.	53
Mladenović D.	53	Stojanović M.	23, 33
Mladenović Miljana	62	Stojanović Miroslav	16
Mladenović- Petrović Miljana	60, 63	Stojanović Z. Milan	59
Moravčević Đorđe	19	Tasić M.	39
Nadežda Đurić	56	Tešanović Lj.	42
Najdanović Mandić Vera	40, 58	Tica S.	47
Nenad Rudić	9	Timilijić Mladen	27
Nikolić A.	35	Tiodorović-Živković D.	52
Nikolić Kosta	61	Tomić-Naglić Dragana	18
Nikolić M.	45	Trailović Mirko	51, 52
Nikolić Milan	27	Trailović Nada	52
Nikolić N	32	Turo L.	47
Nikolić-Popović Julijana	8	Vasić Ankica	29
Novaković Ivana	44	Vasić Brankica	42, 44, 64, 65
Pakević N.	56	Veličković Zoran	38
Panjotović Ljubomir	15	Veljković Ana	40, 58
Patić A	32	Vešović D.	48, 56
Paunković Džejn	61	Vešović Dušan	28
Paunković Nebojša	61	Vinarž Ž.	47
Paunović Ivan	12	Vlajić Emil	7
Perišić M.	23	Vrbić Miodrag	13
Pešić Ljiljana	52	Vučković M.	31, 33
Petković A.	31, 33	Vukašinović Biljana	25, 26
Petković V.	38	Vuksanović D.	40
Petrović D.	42	Vuleta D.	47
Petrović V.	47	Zdravković Dragan	17
Potić-Floranović Milena	63	Žikić Mirjana	31
Radivojević B.	41, 42	Žikić Radoš	46
Radivojević Bisenija	43	Žilih M.48,	56
Radojević B.	45	Živanović Gordana	57
Radojković P.	48, 56	Živković Miroslava	6
Radovanov J	32	Živković Rade	17
Ranković I.	39	Živković S.	40
Ranković Ivan	23	Žorić D. Dragana	58
Repac V.	59		
Repac Vinka	29, 30		
Rodić N.	47		
Savić Mitić Žaklina	51		
Savić N.	45		
Šavija Đorđević Vesna	31		
Šeškar Stojančov Simonida	63		

---



---

## UPUTSTVO SARADNICIMA

---



---

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

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

Rukopise u elektronskoj verziji slati na mail adresu: [tmglasnik@gmail.com](mailto:tmglasnik@gmail.com) ili poštom na:

Timočki medicinski glasnik  
Zdravstveni centar Zaječar  
Rasadnička bb  
19000 Zaječar

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

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

### Radovi se ne vraćaju i ne honorišu.

Uredništvo nije odgovorno za eventualni gubitak rukopisa na pošti. Savetuje se autorima da obavezno **sačuvaju jedan primerak** rukopisa.

### TEHNIČKI ZAHTEVI

Rukopisi se prilažu isključivo u elektronskoj formi. Elektronska forma rukopisa može se dostaviti elektronskom poštom ili na disku. Fajlove pripremiti po posebnom uputstvu.

U elektronski oblik staviti završnu verziju rukopisa. Celokupni tekst, reference, naslovi tabela i legende slika treba da budu u jednom dokumentu. Paragraf pišite tako da se ravna samo leva ivica (Alignment left). Ne delite reči na slogove na kraju reda. Ne koristite uvlačenje celog pasusa (Indentation). Koristite praznu liniju pre i na kraju pasusa. Ubacite samo jedno prazno mesto posle znaka interpunkcije. Ostavite da naslovi i podnaslovi budu poravnani uz levu ivicu. Koristite podebljana (**bold**) slova, kurziv (*italic*), sub- i superscript i podvučena slova samo gde je to potrebno. Same tabele, slike i grafikone možete umetnuti u tekst na mestu gde treba da se pojave u radu (preporučujemo da komplikovanije grafikone, slike i fotografije priložite u vidu posebnih fajlova). Najbolje je da tekst fajlovi budu pripremljeni u Microsoft Office Word programu (sa ekstenzijom .doc). Preporučuje se font Times New Roman, veličine 12 p. Prihvatljivi formati za grafikone, ilustracije i fotografije su osim MS Word, još i Adobe Illustrator, Adobe Photoshop, jpeg, gif, PowerPoint, i pdf. Fajlove treba jasno obeležiti. Najbolje je imena fajla formirati prema prezimenu prvog autora i tipu podataka koje sadrži dati fajl (na primer:  
paunkovictext.doc  
paunkovicslika1.gif  
paunkovicceo.pdf).

Ukoliko šaljete disk, na nalepnici diska treba napisati prezime i ime prvog autora, kraću verziju naslova rada i imena svih fajlova sa ekstenzijama koji se nalaze na disku. Disk pošaljite na adresu redakcije Timočkog medicinskog glasnika.

Ukoliko rad šaljete elektronskom poštom, u pratnom pismu navedite naslov rada, prezime i ime prvog autora i imena svih fajlova koje šaljete. Fajlove šaljite u Attach-u. Tako pripremljeno elektronsko pismo pošaljite na adresu [tmglasnik@gmail.com](mailto:tmglasnik@gmail.com)

#### OBIM RUKOPISA

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

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

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

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

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

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

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

#### PRIPREMA RUKOPISA

PRVA STRANICA sadrži: potpuni naslov, eventualno podnaslov, kraću verziju naslova (do 70 slovnih mesta); ime i prezime svih autora; naziv, mesto i adresu institucija iz kojih su autori, (brojevima u zagradi povezati sa imenima autora); eventualnu zahvalnost za pomoć u izradi rada; predlog kategorije rukopisa (originalni rad, pre-

gledni članak, prikaz bolesnika i dr); ime i prezime, godinu rođenja autora i svih koautora, punu adresu, broj telefona i fax-a kao i e-mail autora za korespondenciju.

DRUGA STRANICA sadrži: sažetak (uključuje naslov rada, imena autora i koautora i imena ustanova iz kojih su autori) se sastoji od najviše 250 reči. Sažetak ne može imati fusnote, tabele, slike niti reference. U sažetku treba izneti važne rezultate i izbeći opšte poznate činjenice. Sažetak treba da sadrži cilj istraživanja, material i metode, rezultate i zaključke rada. U njemu ne smeju biti tvrdnje kojih nema u tekstu članka. Mora biti napisan tako da i obrazovani nestručnjak može iz njega razumeti sadržaj članka.

Posle sažetka napisati 3 do 8 ključnih reči na srpskom jeziku.

TREĆA STRANICA sadrži: prošireni sažetak na engleskom jeziku (extended summary) i 3 do 8 ključnih reči na engleskom jeziku (key words)

NAREDNE STRANICE: Označite dalje rednim brojem sve preostale stranice rukopisa. Svako poglavlje započnite na posebnom listu.

UVOD mora biti kratak, s jasno izloženim ciljem članka i kratkim pregledom literature o tom problemu.

MATERIJAL (BOLESNICI) I METODE moraju sadržati dovoljno podataka da bi drugi istraživači mogli ponoviti slično istraživanje bez dodatnih informacija. Imena bolesnika i brojeve istorija bolesti ne treba koristiti, kao ni druge detalje koje bi pomogli identifikaciji bolesnika. Treba navesti imena aparata, softvera i statističkih metoda koje su korišćene.

REZULTATE prikazite jasno i sažeto. Ne treba iste podatke prikazivati i u tabelama i na grafikonima. Izuzetno se rezultati i diskusija mogu napisati u istom poglavlju.

U DISKUSIJI treba raspravljati o tumačenju rezultata, njihovom značenju u poređenju sa drugim, sličnim istraživanjima i u skladu sa postavljenim hipotezama istraživanja. Ne treba ponavljati već napisane rezultate. Zaključke treba dati na kraju diskusije ili u posebnom poglavlju

#### PRILOZI UZ TEKST

Svaka tabela ili ilustracija mora biti razumljiva sama po sebi, tj. i bez čitanja teksta u rukopsiu.

- Tabele: Iznad tabele treba da stoji redni broj i naslov (npr: Tabela 1. Struktura ispitanika). Legendu staviti u fusnotu ispod tabele, i tu objasniti sve nestandardne skraćenice.

- Ilustracije (slike): Fotografije moraju biti oštre i kontrastne, ne veće od 1024x768 piksela. Broj crteža i slika treba ograničiti na najnužnije (u principu ne više od 4 – 5). Ukoliko se slika preuzima sa interneta ili nekog drugog izvora, potrebno je navesti izvor. Ispod ilustracije treba staviti redni broj iste i naslov, a ispod ovoga legendu, ukoliko postoji

Naslove i tekst u tabelama i grafikonima dati i na engleskom jeziku

#### LITERATURA

Reference se numerišu redosledom pojave u tekstu. Reference u tekstu obeležiti arapskim brojem u uglastoj zagradi [ ... ]. U literaturi se nabroja prvih 6 autora citiranog članka, a potom se piše "et al". Imena časopisa se mogu skraćivati samo kao u Index Medicus-u. Skraćenica časopisa se može naći preko web sajta <http://www.nlm.nih.gov/>. Ako se ne zna skraćenica, ime časopisa navesti u celini.

Literatura se navodi na sledeći način:

##### *Članak u časopisu:*

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.

Janković S, Sokić D, Lević M, Šušić V, Drulović J, Stojavljević N et al. Eponimi i epilepsija. *Srp Arh Celok Lek* 1996;124:217-221.

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102 Suppl 1:275-82.

##### *Knjige i druge monografije:*

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

##### *Poglavlje iz knjige:*

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

##### *Doktorska disertacija ili magistarski rad:*

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

Đorđević M: Izučavanje metabolizma i transporta tireoidnih hormona kod bolesnika na hemodijalizi. Magistarski rad, Medicinski fakultet, Beograd, 1989.

##### *Članak objavljen elektronski pre štampane verzije:*

Yu WM, Hawley TS, Hawley RG, Qu CK.

Immortalization of yolk sac-derived precursor cells. *Blood*. 2002 Nov 15;100(10):3828-31. Epub 2002 Jul 5.

##### *CD-ROM:*

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

##### *Članak u casopisu na internet:*

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role.

*Am J Nurs* [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 3 p.]. Available from:

<http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

##### *Monografija na internetu:*

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

##### *Web lokacija:*

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

##### *Deo web lokacije:*

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