

СРПСКО ЛЕКАРСКО ДРУШТВО
ОКРУЖНА ПОДРУЖНИЦА КРАГУЈЕВАЦ

Med Čas (Krag) / Med J (Krag)
ISSN 0350-1221
COBISS.SR-ID 81751559
UDK 61

МЕДИЦИНСКИ ЧАСОПИС



MEDICAL JOURNAL
Serbian Medical Society
Section Kragujevac

Часопис основан 1961.

Годиште 47

Supplement 1

Journal founded in 1961.

Volume 47

Supplement 1

Kragujevac 2013.

www.medicinskicasopis.org

Крагујевац 2013.

MEDICINSKI ČASOPIS

Srpsko lekarsko društvo
Okružna podružnica Kragujevac

MEDICAL JOURNAL

Serbian Medical Society
Section Kragujevac

Glavni i odgovorni urednik - Editor-In-Chief

Prof. dr Dragan R. Milovanović

Zamenik urednika - Deputy Editor

Prof. dr Mirjana Varjačić

Uređivački odbor - Editorial Board

Prof. dr Ljiljana Mijatović Teodorović

Prof. dr Snežana Živančević Simonović

Prof. dr Gordana Tončev

Prof. dr Dragana Ignjatović Ristić

Prof. dr Dragan Čanović

Prof. dr Nebojša Krstić

Prof. dr Slobodan Obradović

Prof. dr Branko Ristić

Prof. dr Predrag Čanović

Prof. dr Dejan Baskić

Prof. dr Aleksandar Đukić

Prof. dr Ranko Golijanin

Naučni Savet - Scientific Council

Prof. dr Nebojša Arsenijević, Kragujevac

Prof. dr Zoran Matović, Kragujevac

Prof. dr Radomir Pavlović, Kragujevac

Naučni savetnik dr sc. Ljiljana

Dimitrijević, Beograd

Prof. dr Slobodan Janković, Kragujevac

Prof. dr Vojko Đukić, Beograd

Prof. dr Milorad Jevtić, Beograd

Prof. dr Milorad Pavlović, Beograd

Prof. dr Momir Mikov, Novi Sad

Prof. dr Gordana Lepasović, Beograd

Prof. dr Ljiljana Marković Denić, Beograd

Prof. dr Dragana Lavrnić, Beograd

Doc. dr Radmila Veličković Radovanović, Niš

Međunarodni savetodavni odbor - International Advisory Board

Prof. Igor Mitrović, San Francisco, USA

Prof. Jelena Radulović, Chicago, USA

Prof. Jovan Antović, Stockholm, Sweden

Prof. Francesco Curcio, Udine, Italy

Prof. Srđan Vlajković, Auckland, New Zealand

Prof. Dimitros Kouvelas, Thessaloniki, Greece

Prof. Kostas N. Fountoulakis,

Thessaloniki, Greece

Prof. Vladislav Viktorovič Demidkin,

Smolensk, Russian Federation

Prof. Jasminka Đeliković Vranić,

Sarajevo, Bosnia and Hercegovina

Izdavački odbor - Publishing Board

Doc. dr Dragče Radovanović

Doc. dr Irena Kostić

Asist. dr sc. Marijana Stanojević Pirković

Asist. dr Olgica Vrndić

Dr Vojislav Čupurdija

Mr sc. dr Nenad Đoković

VLASNIK I IZDAVAČ

Srpsko lekarsko društvo
Okružna podružnica Kragujevac

OWNER & PUBLISHER

Serbian Medical Society
Section Kragujevac

IZLAZI ČETIRI PUTA GODIŠNJE**ISSUED QUARTERLY****TIRAŽ - 500**

Štampa se latinicom i ćirilicom

CIRCULATION - 500

Printed in Latin and Cyrillic

Adresa uredništva

SLD, Okružna podružnica Kragujevac
Klinički centar "Kragujevac"
Zmaj Jovina 30, 34000 Kragujevac
Tel. 034-372-169
Tel/faks 034 -337-583
www.medicinskicasopis.org
e-mail: medicinskicasopis@gmail.com

Address of Editorial Office

Serbian Medical Society, Section Kragujevac
Clinical Centre Kragujevac
Zmaj Jovina 30, 34000 Kragujevac, Serbia
tel. *38134-372-169
tel/fax *38134-337-583
www.medicinskicasopis.org
e-mail: medicinskicasopis@gmail.com

INDEKSIRAN

SCIndeks

Index Copernicus

EMBASE

SCOPUS

Biomedicina Serbica

INDEXED IN

SCIndeks

Index Copernicus

EMBASE

SCOPUS

Biomedicina Serbica

ISSN 0350-1221 = Medicinski časopis / Med Čas (Krag) / / Medical Journal / Med J (Krag)
COBISS.SR-ID 81751559 / UDK 61

Lektor za srpski jezik - Serbian Language Editing: Milka Canić

Lektor za engleski jezik - English Language Editing: Marko Banković

Tehnički sekretar - Technical Secretary: Jasmina Jovanović

Kompjuterski slog - Computer Layout: "Spektar 7" d.o.o., Kragujevac

Naslovna strana - Cover Page: Dušan Jović i "Spektar 7" d.o.o., Kragujevac

Štampa - Printed by: "Spektar 7" d.o.o, Kragujevac

GODIŠNJA PRETPLATA: 1.200,00 dinara za pojedince (500,00 dinara za studente), 3.500,00 za ustanove. Pretplatu vršiti na: Tekući račun 150-12509-53 SLD „Medicinski časopis” Kragujevac (kopije uplatnica slati na adresu časopisa).

ANNUAL SUBSCRIPTION: 25 Euros for Individuals (10 Euros for Students), 70 Euros for Institutions.
Bank transfer instructions: IBAN RS35150007180000049637 SLD OKRUZNA PODRUZ KRAG Swift Code KRAGRS22 (send a copy of payment on Journal address).

СРПСКО ЛЕКАРСКО ДРУШТВО

ОКРУЖНА ПОДРУЖНИЦА

КРАГУЈЕВАЦ



SERBIAN MEDICAL ASSOCIATION

SECTION KRAGUJEVAC

KRAGUJEVAC

Конгрес

XXXVIII ОКТОБАРСКИ ЗДРАВСТВЕНИ ДАНИ

Крагујевац, 24-26.10.2013. године

Организациони одбор:

Проф. др Слободан Милисављевић, председник

Доц. др Иван Чекеревац, заменик председника

Проф. др Нела Ђоновић

Проф. др Снежана Игњатовић

Доц. др Татјана Кањевац

Доц. др Сандра Живановић

Др Александар Кличковић

Др Марко Спасић

Научни одбор:

Проф. др Зорица Лазић, председник

Проф. др Слободан Јанковић

Доц. др Драгче Радовановић

Проф. др Драган Миловановић

Проф. др Александар Живановић

Др сци. мед. Владана Милошковић

Проф. др Ранко Голијанин

Др сци. мед. Јасмина Ђинђић

Мр сци. мед. Ненад Ђоковић

Почасни одбор:

Дипл. инг. Верољуб Стевановић, градоначелник Града Крагујевца

Проф. др Небојша Арсенијевић, директор Клиничког центра "Крагујевац", Крагујевац

Проф. др Предраг Чановић, декан Факултета медицинских наука у Крагујевцу

Проф. др Слободан Арсенијевић, ректор Универзитета у Крагујевцу

Др Бранимирка Свилар, директор Дома здравља, Крагујевац

Др Александар Кличковић, директор Завода за хитну медицинску помоћ, Крагујевац

Проф. др Ранко Голијанин, директор Завода за стоматологију Крагујевац

Дипл. прав. Милинка Тодоровић Баралић, директор Завода за здравствену заштиту радника

Мр фарм. Мирјана Протић, директор Апотекарске установе, Крагујевац

Асист. др Драган Васиљевић, директор Института за јавно здравље, Крагујевац

Проф. др Бранко Ристић, председник Регионалне лекарске коморе за централну и западну Србију

Дипл. екон. Зора Ђокић, директор Републичког фонда за здравствено осигурање,

филијала - Шумадијски округ, Крагујевац

СРПСКО ЛЕКАРСКО ДРУШТВО ОКРУЖНА ПОДРУЖНИЦА КРАГУЈЕВАЦ

38. ОКТОБАРСКИ ЗДРАВСТВЕНИ ДАНИ

Октобарски здравствени дани се традиционално, по 38. пут, организују у Крагујевцу са циљем окупљања чланова Српског лекарског друштва и других здравствених радника ради унапређења знања, вештина и ставова у складу са савременим стремљењима у медицини. Основна тема овогодишњих Октобарских здравствених дана је “Савремени принципи лечења респираторног система”. Тематски програм је подељен на две целине: прва целина обухвата две сесије, грудну хирургију и пулмологију у свакодневној клиничкој пракси, које се одржавају првог дана, а друга целина обухвата превенцију обољења респираторног тракта, која се одржава другог дана. Организован је и тест континуиране едукације за медицинске сестре техничаре.

Додатно, учесници конгреса ће бити у могућности да путем постер презентације и усменог излагања сопствених радова, промовишу досадашња своја достигнућа и да унапреде своје вештине у овом сегменту својих професионалних компетенција. У целини, учешћем на Октобарским здравственим данима, полазници ће бити у могућности да стекну значајна нова знања, вештине и ставове и у прилици да кроз разноврсне форме скупа унапреде сопствену социјалну интеракцију са својим колегама и јавношћу.

Крагујевац, 24-26. Октобар 2013. године

Проф. др Слободан Милисављевић, председник Организационог одбора
Доц. др Драгче Радовановић, председник Округне подружнице

SADRŽAJ

<i>XXXVI OKTOBARSKI ZDRAVSTVENI DANI - PROGRAM</i>	<i>9</i>
<i>SAŽECI RADOVA</i>	
<i> Plenarna predavanja</i>	<i>15</i>
<i> Istorija medicine</i>	<i>21</i>
<i> Respiratorni sistem</i>	<i>23</i>
<i> Slobodne teme</i>	<i>26</i>
<i> Poster prezentacije</i>	<i>33</i>
<i> Plenarna predavanja</i>	<i>39</i>
<i>INSTRUKCIJE AUTORIMA ZA PRIPREMU RUKOPISA</i>	<i>40</i>
<i>INSTRUCTIONS TO AUTHORS FOR MANUSCRIPT PREPARATION</i>	<i>42</i>

ПРОГРАМ
„САВРЕМЕНИ ПРИНЦИПИ ЛЕЧЕЊА РЕСПИРАТОРНОГ СИСТЕМА“
ПРВИ ДАН – 24.10.2013. ГОДИНЕ, ХОТЕЛ КРАГУЈЕВАЦ

- 9.00 Регистрација учесника
- 9.30 Свечано отварање 38. Октобарских здравствених дана

СЕСИЈА 1 (Сала 1 Хотела Крагујевац)

Пленарна предавања „Торакална хирургија у свакодневној клиничкој пракси“
Радно председништво: Проф.др Слободан Милисављевић, Доц. др Дејан Ђурић,
Проф.др Ненад Грујовић

- 10.00 Пнеумоторакс: дијагностика и лечење
Проф. др Слободан Милисављевић, КЦ Крагујевац
- 10.30 Процена онколошких критеријума проширених плућних ресекција у лечењу локално узнапредовалог карцинома бронха
Доц. др Дејан Ђурић, Институт за плућне болести, Сремска Каменица
- 11.00 Минимално инвазивна грудна хирургија
Др Небојша Марић, ВМА Београд
- 11.30 Коктел
- 12.00 Трансаксиларна торакоскопска симпатектомија у лечењу прекомерног знојења
Др Небојша Марић, ВМА Београд
- 12.30 Хируршко лечење медијастинитиса
Др Александар Ристановић, ВМА Београд
- 13.00 Биомедицинска примена напредних производних технологија
Проф. др Ненад Грујовић, Факултет инжењерских наука, Крагујевац
- 13.30 Дискусија и закључци
Радно председништво
- 14.00 Излазни тест и евалуација сесије

СЕСИЈА 2 (Сала 2 Хотела Крагујевац)

Пленарна предавања „Пулмологија у свакодневној клиничкој пракси“
Радно председништво: Доц. др Иван Чекеревац, Проф. др Марина Петровић,
Доц. др Владимир Јањић

- 10.00 Венски тромбоемболизам – фактори ризика
Доц. др Љиљана Новковић, КЦ Крагујевац
- 10.30 Патолофизиолошки механизми и клинички облици плућне тромбоемболије
Проф. др Марина Петровић, КЦ Крагујевац
- 11.00 Антитромботична терапија за лечење венске тромбоемболијске болести – савремене смернице
Асист. др Марина Јовић, КЦ Крагујевац
- 11.30 Коктел
- 12.00 Терапија респираторних поремећаја током спавања
Доц. др Иван Чекеревац, КЦ Крагујевац
- 13.00 Спавање и поремећаји спавања
Доц. др Владимир Јањић, КЦ Крагујевац
- 13.30 Дискусија и закључци
Радно председништво
- 14.00 Излазни тест и евалуација сесије

ДРУГИ ДАН – 25.10.2013. ГОДИНЕ, ХОТЕЛ КРАГУЈЕВАЦ

9.30 Регистрација учесника и улазни тест

СЕСИЈА 1 (Сала 1 Хотела Крагујевац)

Пленарна предавања и стручни састанак Секције хигијене СЛД-а

„Превенција обољења респираторног тракта“**Радно председништво:** Проф. др Горан Белојевић, Проф. др Нела Ђоновић,
Асист. др Драган Васиљевић

10.00 Мултисистемска саркоидоза

Прим. др сци.мед Владана Милошковић, ДЗ Крагујевац

10.30 Утицај аерозагађења на хроничну опструктивну болест плућа и астму

Асист. др Мирјана Милосављевић, Институт за јавно здравље Крагујевац

11.00 Превенција болничких пнеумонија

Проф. др Нела Ђоновић, Институт за јавно здравље Крагујевац

11.30 Примена савремених метода асепсе и антисепсе на одељењима грудне хирургије и клиникама за плућне болести

Асист. др Драган Васиљевић, Институт за јавно здравље Крагујевац

12.00 Дискусија и закључци

Радно председништво

12.30 Излазни тест и евалуација сесије

13.15 Коктел

СЕСИЈА 2 (Сала 2 Хотела Крагујевац) - Презентација приспелих радова**Усмено излагање радова**

10.00 Историја медицине

Радно председништво: Проф. др Зоран Матовић, Прим. dr sci. med. Мирослав Орешчанин,
Mr sci. med. др Томислав Недељковић

Време Име и презиме аутора

Назив рада

излагања

10.00 Љубиша Милојевић

Лекари СЛД подружнице Крагујевац на крагујевачкој савезној омладинској радној акцији (1976. до 1982.)

10.20 Томислав Недељковић

Перишић др Милутин: заборављени српски лекар

10.40 Милан Радовановић

Стобартова Мисија у Крагујевцу 1915 године

11.00 Пленарна предавања **Респираторни систем****Радно председништво:** Проф. др Анђелка Стојковић, проф. др Дејан Вуловић,
Доц. др Срђан Стефановић

Време Име и презиме аутора

Назив рада

излагања

11:00 Анђелка Стојковић

Лечење акутног астматског напада у деце

11:25 Дејан Вуловић

Инхалационе опекотине - савремени принципи лечења

Усмене презентације радова

11.50 Весна Андрејевић

Халотерапија у лечењу респираторних обољења

12.05 Рикић Стоја

Преваленција респираторних обољења код запослених на здравственој нези болесника

12.20	Бисенија Радивојевић	Учесталост синдрома алергијског ринитиса и бронхијалне астме у раду лекара опште медицине
12.35	Тасић Милица	Удруженост астме и алергијског ринитиса код деце школског узраста
12.50	Ивана Ђурић-Филиповић	Сублингвална алерген специфична имунотерапија и употреба стандардне фармакотерапије код педијатријских пацијента са астмом и алергијским ринитисом
13.05	Рикић Стоја	Стања и обољења респираторног система од утицаја на безбедност јавног друмског саобраћаја – приказ случаја
13.15	Коктел	
13.30	Слободне теме	
	Радно председништво: Доц. др Иван Чекеревац, Доц. др Милан Радовановић, Доц. др Срђан Стефановић	
Време излагања	Име и презиме аутора	Назив рада
13.30	Иван Ранковић	Акутно горње гастроинтестинално крварење и антиромбоцитна терапија: <i>Helicobacter pylori</i> инфекција, INR и број тромбоцита као фактори ризика
13.45	Ненад Ђоковић	Лидерство у здравству
14.00	Душан Вешовић	Преваленција обољења коштано-зглобног система код службеника у банци уочена током периодичног лекарског прегледа
14.15	Винка Репач	Синдром Sjogren у примарној здравственој заштити – приказ случаја
14.30	Марија Поповић – Миленковић	Природни препарати – потпуно безбедни препарати?
14.45	Ненад Младеновић	Кардијална токсичност изазвана терапијском применом антинеопластичног цитостатика - Циклофосфамида
15.00	Милан Р. Радовановић	Кардиопулмонална реанимација у акутном коронарном синдрому
15.15	Слађана Симовић	Биолошки предиспонирајући фактори за настајак дисфоније код професионалних корисника гласа
15.30	Јелена Јовић	Нивои серумских липида и депресивност код старих
15.45	Маринела Кнежевић	Физичка активност и ментално здравље код пацијената на хемодијализи
16.00	Миланка Ђорђевић	Kawasakijeva болест - приказ случаја
16.15	Андриана Букоњић	Анализа потрошње антибиотика на хирушким одељењима Здравственог центра „Студеница“ у Краљеву
16:30	Жељко Степановић	Исход примене свеже смрзнутог спонгиозног алографта у лечењу комплексних артикуларних прелома горњег и доњег крајка тибије
16:45	Жељко Степановић	Неуспех у лечењу Гама клином треће генерације: приказ случаја
17.00	Дискусија	

Постер презентације

Радно председништво: Доц. др Сандра Живановић, Доц. др Александра Лучић,
Др Александар Кличковић

10.00 Излагање постера (Хол Хотела Крагујевац)

Број постера	Име и презиме аутора	Назив рада
П1	Милисављевић Слободан	Дијагноза и лечење трауматског хемоторакса
П2	Немања Ранчић	Утицај пола на дозирање такролимуса код пацијената са трансплантираним бубрегом
П3	Јована Ранчић	Економско оптерећење стоматолошким здравственим услугама – разлике између клиничких грана
П4	Радовановић Драгче	Ендоскопска хемостаза крварећих улкуса желуца и дуоденума – наша искуства
П5	Дејан Алексић	Анализа потрошње неопиоидних аналгетика на хируршким одељењима Здравственог центра „Студеница“ у Краљеву
П6	Ранчић Немања	Стање темпоромандибуларног зглоба - утицај пола и старости
П7	Наташа Милошевић	Фармаколошка својства бромелаина
П8	Марија Петровић	Антипролиферативни ефекат екстракта биљака <i>Ligustrum Vulgare</i> , <i>Teucrium pollium</i> и гљиве <i>Phelinus linteus</i> на раст А549 ћелија карцинома плућа у култури
П9	Андриана Букоњић	Евалуација актуелних ставова о хомеопатији у апотекарској делатности у Србији
П10	Зоран Стајић	Реактивни адхезивно-ексудативни перикардитис као последица непрепознате руптуре десне комореелектродом привременог пејсмејкера, приказ случаја
П11	Зоран Стајић	“Off-label PCI” једноструком антиагрегационом терапијом, приказ случаја
14.00	Радно председништво ће обићи изложене постере. Аутори радова су дужни да буду поред својих постер презентација.	

СЕСИЈА 3

Тест континуиране едукације за медицинске сестре – техничаре

„Календар обавезне имунизације код деце“

Др Јасмина Ђинђић

10.00 Регистрација учесника
10.30 Тест

ТРЕЋИ ДАН – 26.10.2013. ГОДИНЕ, ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА У КРАГУЈЕВЦУ

Радно председништво: Проф. др Ранко Голијанин, Проф. др Драган Миловановић,
Проф. др Недељко Манојловић

Време и место: 10 сати, Амфитеатар Факултета медицинских наука у Крагујевцу

Пленарна предавања

1. Проф. др Небојша Јовић. Флегмона пода усне дупље
2. Асист. др Мирослав Обреновић. Фрактуре орбите: мултидисциплинарни приступ у дијагностици и лијечењу – наша искуства

Програм континуиране медицинске едукације

“Безбедно управљање хемикалијама и биоцидним производима”

Организатор и пријаве: Центар за континуирану медицинску едукацију, Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу

Одлуком Здравственог савета Србије „38. Октобарски здравствени дани“ су акредитовани као Домаћи конгрес 1. категорије (А-1-1836/13) за лекаре. Број додељених бодова за учешће је следећи: а) предавач 13 бодова, б) усмена презентација рада 11 бодова, в) постер презентација рада 9 бодова, г) пасивно учешће (слушалац) 7 бодова. Чланови СЛД су ослобођени плаћања котизације.

Одлуком Здравственог савета Србије (Д-1-1431/13) КЕ тест „Календар обавезне имунизације код деце“ је акредитован за медицинске сестре – техничаре. Број додељених бодова за учешће је 10.

Одлуком Здравственог савета Србије курс „Безбедно управљање хемикалијама и биоцидним производима“ је акредитован као Домаћи курс 1. категорије (А-1-1332/13) за лекаре, стоматологе, биохемичаре и фармацеуте. Број додељених бодова за учешће је следећи: а) предавач 12 бодова, б) слушалац 6 бодова. Чланови СЛД су ослобођени плаћања котизације.

ДОДАТНЕ ИНФОРМАЦИЈЕ: <http://medicinskicasopis.org/obavestenja.php>

PLENARNA PREDAVANJA

ПНЕУМОТОРАКС. ДИЈАГНОСТИКА И ЛЕЧЕЊЕ

Слободан Милисављевић

Клиника за општу и грудну хирургију, Клинички центар "Крагујевац", Крагујевац

Факултет медицинских наука, Крагујевац

Пнеумоторакс представља присуство ваздуха у плеуралном простору. Дели се на спонтани и трауматски. Спонтани пнеумоторакс се дели на примарни и секундарни. Примарни спонтани пнеумоторакс се јавља са годишњом инциденцом од 7,4–18/100.000 код мушкараца и 1,2–6/100.000 код жена. Јавља се претежно код здравих мушкараца, млађег животног доба и астеничне конституције. Сматра се да настаје услед руптуре субплеуралних апикалних була. Најчешћи је уживотном добу око 20-те године, а ретко настаје после 40-те године. Главни симптоми су плеуритични бол у грудном кошу и диспнеа. Секундарни спонтани пнеумоторакс настаје код претходно клинички доказане плућне болести. Најчешће настаје код хроничне опструктивне болести плућа. Представља потенцијално животно угрожавајуће обољење због тога што је код ових пацијената плућна функција већ компромитована. Клиничка слика је тежа а симптоми израженији него код примарног. Катаменијални пнеумоторакс је спонтани пнеумоторакс који се јавља 24-72 сата пре или након почетка менструалног крварења. Обично је рецидивирајући, прва епизода се јавља после 30-те године, доминантно се јавља с десне стране. Неонатални пнеумоторакс се јавља непосредно након порођаја код 1% до 2% новорођенчади. Већа је инциденца код превремено рођених беба мале телесне тежине. Инциденца је повећана и код новорођенчади са феталним дистресом синдромом и код компликованих порођаја праћених аспирацијом меконијума, крви или мукуса. Јатрогеничне пнеумоторакс се најчешће јавља након инвазивних дијагностичких и терпијских процедура. Трауматски пнеумоторакс може настати након тупе или пенетрантне повреде грудног коша. Може бити једноставан, отворен и тензиони. Једноставни пнеумоторакс настаје услед уласка ваздуха из повређеног плућа у плеурални простор. Отворени пнеумоторакс настаје када ваздух улази у плеурални простор кроз пенетрантну рану на грудном кошу. Тензиони пнеумоторакс настаје као последица повреде зида грудног коша или плућа, која се понаша као једносмерни вентил, причему у току инспирације ваздух улази у плеурални простор, а у експирацији је спречен његов излазак. Како притисак у плеуралном простору расте, медијастинални органи с епотискују на супротну страну и компримују контра латерално

плуће. Клиничку слику тензионог пнеумоторакса карактерише цијаноза, диспнеја, тахипнеја, тахикардија, хипотензија, дистендиране вене на врату, профузно знојење. Представља ургентно стање које непосредно угрожава животног пацијента и захтева брзо постављање дијагнозе и хитну декомпресију чиме се преводи у отворени пнеумоторакс. Дијагноза пнеумоторакса се поставља на основу анамнезе, клиничке слике и физикалног налаза. Дијагноза се потврђује радиографијом грудног коша у усправном ставу и ПА пројекцији на којој сепнеумоторакс манифестује као танка линија (линија колабираног плућа). Циљ терапије пнеумоторакса је евакуација ваздуха из плеуралног простора и реекспанзија плућа, испречавање развоја рецидива. Избор терапије зависи о две личине пнеумоторакса, врсте пнеумоторакса, тежине клиничке слике и општег стања пацијента, могућности развоја рецидива, ризика од настанка компликација. Циљ овог предавања је да упозна слушаоце са основним проблемима у дијагностици и лечењу пнеумоторакса

Кључне речи: пнеумоторакс; дијагноза; терапија.

PROCENA ONKOLOŠKIH KRITERIJUMA PROŠIRENIH PLUĆNIH RESEKCIJA U LEČENJU LOKALNO UZNAPREDOVALOG KARCINOMA BRONHA

Dejan Đurić, Milorad Bijelović, Milorad Pavlović, Bojan Ilić, Miloš Koledin

Institut za plućne bolesti, Sremska Kamenica

U cilju kreiranja algoritma preoperativne dijagnostike i hirurške terapije pacijenata sa lokalno uznapredovalom formom karcinoma bronha i u cilju utvrđivanja razlike u dužini života kod operisanih pacijenata i pacijenata sa lokalno uznapredovalim stadijumom karcinoma bronha koji su lečeni drugim oblicima terapije (zračna, hemio, simptomatska) obavljeno je ispitivanje na Klinici za grudnu hirurgiju Instituta za plućne bolesti Vojvodine. U studiju je uključeno 114 pacijenata kod kojih je u periodu od 1996 - 2000. godine ураđена jedna od proširenih plućnih resekcija. Kontrolnu grupu predstavljalo je 60 pacijenata kod kojih je primenjen drugi vid lečenja (zračenje, hemio, simptomatska terapija) zbog uznapredovale forme karcinoma bronha. Na osnovu podataka dobijenih analiziranjem svakog pacijenta ponaosob kao i statističkom obradom podataka došlo se do sledećih zaključaka. Lokalna uznapredovalost nemikrocelularnog karcinoma bronha nije kontraindikacija za uspešnu torakotomiju. Lokalna uznapredovalost nemikrocelularnog karcinoma bronha ne povećava statistički značajno broj komplikacija kod operisanih

pacijenata uz dodatne procedure. Parijetalna pleura i perikard su karcinomom najčešće zahvaćeni i resecirani organi u ovoj studiji. Preživljavanje pacijenata sa lokalno uznapredovalim nemikrocelularnim karcinomom bronha u ovoj studiji je na godinu dana 66,5%, na dve godine 46,9%, na tri godine 44,8%, na četiri i pet godina 39,2% a na 6 godina posle operacije 30,5±9,1%. Ova studija je pokazala da ne postoji statistički značajna razlika u preživljavanju u toku šestogodišnjeg praćenja pacijenata sa I-IIB i IIIA-IV (u prvoj godini ne ali nadalje statistički značajna razlika postoji). Svakom pacijentu neophodno je uraditi medijastinoskopiju radi utvrđivanja zahvaćenosti limfnih čvorova medijastinuma. Svakom pacijentu neophodno je uraditi videoasistiranu torakoskopiju radi eventualnog utvrđivanja metastatske bolesti u ipsilateralnom toraksu i/ili metastaze u N2 limfnim čvorovima koje nisu dostupne medijastinoskopiji. Pacijenti koji su operisani su imali značajno veće i duže preživljavanje u odnosu na neoperisane pacijente. Na osnovu rezultata istraživanja formiran je dijagnostičko terapijski algoritam za lečenje pacijenata sa lokalno uznapredovalom formom karcinoma bronha.

Кључне речи: karcinom bronha; terapija; hirurgija pluća; torakotomija; minimalno invazivna hirurgija; medijastinoskopija; adjuvantna hemoradioterapija; neoadjuvantna hemoradioterapija.

МИНИМАЛНО ИНВАЗИВНА ГРУДНА ХИРУРГИЈА

Небојша Марић

Клиника за грудну хирургију, ВМА, Београд

Минимално инвазивна грудна хирургија представља саставни део грудне хирургије. Овим радом су предочена искуства Клинике за грудну хирургију ВМА након првих пет година од када је ВАТС (видеоасистирана торакоскопска хирургија) уведена у свакодневну клиничку праксу. ВАТС је део грудне хирургије у којој се користи мала видео камера пласирана кроз зид грудног коша. Помоћу ње се остварује увид у унутрашњост грудног коша, а кроз још неколико одвојених улаза направљених на зиду грудног коша уз помоћ портова врши се пласман радних инструмената у унутрашњост грудног коша и врши се интервенција. Индикације за ВАТС су дијагностичке и терапијске. Предности ВАТС - а су мањи ожиљци, мањи бол, мања рестрикција плућне функције и краћи остатак у болници. ВАТС је процедура са малом стопом морталитета која износи 0, 24% што је упоредиво са моратлитетом код бронхоскопских биопсија. ВАТС је метод, а не самом себи циљ и у дијагностичким процедурама има јасну предност у односу на конвенционалну хирургију.

Кључне речи: хирургија; минимална инвазивна хирургија; грудна хирургија.

ТРАНСАКСИЛАРНА ТОРАКОСКОПСКА СИМПАТЕКОТОМИЈА У ЛЕЧЕЊУ ПРЕКОМЕРНОГ ЗНОЈЕЊА

Небојша Марић

Клиника за грудну хирургију, ВМА, Београд

Рад представља ВАТС симпатикотомiju као методу трајног лечења проблема прекомерног знојења дланова и пазушних јама. Унипортални ВАТС метод пружа минималне естетске дефекте, а максималан ефекат операције. Операција се изводи након пласирања камере кроз малу инцизију на зиду грудног коша у предњој аксиларној линији у нивоу трећег међуребарног простора са обе стране. Кроз исту инцизију уводи се електрични нож којим се врши трансекција симпатичког ланца на одговарајућем нивоу. Сви пацијенти који су подвргнути операцији анализирани су годину дана у смислу постоперативног морбидитета и исхода операције (клиничка евалуација и визуелна аналогна скала) ради процене ефекта операције изведене на овај начин. Комплетно повлачење симптома прекомерног знојења забележено је код 94% пацијената. Закључак је да трансаксиларна торакоскопска симпатикотомија даје одличне козметске и функционалне резултате у лечењу пацијената са проблемом примарне фокалне хиперхидрозе.

Кључне речи: хирургија; симпатикотомија; знојне жлезде.

ХИРУРШКО ЛЕЧЕЊЕ МЕДИЈАСТИНИТИСА

Александар Ристановић

Клиника за грудну хирургију, ВМА, Београд

Десцедентни некротизирајући медијастинитис је акутно тешко септично обољење које настаје као компликација орофарингеалне инфекције. Да би се смањила висока стопа смртности (40%) болест захтева брзу дијагнозу и радикално хируршко лечење. Оптимална форма дренаже медијастинума остаје контроверза. Болест је ретка и искуства Клинике за грудну хирургију су таква да фаворизују торакотомiju као оптимални модалитет лечења. Приказани су случајеви где је болест након иницијалне дренаже плеуралних простор ипак прогресирала. У циљу радикалног дебридмана и дренаже медијастинума урађена је торакотомија. Закључак је да агресивно хируршко лечење без обзира на локализацију и опсежност промена представља кључ успеха у лечењу болесника са некротизирајућом инфекцијом медијастинума.

Кључне речи: медијастинитис; хирургија; лечење.

БИМЕДИЦИНСКА ПРИМЕНА НАПРЕДНИХ ПРОИЗВОДНИХ ТЕХНОЛОГИЈА

Ненад Грујовић

Факултет инжењерских наука, Крагујевац

Производне технологије развијене последњих година, пре свега у оквиру развоја војне технологије и за потребе конкуренцијом оптерећене индустрије, пружају велике могућности примене у биомедицини. У нашим условима већ је усвојена и примењивана технологија брзе израде прототипова што је потпуно примерено примени за израду индивидуалних имплантата. Материјали који се примењују су медицински верификовани и сертифицирани. Даљи развој везан је за инжењеринг ткива, нових биокомпатибилних материјала, као и специјалне опреме за прозводњу подлога (скафолдова) производног облика, за узгајање ткива.

Кључне речи: производња; технологија; медицина.

VENSKI TROMBOEMBOLIZAM-FAKTORI RIZIKA

Ljiljana Novković

Klinika za pulmonologiju, Klinički centar "Kragujevac",
Kragujevac

Venski tromboembolizam (VTE) je zajednički naziv za dva klinička entiteta: duboku vensku trombozu (DVT) i pulmonalni embolizam (PE). Suštinski, radi se o dve kliničke manifestacije iste bolesti, jer je u 50-70% slučajeva DVT prisutna "tih" (asimptomatska) PE, a u 70-90% pacijenata sa simptomatskom PE postoji udružena DVT. Bolest karakterišu: visoka incidencija (Evropska Unija 2007. god. 1.000.000 VTE epizoda) naročito kod hospitalizovanih bolesnika, niska specifičnost i senzitivnost kliničkih simptoma i znakova, nedovoljna dijagnoza uprkos kompleksnim Dg-čkim procedurama, visoka stopa mortaliteta koja prevazilazi stopu smrtnosti od AIDS i karcinoma dojke zajedno. Sa patogenetskog aspekta za nastanak bolesti odgovorna je trijada esencijalnih faktora označenih kao Virchow's trijas: staza krvi, povreda endotela zida krvnog suda i hiperkoagulabilnost krvi. Brojna su stanja i bolesti koji utiču na neku od komponenata Virchow's trijasa i izazivaju poremećaj dinamične ravnoteže procesa koagulacije i fibrinolize, dovodeći do razvoja tromboze. Prema Smernicama Evropskog kardiološkog udruženja (2008) rizik za VTE je povećan više od deset puta kod frakture ili ugradnje endoproteze kuka i kolena, velikih hirurških intervencija, politraume, povrede kičmene moždine. Dva do devet puta je veći rizik pri artroskopiji kolena, plasiranog centralnog venskog katetera, u malignitetu i tokom hemioterapije, kod hronične srčane ili respiratorne insuficijencije, u trudnoći i postpartalnom periodu, tokom supstitucione hormonske terapije, korišćenja oralnih kontraceptiva. Ostali predisponirajući faktori kao mirovanje u postelji (>3 dana), nepokretnost

zbog sedenja (produženo putovanje kolima ili avionom), laparoskopске intervencije, starenje, gojaznost, varikozne vene, pušenje povećavaju rizik manje od dva puta. Faktori rizika za nastanak VTE su brojni i važno ih je prepoznati. Pravovremena identifikacija i odgovarajući tretman pacijenata sa povećanim rizikom od razvoja tromboembolijskih komplikacija, treba da doprinese smanjivanju morbiditeta i mortaliteta koji prate ovu bolest.

Кључне речи: плућна емболија; фактори ризика; тромбоза.

ПАТОФИЗИОЛОШКИ МЕХАНИЗМИ И КЛИНИЧКИ ОБЛИЦИ ПЛУЋНЕ ТРОМБОЕМБОЛИЈЕ

Марина Петровић

Клиника за пулмологију, Клинички центар
"Крагујевац", Крагујевац

Тромбоемболија плућа представља клиничко и патофизиолошко стање које настаје када тромбни емболус спречи довод плућне артеријске крви у један део плућа. Непосредна последица тромбоемболије је потпна или делимична опструкција грана плућне артерије, праћена низом респирацијских и хемодинамских поремећаја. Исполњеност ових поремећаја зависи од величине опструисаног суда и претходног стања респирацијског и кардио-васкуларног система. Редукцијом плућне васкуларне мреже и губитком васкуларног капацитета долази до повишења плућне васкуларне резистенције која доводи до плућне хипертензије. До пораста притиска у плућима (а тиме и у десном срцу и системском крвотоку) долази тек са прекидом циркулације у 2/3 плућног васкуларног стабла. У настанку нагле плућне хипертензије улогу имају и рефлексна вазоконстрикција и веноконстрикција. Плућна хипертензија нагло оптерећује десну комору притиском, долази до пораста притиска у *a. pulmonalis* испод места опструкције, расте притисак у десном срцу и зато расте и системски венски притисак. Могућ је и развој инсуфицијенције десног срца. Плућна емболија може се манифесовати у виду четири клиничка синдрома: масивна плућна емболија, субмасивна плућна емболија, плућни инфаркт и тромбоемболијска плућна хипертензија.

Кључне речи: плућна емболија; етиологија; дијагноза.

АНТИТРОМБОТИЧНА ТЕРАПИЈА ЗА ЛЕЧЕЊЕ ВЕНСКЕ ТРОМБОЕМБОЛИЈСКЕ БОЛЕСТИ – САВРЕМЕНЕ СМЕРНИЦЕ

Марина Јовић

Клиника за кардиологију, Клинички центар
"Крагујевац", Крагујевац

Дубока венска тромбоза (ДВТ) и плућни емболизам (ПЕ) су два лица болести коју означавамо једним

именом као венски тромбоемболизам (ВТЕ). ВТЕ се испољава кроз широк дијапазон клиничких манифестација, од асимптоматских облика до тешких и по живот опасних клиничких манифестација, које се, уколико се благовремено не дијагностикују и адекватно не лече доводе до смртог исхода. Основа доброг лечења обе манифестације ВТЕ је, поред адекватне дијагностике, стратификација ризика од раног смртог исхода. Ваљана стратификација ризика има пресудне терапијске импликације. Основа савременог лечења ВТЕ је антиромботична терапија. У клиничком раду често смо у ситуацији да пацијената са високом клиничком суспектношћу за акутни ВТЕ лечимо и пре пристизања резултата који потврђују ВТЕ, јер се ради се о пацијентима са најтежим испољавањима клиничке слике ВТЕ, па је лечење потребно започети парентералним антикоагулантима и тромболитицима. На дугој страни налазе се пацијенти са ДВТ који никада нису испољили ПЕ. Између ова два лица исте болести лежи широк спектар клиничких испољавања болести, што значи да је поред општих смерница нужан и индивидуални приступ. Основа индивидуалног приступа за лечење базира се на етиолошком и патофизиолошком разумевању узрока ДВТ и ПЕ, сагледавању коморбидитета и опсности које носи антиромботична терапија. У овом дате су смернице лечење антиромботичном терапијом различитих група болесника у односу на етиологију ВТЕ, његових клиничких испољавања на основу стратификације ризика за смртни исход, присутне коморбидитете и опсаности које носи антиромботска терапија у светлу најсавременијих светских смерница за лечење ДВТ и ПЕ.

Кључне речи: плућна емболија; кардиологија; исходи.

ТЕРАПИЈА RESPIRATORНИХ ПОРЕМЕЋАЈА ТОКОМ СПАВАЊА

Ivan Čekerevac

Klinika za pulmologiju, Klinički centar "Kragujevac", Kragujevac

Postoje različiti terapijski modaliteti, zavisno od tipa i stepena poremećaja disanja tokom spavanja. U suštini, najvažnije su metode ventilacije neinvazivnim pristupom (NIV). Najčešći poremećaj disanja u toku spavanja svakako predstavlja opstruktivna sleep apnea (OSA). Glavni simptom OSA predstavlja izražena dnevna pospanost. Težinu OSA odedujemo na osnovu indeksa apnea-hipopnea (AHI). Odluka o th kod bolesnika sa izraženim simptomima ili veoma visokim AHI nije teška. Terapija se kod većine pacijenata zasniva na primeni kontinuiranog pozitivnog pritiska u disajnim putevima sa nazalnom maskom (nCPAP). Realan problem postoji kod pacijenata sa blagom i srednje teškom OSA. Važna stavka u lečenju je adekvatna higijena spavanja, kao i higijensko-

dijetetski režim života sa redukcijom telesne mase, uz izbegavanje alkohola i sedativa, prestanak pušenja. Alternativni terapijski modaliteti primene NIV-a podrazumevaju primenu oralnih aplikatora koji povlače jezik prema napred ili protetski ulošci koji pomeraju mandibulu napred. Oni se obično koriste kod blage do umerene OSA kod negojaznih osoba. Hirurške metode lečenja rezervisane su za teške mandibulomaksilofacijalne anomalije, dok su ORL intervencije indikovane kod izrazitih hrkača bez postojanja teške sleep apneje ili za održavanje nosne prohodnosti za korišćenje nazalne maske u CPAP tretmanu.

Кључне речи: спаванје; pulmologija; poremećaj.

СПАВАЊЕ И ПОРЕМЕЋАЈИ СПАВАЊА

Vladimir Jašić

Klinika za psihijatriju, Klinički centar "Kragujevac", Kragujevac

Факултет медицинских наука, Крагујевац

Спавање је периодични и привремени прекид будности у коме је моторна инактивација скоро потпуна а свест о спољној средини максимално редукована. Спавање је регулисано преко два независна али интерреагујућа процеса, и то хомеостатског и циркадијалног. Одвијање циклуса будност-спавање је последица синхронизоване активности великог броја можданих регија, која свака на свој начин остварује специфичне функције, у тачно задатим временским интервалима. Сходно томе "центар за сан" практично не постоји као изолована морфолошко-функционална целина. Сан и будност регулишу групе неурона чија се ћелијска тела налазе у хипоталамусу и можданом стаблу. Током будности асцендентни ретикуларни активирајући систем је доминантан, а током спавања је инхибиран неуронима који контролишу сан. Такође је утврђено да у регулацији спавања значајну улогу игра и пептид орексин. Архитектоника спавања подразумева 4 или 5 циклуса тихог (НРЕМ) сна који се наизменично смењују са парадоксалним РЕМ спавањем. Предпоставља се да су улоге сна реститутивна, адаптивна и у функционисању одбрамбених механизма. Поремећаји спавања се класификују различито у зависности од примењене класификације. Несаница се дефинише као стање неадекватног квалитета и квантитета спавања. То је чест здравствени проблем, па тако свака трећа до пете особе у развијеним земљама пати од несанице. Током живота половина људи бар једном има проблеме са сном. Око 40% људи са несаницом има неко ментално обољење, а дуготрајна несаница је у тесној вези са депресијом, анксиозним поремећајима и злоупотребом психоактивних супстанци. Лош сан има реперкусије на дневну активност јер узрокује умор, раздражљивост,

лошу концентрацију и поремећаје расположења. Лечење обухвата примену бихејвиоралних техника и хипнотика. Код секундарних несаница треба лечити основно обољење кад год је то могуће. Како би се адекватно лечили поремећаји спавања потребно је поставити праву дијагнозу. У те сврхе користимо анамнезу, скале за несаницу и друге поремећаје спавања, дијагностичке критеријуме одговарајућих класификационих система, психија-тријске и соматске прегледе и полисомнографију.

Кључне речи: несаница; хипнотици; лечење.

МУЛТИСИСТЕМСКА САРКОИДОЗА

Владана Милошковић

Специјалистичка служба, Дом здравља, Крагујевац

Саркоидоза је хронично грануломатозно инфламаторно обољење. Плућа и торакални лимфатици су најчешћа места патолошког процеса али и други органи могу да буду захваћени дајући екстрапулмонарне манифестације. Поремећаји периферних лимфних нодуса, коже, срца, очију, нервног система, бубрега, јетре и хроничне инфламаторне болести црева могу да буду одлике мултисистемске саркоидозе. Дакле, иницијални контакт са болесником који има симптоме и знаке саркоидозе треба да покрене детаљни дијагностички алгоритам који укључује следеће: анамнезу, физикални преглед, радиолошке претраге, тестове фунгије плућа, хематолошке и клиничко-биохемијске анализе као и консултацију офталмолога и кардиолога. Кортикостероиди су и даље основна терапијска стратегија али код појединачних болесника са узнапредовалим обликом болести може да се размотри примена и других имunosупресива укључујући и нове, биолошке лекове. Саркоидоза спонтано пролази код највећег броја болесника али код других може да има варијабилни ток и исходе. Због тога, лечење захтева редовно праћење у временским интервалима који зависе од степена захваћености органа као и пажљиву евалуацију терапијског одговора. Подршка болесницима и њиховим породицама као и интердисциплинарни приступ су понекад неопходни додаток фармакотерапији мултисистемске саркоидозе.

Кључне речи: саркоидоза; дијагноза; терапија.

УТИЦАЈ АЕРОЗАГАЂЕЊА НА ХОБП И АСТМУ

Мирјана Милосављевић

Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу

Институт за јавно здравље Крагујевац

Институт за јавно здравље Крагујевац континуирано прати квалитет ваздуха у граду

Крагујевцу више од 30 година. У периоду 1999-2008. године линеарни тренд за основне загађујуће материје из ваздуха показује пад средњих годишњих вредности ових полутаната. Изразито смањење просечних концентрација сумпор-диоксида, азот-диоксида и чађи забележено је после 2003. године највероватније услед систематске гасификације града (како индустријског тако и индивидуалног сектора) и реконструкције система за пречишћавање загађујућих материја у градској топлани. Средње годишње вредности укупних таложних материја су у благом паду на већини мерних места али су још увек изнад законом прописаних норми, осим за 2007. годину. Стопа морталитета од ХОБП у Шумадији је у порасту у периоду 1998-2008. година. Смртност од ХОБП била је већа код мушкараца у односу на жене. Пораст вредности стопе смртности од ХОБП у наведеном периоду израженији је код жена у односу на мушкарце. Узрасно-специфичне стопе морталитета од ХНРБ имају највише вредности у најстаријој добној групи. У анализираном периоду стопа морталитета од астме је у опадању. Вредности ове стопе веће су код особа мушког пола у односу на жене. Две трећине случајева морталитета и три петине хоспиталног морбидитета од ХНРБ су били мушкарци и то највише у добним групама 65-74 и 75 и више година а једна трећина и две петине су чиниле жене у истим добним групама. Укупна је просечна старост за морталитет је износила 78,56 година. Статистичким методама добијена је значајна корелација између вредности концентрација посматраних аерополутаната и морталитета и морбидитета ХОБП. Линије тренда за морталитет и хоспитални морбидитет од ХОБП показују континуирани раст како за Шумадијски округ, тако и за ниво Србије.

Кључне речи: аерозагађење; ХОБП; астма; хронични бронхитис.

ПРЕВЕНЦИЈА БОЛНИЧКИХ ПНЕУМОНИЈА

Нела Ђоновић

Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу

Институт за јавно здравље Крагујевац

Болничка или нозокомијална пнеумонија (БП) једна је од најчешћих болничких инфекција. Узрок је продужене хоспитализације са значајним морбидитетом и морталитетом. У јединицама интензивног лечења (ЈИЛ), ендотрахеална интубација и механичка вентилација увелико повећавају ризик за настанак болничке упале плућа. Пнеумонија узрокована механичком вентилацијом (ВАП) је најчешћа нозокомијална инфекција код пацијената у интензивној нези са инциденцом од 8% до 28%. ВАП продужава

хоспитализацију у интензивној нези и повећава ризик од смртог исхода који износи 33% - 50%. Превенцији болничких пнеумонија треба посветити највећу пажњу. Уз опште превентивне мере код механички вентилираних болесника треба редовно и правилно спроводити тоалету дисајних путева. Затворени системи за аспирацију секрета у горњим дисајним путевима показали су се успешнији од отворених. У богатијим земљама редовно се смењују уређаји респираторног круга апарата за вештачко дисање (цеви, овлаживање ваздуха), али оптимални начин још увек није познат. Вероватно је довољно цеви мењати након сваког болесника, а овлаживање ваздуха вршити свакодневно. Да би се смањила могућност колонизације трахеје из апарата, користе се бактериолошки филтри у дисајном кругу и пред тубусом. Инсуфлирани нископритисни балон ендотрахеланог тубуса или каниле такође спречава спуштање секрета из орофаринкса у доње дисајне путеве. Све ове мере могу смањити, али не и у потпуности онемогућити настанак болничких пнеумонија.

Превенција болничких инфекција зависи од:

- спровођења хигијенских мера у болницама
- рационалне примене антибиотика с циљем избегавања развоја резистенције узрочника
- правилног прања руку медицинског особља,
- контроле болничких инфекција
- одлагања медицинског отпада, примену дезинфицијенса, прање рубља и др
- надзора над болничким инфекцијама.

Болничке пнеумоније су велики проблем за лекаре, посебно у јединицама интензивног лечења и потребно је спровести бројна истраживања како би се смањило висок морталитет болесника, смањила дужина боравка и трошкови лечења ове болничке инфекције.

Кључне речи: превенција; болничке пнеумоније; јавно здравље.

ПРИМЕНА САВРЕМЕНИХ МЕТОДА АСЕПСЕ И АНТИСЕПСЕ НА ОДЕЉЕЊУ ГРУДНЕ ХИРУРГИЈЕ И КЛИНИКАМА ЗА ПЛУЋНЕ БОЛЕСТИ

Драган Васиљевић

Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу

Институт за јавно здравље Крагујевац

Превенција болести је од изузетног значаја. Саставни део те превенције чине стерилизација и дезинфекција. Дезинфекција представља скуп мера и поступака којима се убијањем или уклањањем, физичким или хемијским путем смањује број живих микроорганизама. Циљ је уклонити патогене

микроорганизме, али метод нијеселективан, већ се током дезинфекције уништавају и условно патогене и апатогене бактерије-микроорганизми. Групе најчешће коришћених дезинфицијенаса: алдехиди (формалдехид, глутаралдехид), оксиданси (водоникпероксид, озон, персирћетнакиселина), халогенаједињења (јод, хлор), феноли и крезол- фенол и његова једињења; bisfenoli (triklosan), површински активна једињења (нејонски детерџенти, катјонски детерџенти, амфотерна једињења- амфотензиди), алкохоли (70% етанол, изопропанол), антисептичке боје (акрифлавин, кристал виолет), једињења, тешкихметала (жива, сребро, бакар), квартернамонијумоваједињења, киселине (персирћетнакиселина, менделична или бадемаста киселина, млечна киселина). Како изабрати прави метод, стерилизацију или дезинфекцију, који метод стерилизације и које дезинфекционо средство? Идеално би било све стерилисати али нити је то увек могуће, нити је оправдано како са медицинског тако и са економског становишта. Узроци најчешћих грешака у извођењу дезинфекције: недовољна упућеност у активне супстанце дезинфекционих средстава, недостатак лица који су задужени за надзор над извођењем дезинфекције, неправилно припремање радних раствора дезинфицијенаса. Стерилизација је поступак којим сеубијају или уклањају сви живимикроорганизми (споре бактерија, вегетативни облици бактерија, вируси, гљиве, паразити). Савремени концепт у овој области уводи појам степена стерилности и нарочито разматра безбедан ниво стерилности (Sterility Assurance Level - SAL). Процес стерилизације обухвата чишћење, паковање, стерилизација (контрола пуњења и изложености), складиштење, употреба (контрола изложености и паковања). Успех стерилизације зависи одброја и отпорности микроорганизама, чистоће предмета, односно нечистоће - органске материје, беланчевине (крв, гној), уља, масти итд., врсте материјала који стерилишемо, начина стерилизацијског поступка, пенетрационе способности инактивирајућег агенса (стерилизација је сложен, тежак и скуп процес). Биолошки метод је једини поуздан метод контроле стерилизације који директно мери ефикасност стерилизације и зато га треба редовно користити. Грешке у стерилизацији настају због непознавања теоретских основа и практичног поступка деловања стерилизатора, неправилног паковања предмета, пренатрпаности апарата, стерилизације материјала које не подносе одређени стерилизацијски поступак, због скраћеног времена стерилизације, слабог одржавања уређаја и недовољне или никакве физичке, хемијске или биолошке контроле, превелике контаминације материјала која прелази распон 6 логаритама (10⁶).

Кључне речи: асепса; антисепса; хирургија.

ISTORIJA MEDICINE

LEKARI SLD PODRUŽNICE KRAGUJEVAC NA KRAGUJEVAČKOJ SAVEZNOJ OMLADINSKOJ RADNOJ AKCIJI (1976. DO 1982.)

Ljubiša Milojević
Crveni Krst, Kragujevac

Autor iznosi način organizovanja i rada lekara, članova SLD Podružnice Kragujevac, na Saveznoj omladinskoj radnoj akciji u Kragujevcu, sprovedenoj pod motom: "Lepenica neće više plaviti", u vremenu od 1976. do 1982. godine. Akcija je organizovana posle velike poplave Lepenice i njenih pritoka samog grada, preduzeća i ustanova, kao i bliže okoline. Odazvali su se mladi iz svih republika SR Jugoslavije, ali i iz Sirena, Francuska, Oko 7.000 brigadista su, u po tri smene godišnje, juna, jula i avgusta, bili smešteni u Domu "Artem", odakle su odlazili na planirana radilišta, na Lepenici, Uglješnici, Bresnici, Erdoglijskom potoku, na izgradnji puta Kragujevac-Batočina, na autoputu "Bratstvo-Jedinstvo, i drugde. Bili su uzrasta od 7 do 65 godina. Kako organizovati zdravstvo, po svim segmentima, neophodne zdravstvene zaštite ovih vrednih mladih ljudi, bilo je, u neku ruku, nepoznanica, jer nije bilo konkretnih uputstava. Rukovodstvo akcije je to poverilo Podružnici SLD, a ona je angažovala lekare iz zdravstvene stanice Službe medicine rada "F.Kljajić", zaduživši Dr Ljubišu Milojevića, za konkretan rad i angažovanje doktora medicine koji će svakodnevno od 14,30 do 15,30 obavljati preglede u formiranoj dvosobnoj ambulanti pomenutog Doma. Radio je po 1 lekar i po 2 sestre. Svi su radili volonterski (besplatno) nakon završenog rada na svojim radnim mestima, sa velikim entuzijazmom (Dr Radomir Pavljović, Dr Ljiljana Stanić-Bošković, Dr Rajna Milovanović, dr Nada Arsić, dr Dragan Čeliković). Odlična saradnja je uspostavljena sa Dr Slavoljubom Stevanovićem direktorom, Zdravstvenog centra "dr Mihailo Ilić", dr Milanom Jeremićem, direktorom opšte medicine, dr Predragom Ristićem, ginekologom, dr Borom Milićević, urologom, dr Milijom Đurić, ginekologom, dr Milovanom Zečević, ortopedom, Dr Stevanom Kitanić, dr Milanom Janković, i drugim. Koliko se ozbiljno delalo vidi se-da je u Kragujevcu organizovan sastanak: Prvi stručni susreti zdravstvenih radnika na ORA Srbije, i da su radovi objavljeni u: "Medicinski časopis" SLD Podružnice Kragujevac (1-2,1981.). Takođe je urađen originalan "Zdravstveni karton brigadista"- koji su koristile i neke druge ORA Srbije.

Ključne reči: istorija medicine; poznate ličnosti; lekari.

PERIŠIĆ DR MILUTIN: ZABORAVLJENI SRPSKI LEKAR

Tomislav I. Nedeljković^{1,2}, Milan R. Radovanović²,
Predrag Ilić³, Ivan I. Nedeljković⁴

¹ Klinički centar "Kragujevac", Kragujevac

² Sekcija za istoriju medicine SLD, Beograd

³ Istorijiski Arhiv Šumadije, Kragujevac

⁴ Dom zdravlja "Dr Cvjetković", Novi Sad

Rođenje u Kragujevcu. U POMENIKU poginulih i pomrlih lekara i medicinara u ratovima 1912–1918. datum rođenja je 10.03.1871. Međutim, u Istorijiskom Arhivu Šumadije u Kragujevcu, u Matičnim knjigama CRKVE KRAGUJEVAC datum rođenja je 10. mart, krštenja 18.mart, ali ne 1871. nego 1873. Prva tri razreda gimnazije završava u Nišu, četvrti u Kragujevcu, a peti do sedmog u II beogradskoj gimnaziji, gde polaže maturu. Po završetku gimnazije upisuje se na Pravni fakultet Velike škole u Beogradu. Prava završava 1894. i biva postavljen za pisara III klase Beogradskog Varoškog Suda, gde provodi jednu godinu. Ipak, nema volje da se bavi pravima, pa 1895. odlazi na studije medicine u Nansi. Studije završava sa odličnim uspehom i biva promovisan u jesen 1901. Vraća se u Srbiju i postaje lekar sreza kosmajskog, okruga beogradskog, gde je bio dve godine. Odlazi u Pariz 1904. gde boravi godinu dana na specijalizaciji iz kožnih i veneričnih bolesti, pa dobija diplomu specijaliste. Po povratku, Beogradska Opština ga bira za svoga lekara i na tom položaju dočekuje ratove. Tokom 1912-1913., bio je lekar Dunavskog artiljerijskog puka, a tokom 1914., za vreme srpsko-austrijskog rata neko vreme ponovo je lekar istog puka da bi kasnije bio premešten u Skoplje za lekara i upravnika jedne bolnice. Lečeći bolesnike od pegavog tifusa I sam se zarazio, pa je preminuo posle deset dana bolovanja, 13.01.1915. "Politika" 14.01.1915. kratko objavljuje kako mu je pre nekoliko nedelja preminula žena, a sada je i on podlegao tifusu. Opširnija biografija biće deo Srpskog biografskog rečnika Matice srpske u Novom Sadu.

Ključne reči: istorija medicine; poznate ličnosti; lekari.

STOBARTOVA MISIJA U KRAGUJEVCU 1915 GODINE

Milan Radovanović, Tomislav Nedeljković

Sekcija za istoriju medicine SLD

Klinički centar "Kragujevac", Kragujevac

Jedna od najistaknutijih žena koje su vodile bolnice u Balkanskom i u Prvom svetskom ratu bila je i g-đa Sinkler Stobart. Na poziv Srpskog potpornog fonda dolazi u Srbiju i vodi Treću bolnicu ovog fonda, u kojoj je bilo 7 lekara i 43 člana sanitetskog osoblja. Bila je to najveća medicinska misija u Srbiji. Gospodja Stobart je sa članovima njene medicinske misije postavila poljsku bolnicu na periferiji Kragujevca, koja se sastojala iz 60 šatora, imala je prijemno odeljenje, smeštaj za 300 (a kasnije 500) bolesnika, ordinacije, rentgen aparat, apoteku, kuhinju i dr. Dolaskom leta otvoreno je još šest dispanzera u okolini Kragujevca: u Rekovcu, Lapovu, Rudniku, Vitanovcu, Natalincima i Ovčar Banji, koje su bile namenjene lečenju lokalnog stanovništva.

Po smirivanju epidemije zaraznih bolesti na molbu srpske Vlade septembra meseca 1915 G-dja Stobart je osnovala mobilnu jedinicu koja je bila poznata kao "Leteća jedinica" ("The First Anglo-Serbian Field Hospital – Front"), kojom je i komandovala. Iz Kragujevca ova jedinica je prebačena vozom u Pirot 20 avgusta 1915 godine. Oktobra meseca ova jedinica povukla preko Kosova i preko Albanije i Crne Gore stigla na jadransku obalu. Po Povratku u Veliku Britaniju g-dja Stobart je bila optužena od strane Srpskog potpornog fonda da, "nije poslušala naredjenja i vodila medicinsku jedinicu u uslovima nepotrebnog rizika prateći srpsku vojsku na frontu".

Ključne reči: istorija medicine; poznate ličnosti; lekari.



Karta srpskih ratnika upućena iz Kragujevca za London sa žigom Stobartove misije

RESPIRATORNI SISTEM - PLENARNA PREDAVANJA

ЛЕЧЕЊЕ АКУТНОГ АСТМАТСКОГ НАПАДА У ДЕЦЕ

Анђелка Стојковић

Клиника за педијатрију, Клинички центар
„Крагујевац“, Крагујевац

Факултет Медицинских наука универзитета у
Крагујевцу, Крагујевац

Скраћен дах, кашаљ, звиждање и/или осећај стезања у грудима су класични симптоми акутног астматског напада што подразумева патофизиолошки механизам бронхоконстрикције, инфламације дисајних путева и бронхну хиперсекрецију. Сходно овоме, логичан приступ лечењу акутног погоршања астме у деце усмерен је против патофизиолошких механизма астме с циљем да се смањи респираторни дистрес. Класично фармаколошко лечење астме подразумева примену инхалираних бронходилататора и инхалираних или системских кортикостероида. Увек је потребно учинити подршку респираторне функције оксигенотерапијом и понекад подршку механичком вентилацијом, не-инванзивном или инванзивном. Интравенска апликација краткоделујућег бронходилататора и вазодилататора, магнезијум сулфата, у деце је нов и актуелан приступ решавања тешког респираторног дистреса и скоро фаталног астматског напада. Сходно тежини акутне астме у току лечења учестало примењујемо краткоделујуће бронходилататоре или их комбинујемо са учесталом применом инхалираних кортикостероида. У изузетно тешким епизодама акутне астме додајемо системске кортикостероиде, магнезијум сулфат и чинимо вентилациону подршку респирацијама оболелог детета. Хоспитализација ових пацијената је неопходна.

Кључне речи: астма; деца; лечење.

ИНХАЛАЦИОНЕ ОПЕКОТИНЕ-САВРЕМЕНИ ПРИНЦИПИ ЛЕЧЕЊА

Дејан Вуловић

Центар за пластичну хирургију, Клинички центар
„Крагујевац“, Крагујевац

Инхалациона повреда код опекотина погоршава прогнозу за око 50%. Плућна инсуфицијенција је главни узрок смрти, код више од половине повређених. Изолована инхалациона повреда је ретка, а морталитет је неколико пута мањи. У развоју клиничке слике доминирају четири процеса: хипоксија, токсично дејство угљен-моноксида и цијанида, опструкција горњих дисајних путева услед унутрашњег и спољашњег едема, и хемијска опекотина горњих и доњих дисајних путева. Симптоми могу да се јаве тек након више часова, па чак и после 24-48 h. Прво настаје бронхореја и звиждање због бронхоспазма. Тек касније се јавља кашаљ, искашљавање гаравог садржаја и диспнеја. Следећи процеси воде настанку АРДС-а и сепсе. Уколико постоји сумња на инхалациону повреду, пацијенту треба да се да 90-100% кисеоник брзином од 10 l/min., а глава треба да се постави у елевацију, уколико није присутан опекотински шок. Сатурација треба да се одржава на >90% зато што тада може да се очекује да ће за сваких 30 минута ниво *СОHb* да се смањи за 50%. Уколико постоји већи едем на лицу и врату, диспнеја, стридор, губитак свести или су јако високе вредности *СОHb* (>40%), пацијент треба да се интубира и прикључи на механичку вентилацију са *PEEP* од 5 cm H₂O па до 10 cm H₂O. Код биохемијски доказаног тровања цијанидима, пацијенту се да 300 mg натријум-нитрита, интравенски. Кортикостероиди и превентивно давање антибиотика код опекотине са инхалационом повредом су контраиндиковани. За све време лечења инхалационе повреде, једна од најзначајнијих мера је тоалета дисајних путева.

Кључне речи: опекотине; токсини; лечење.

RESPIRATORNI SISTEM - RADovi

HALOTERAPIJA U LEČENJU RESPIRATORNIH OBOLJENJA

Vesna Andrejević¹, Bisenija Radivojević²

¹Institut za javno zdravlje Kragujevac

²Dom zdravlja Kragujevac

Još u antičko vreme Grci su primetili da slane pećine imaju pozitivan uticaj kod ljudi sa problemom kod disanja. Sveštenici su otkrili da pećine u slanim stenama izazivaju pozitivne efekte kod određene vrste bolesnika i ubrzavaju njihov oporavak. U Evropi je slana terapija prvi put dobila na značaju u XIX veku, kada je primećeno da rudari u rudnicima soli ne obolevaju od plućnih bolesti, što je među prvim objavio 1843. godine poljski lekar Bošovski. Nešto kasnije na njegovim tvrdnjama istrajavao je i njegov

naslednik Poljakovski, koji je i ustanovio prvo takozvano Spa kliničko lečilište za plućne bolesnike u Veličkoj kod Krakova (Poljska), koje i danas radi. Osim delovanja na respiratorne organe, veliki učinak haloterapija ima na ponovljene infekcije sinusa. U publikovanom radovima ruskih naučnika postoje dokazi da slana soba izuzetno deluje na stafilokokne infekcije i astmu. Haloterapija je efikasna i kod čestih prehlada i kašlja, kod hroničnih i povremenih ponavljanih upala grla, krajnika, upala ušiju, virusnih infekcija, alergija, rinitisa, hrkanja, alergijskog dermatitisa, psorijaze, alergijskih ekcema, kožnih infekcija, akni i celulitisa, bolova u zglobovima, artritisa, kod iscrpljenosti, umora, stresa i dr.

Кључне речи: haloterapija, respiratorne bolesti, lečenje

PREVALENCIJA RESPIRATORNIH OBOLJENJA KOD ZAPOSLENIH NA ZDRAVSTVENOJ NEZI BOLESNIKA

Stoja Rikić¹, Dušan Vešović²

¹Dom zdravlja Smederevo, Smederevo

²BEL MEDIC, Dom zdravlja, Novi Beograd

Uvod: Oboljenja respiratornog sistema (RS) spadaju u najrasprostranjenija i imaju ogroman uticaj na radnu sposobnost radnika.

Cilj: Analiza prevalencije oboljenja RS kod radnika zaposlenih na zdravstvenoj nezi hospitalizovanih bolesnika s posebnim osvrtnom na analizu zastupljenosti navike pušenja cigareta.

Metode: Korišćeni su lekarski izveštaji iz službe medicine rada dobijeni nakon periodičnog pregleda (PP) tokom 2011.g. Broj ispitanika bio je 117. Svi ispitanici su zaposleni u jednom zdravstvenom centru. Korišćene su osnovne metode deskriptivne statistike.

Rezultati: Bilo je 103. ispitanice i 14. ispitanika i svi imaju srednju stručnu spremu. Oboljenja RS su dijagnostikovana kod 33.(28,2%) ispitanika. Ukupan broj dijagnoza oboljenja RS je 40. Najveću prevalenciju ima bronhitis–kod 70% svih ispitanika (jedan akutni i 22. hronična); svi ispitanici koji boluju od bronhitisa su pušači i ženskog su pola. Bronhijalna astma je zastupljena kod 3. ispitanice (9,1% ispitanika); jedna ispitanica je pušač. Među 33. obolela ispitanika, samo je 1. muškog pola (starosti 27. godina, nepušač) sa dijagnostikovanom priraslicom na plućnoj maramici. Navika pušenja cigareta je zastupljena kod 62. ispitanika (53%)–kod 59. ispitanica i 3. ispitanika (kod njih nisu dijagnostikovana oboljenja RS). Među 32. ispitanice ženskog pola s oboljenjem RS, njih 27. su pušači (84,4%). Bivših pušača je ukupno 3, ženskog pola su i ne boluju od oboljenja RS.

Zaključak: Oboljenja RS kod zaposlenih na zdravstvenoj nezi hospitalizovanih bolesnika su veoma zastupljena; takođe, prevalencija uživanja duvanskog dima kod istih ispitanika je nedopustivo visoka, te obavezuju društvo u celini, na čelu sa medicinom rada, da preduzme mere na rešavanju ovog problema.

Ključne reči: zdravstveni radnici; oboljenja respiratornog sistema; navike pušenja.

UČESTALOST SINDROMA ALERGIJSKOG RINITISA I BRONHIJALNE ASTME U RADU LEKARA OPŠTE MEDICINE

Bisenija Radivojević¹, Vesna Andrejević²,

¹Dom zdravlja Kragujevac

²Institut za javno zdravlje Kragujevac

Uvod: Udruženost alergijskog rinitisa i bronhijalne astme odavno je uočena u radu lekara opšte medicine.

Veoma često, pacijenti koji boluju od alergijskog rinitisa imaju pridružena oboljenja poput bronhijalne astme, sinuzitisa ili nosne polipoze. Zadnjih godina prihvaćeno je mišljenje da alergijski rinitis i bronhijalnu astmu ne treba posmatrati kao odvojene bolesti, već ih treba tretirati kao kontinuiranu inflamaciju koja zahvata disajne puteve u različitim periodima života. Mnogi bolesnici sa astmom imaju i rinitis koji je, najverovatnije predisponirajući faktor za razvoj astme.

Cilj: Da se utvrdi učestalost sindroma astma – rinitis u radu lekara opšte medicine i ukaže na značaj pravilnog lečenja ovih bolesti

Metode: Pretraživanje dostupne literature i zdravstvenih kartona pacijenata koji se leče od alergijskog rinitisa ili bronhijalne astme u Službi za zdravstvenu zaštitu studenata Doma zdravlja Kragujevac.

Rezultati: Mnoge studije pokazuju da nazalni simptomi i znaci rinitisa postoje kod oko 80% pacijenata koji boluju od astme, dok čak 25 – 30% pacijenata sa alergijskim rinitisom ima ispoljenu astmu. Podaci iz zdravstvenih kartona pokazuju da 83% pacijenata sa astmom ima i dijagnozu alergijskog rinitisa, dok čak 42% pacijenata sa astmom ima i alergijski rinitis. Takođe, još 15% pacijenata sa alergijskim rinitisom daje podatak o astmi u detinjstvu.

Zaključak: Dobijeni podaci ukazuju da ove dve bolesti treba sagledati i lečiti kao jedinstvenu bolest sa manifestacijama na nivou gornjih i/ili donjih disajnih puteva, jer samo tako može da se postigne dobra kontrola simptoma obe bolesti i spreči pogoršanje simptoma astme.

Ključne reči: alergijska astma; rhinitis; terapija; opsta medicina.

UDRUŽENOST ASTME I ALERGIJSKOG RINITISA KOD DECE ŠKOLSKOG UZRASTA

Milica Tasić¹, Ružica Šulem², Ivana Đurić-Filipović³,
Dorđe Filipović⁴

¹Dom zdravlja Čukarica, Beograd

²Dom zdravlja Novi Beograd

³Sanofi-Pasteur, Beograd

⁴Gradski zavod za hitnu medicinsku pomoć Beograd

Uvod: Astma je hronična zapaljenska bolest disajnih puteva koju karakterišu ponavljane epizode sviranja u grudima, gušenja i kašlja, tokomdana, noću i posle fizičkog zamaranja. Alergijski rinitis predstavlja inflamaciju nazalne mukoze koja se karakteriše nazalnom kongestijom, rinorejom, kihanjem i svrabom u nosu. Ove dve bolesti su često udružene, a predstavljaju jedan od glavnih razloga za posetu školskom distanzeru. Njihova incidence je u stalnom porastu, a granica je pomerena ka sve mlađem uzrastu.

Циљ: Analiza udruženost alergijskih bolesti disajnih puteva (astma i alergijski rinitis) kod dece školskog uzrasta u gradskoj sredini.

Metode: Tokom 2013 godine analizirano je 500 kartona dece školskog uzrasta u Dz Čukarica. Prosečna starost dece je 9 godina, sa približno podjednakom distribucijom po polu.

Rezultati: Od 500 dece izdvojeno je 119 (23,8%) koji su imali dijagnostikovanu astmu, alergijski rinitis ili oba. Među njima je bilo 66 dečaka (55,5%) i 53 devojčice (44,5%). Statističkom obradom podataka je utvrđeno da 54 dece (10,8%) ima dijagnozu astme, 91 dete (18,2%) ima dijagnozu alergijskog rinitisa, dok je 26 dece (5,2%) imalo udružene alergijske bolesti disajnih puteva. 48% dece sa dijagnozom astme imalo je i alergijski rinitis, dok je 28% dece sa dijagnozom alergijskog rinitisa imalo i astmu.

Zaključak: Udruženost astme i alergijskog rinitisa kod dece školskog uzrasta je veoma česta, o čemu treba razmišljati prilikom ordiniranja terapije jer istovremeno treba lečiti sve poremećaje.

Кључне речи: astma; alergijski rinitis; komorbiditet.

СУБЛИНГВАЛНА АЛЕРГЕН СПЕЦИФИЧНА ИМУНОТЕРАПИЈА И УПОТРЕБА СТАНДАРДНЕ ФАРМАКОТЕРАПИЈЕ КОД ПЕДИЈАТРИЈСКИХ ПАЦИЈЕНТА СА АСТМОМ И АЛЕРГИЈСКИМ РИНИТИСОМ

Ивана Ђурић-Филиповић¹, Зорица Живковић²,
Ђорђе Филиповић³, Милица Ђорђевић⁴,
Маја Стојановић⁵

¹Медицинска Академија Београд-Европски Универзитет

²КБЦ „др Драгиша Мишовић“-Дедиње

³Градски завод за хитну медицинску помоћ-Београд

⁴Дом здравља „др Симо Милошевић“-Чукарица

⁵Клиника за алергологију и имунологију, КСЦ

Увод: Алерген специфична имунотерапија (АСИТ) је од чисто емпиријске методе пре неколико деценија постала једина каузална терапија алергијских болести са могућношћу имуномодулације имунског одговора. Бројна сазнања о патофизиолошком механизму настанка алергијских болести су сврстала АСИТ у главну стратегију за терапијску модулацију алергијског имунског одговора и означила ново поглавље у терапији алергијских болести. Основни циљ примене АСИТ код пацијента са астмом је да се спречи даља прогресија алергијске астме у тежи облик

и настанак иреверзибилних промена тј. ремоделирање дисајних путева, а самим тим и да се измени природни ток болести. Још један од веома важних циљева сублингвалне имунотерапије (СЛИТ) је и да смањи потреба за лековима, а на тај начин и цена лечења.

Циљ: Анализирати употребу стандардне фармакотерапије код педијатријских пацијената са астмом и алергијским ринитисом који су на сублингвалној алерген специфичној имунотерапији у односу на пацијенте који нису примали овај тип терапије.

Метод: У студији је учествовало 63 детета са дијагнозом алергијске астме. 34 је примало стандарду фармакотерапију и СЛИТ, док је 29 примало само стандарду фармакотерапију. Контроле су вршене два месеца након започињања терапије, након шест месеци, годину и три године. Приликом сваке контроле се узима детаљна анамнеза која поред основних података садржи податке о употреби лекова. Подаци су обрађени у СПСС 15.0 софтверском пакету.

Резултати: Током примене СЛИТ пацијенти су имали мању потрошњу стандардне фармакотерапије у односу на пацијенте који су примали само стандардну фармакотерапију.

Закључак: Бројне студије су показале значајну клиничку ефикасност СЛИТ. Важан параметар клиничке ефикасности СЛИТ је употреба стандардне фармакотерапије. Поред редуковања нежељених дејсава стандардне фармакотерапије, смањивањем употребе лекова се смањује и цена лечења, али и квалитет живота пацијент.

Кључне речи: алерген специфична имунотерапија; астма; алергијски ринитис.

STANJA I OBOLJENJA RESPIRATORNOG SISTEMA OD UTICAJA NA BEZBEDNOST JAVNOG DRUMSKOG SAOBRAĆAJA – PRIKAZ SLUČAJA

Stoja Rikić¹, Dušan Vešović²

¹Dom zdravlja Smederevo

²BEL MEDIC, Dom zdravlja, Novi Beograd

Увод: Један од неопходних фактора за безбедност јавног drumског саобраћаја јесте и здравствена способност вођача motornih vozila. Pored Zakona o bezbednosti saobraćaja na javnim putevima, uveden je i Pravilnik o bližim zdravstvenim uslovima koji, vozači određenih kategorija motornih vozila, moraju da ispunjavaju.

Cilj: Prikaz slučaja osobe sa oboljenjem respiratornog sistema od značaja za bezbedno upravljanje motornim vozilom u javnom drumskom saobraćaju, a podaci o tome nisu dobijeni anamnezom.

Prikaz slučaja: Penzioner M.K. starosti 67.godina prilikom dolazka u službu medicine rada radi produžetka vozačke dozvole "B" i "C" kategorije, negira tegobe i teža oboljenja u ranijem periodu. Navodi da od lekova koristi samo pumpicu beta-2 agonista i to "ponekad, kada pretera sa cigaretama ili kada je magla". M.K. navodi i da je invalidski penzioner, jer je "imao gušenja dok je radio kao zavarivač". Fizikalnim pregledom je ustanovljen patološki nalaz na srcu i plućima, kao patološki EKG. Upućen je izabranom lekaru radi dopunskog ispitivanja i zahtevano je da izabrani lekar popuni Potvrdu sa podacima o ranijim

bolestima. M.K. je dostavio zahtevanu potvrdu na kojoj je pisalo "Dg: HOBP; Tu pulm. dex; CMP chr. decomp." Takođe, prijavljena je i privremena nesposobnost za upravljanje motornim vozilom, a invalidskom penzioneru je predloženo da nastavi redovno lečenje uz obavezan prestanak pušenja.

Zaključak: Odsustvo težih oboljenja respiratornog sistema je preduslov za bezbedno upravljanje motornim vozilom, a u slučaju kada nije tako, izabrani lekar ili drugi lekar koji je pregledao ili lečio osobu koja ima vozačku dozvolu, dužan je da pismenim putem obavesti MUP, a najkasnije u roku od 15 dana.

Ključne reči: oboljenja respiratornog sistema; upravljanje motornim vozilom; vozači; bezbednost saobraćaja.

SLOBODNE TEME

AKUTNO GORNJE GASTROINTESTINALNO KRVARENJE I ANTITROMBOCITNA TERAPIJA: HELICOBACTER PYLORI INFEKCIJA, INR I BROJ TROMBOCITA KAO FAKTORI RIZIKA

Ivan Ranković², Danijela Miletić², Bettina Boom⁵, Djordje Čulafić^{1,2}, Dragan Popović^{1,2}, Dragana Mijač^{1,2}, Nebojsa Antonijević^{1,3}, Milica Lj. Stojković², Vladimir Milivojević², Sanja Dragašević², Natalija Mladenović⁴, Mirjana Perišić^{1,2}

¹Medicinski Fakultet, Univerzitet u Beogradu

²K.C.S., Klinika za Gastroenterologiju i Hepatologiju

³K.C.S., Klinika za Kardiologiju

⁴K.C.S., Centar za Anesteziologiju i Reanimatologiju

⁵St. Hildegardis-Krankenhaus, Klinik für Innere Medizin, Mainz, Deutschland

Uvod: Ekspanzija dvojne antitrombocitne terapije (DAT) nameće neposredniju saradnju između gastroenterologa i kardiologa. Suština problematike je u populaciji pacijenata koji su na produženoj DAT zbog plasiranog stenta (PCI) kod kojih moramo adekvatno prevenirati akutno gornje gastrointestinalno krvarenje (AGGK).

Cilj: Definisane faktora rizika za nastajanje DAT posredovanog AGGK koje možemo implementirati u svakodnevnu praksu.

Metode: Anamnestička (case-control study) studija ispitivanja veze DAT (acetilsalicilna kiselina i klopidogrel) i AGGK kod pacijenata sa PCI u odnosu na Helicobacter pylori infekciju (HPI), INR i broj trombocita (BTr). Prva grupa od 34 pacijenta je imala HPI, dok je druga od 38 bila negativna. Obe grupe poredene prema vrednosti INR-a sa cutoff od INR=1.3,

odnosno BTr=150,000. U prvu grupu su regrutovani pacijenti sa verifikovanom netretiranom i tretiranom HPI.

Rezultati: Statistička analiza po Fišerovom testu je pokazala značajno manji broj AGGK kod pacijenata u grupi bez HPI. Grupa sa HPI je pokazala češće AGGK što HPI čini nezavisnim faktorom rizika. Sa druge strane, INR i broj trombocita nisu samostalni precipitirajući faktori za AGGK. Međutim, BTr<150.000 u grupi sa HPI daje veći rizik od AGGK što ga čini udruženim faktorom rizika.

Zaključak: Prisutna HPI je nezavistan faktor rizika za nastajanje AGGK što obrazlažemo ulcerogenim efektom HPI koji predisponira DAT posredovano AGGK. U grupi bez HPI, vrednosti INR-a i BTr ne dovode do značajnih promena u nastajanju AGGK. Vrednosti INR-a i BTr nisu nezavisni faktori rizika. Povišeni INR se u HPI grupi ne može posmatrati ni kao pridruženi faktor rizika jer ne dovodi po povećanja AGGK. BTr koji iako samostalno gledano ne pojačava DAT posredovano AGGK, kod HPI pozitivne grupe dovodi do značajnog porasta AGGK. Dakle, BTr je pridružujući faktor nastanka AGGK u grupi pacijenata sa HPI. Zaključujemo da su HPI i BTr važni faktori koje lekar mora uzeti u obzir pre i tokom otpočinjanja DAT sa ciljem prevencije AGGK.

Ključne reči: antitrombocitna terapija; Helicobacter pylori; infekcija.

LIDERSTVO U ZDRAVSTVU

Nenad Đoković, Srđan Nikezić

Klinički centar "Kragujevac", Kragujevac

U svim poslovnim okruženjima moraju u savremenom svetu postojati i lider i menadžer. Savremeni koncepti pokazuju da se lideri obično fokusiraju eksterno, a menadžeri interno. Lider i menadžer mogu biti dve različite

ali može biti i jedna ista osoba. Liderske sposobnosti obuhvataju-postavljanje ciljeva, motivisanje stejkholdera, oratorstvo, određivanje strategije za budućnosti i transformaciju organizacije, dok menadžerske sposobnosti obuhvataju-kadrovsko osposobljavanje, kontrolu resursa, superviziju usluga, pridržavanje i kontrola određenih pravila. Došlo je do razvoja više modela liderstva-autentično liderstvo, inspiraciono liderstvo, raznovrsno liderstvo, uslužno liderstvo i spiritualno liderstvo. Način njihovog rada se sprovodi putem liderskog stila koji u okviru zdravstvenog sistema može biti: prinudni, participativni, temo postavljajući i podučavajući stil. Najbitnije kompetencije lidera u zdravstvu čine stručnost, referentnost, legitimnost, informisanost i moć nagradjivanja i kažnjavanja. Ove kompetencije obuhvataju četiri osnovna domena: funkcionalni i tehnički, samorazvoj i samorazumevanje, međuljudske odnose i domen organizacije. Vreme koje je potrebno lideru za rešavanje i sprovođenje promena u zdravstvenom sistemu i zdravstvenim organizacijama, naziva se liderski kontinuum. Mnogi ljudi veruju da se lideri radjaju i da se neko ne može naučiti da bude lider, ako nije predodređen za to. Istina je da verovatno postoji određena predispozicija osobe ka liderstvu, ali se one moraju naučiti veštinama i ponašanjima koja će im pomoći da zdravstvenu organizaciju uspešno vode. Shodno tome u SAD-u su razvijeni posebni edukativni programi na univerzitetima i profesionalnim asocijacijama za stvaranje ovih kadrova-ACPE (američki koledž lekara rukovodioca), MGMA (Asocijacije medicinske grupe menadžera). Lider koji je zabrinut za budućnost, ostaće na vrhu u zdravstvenoj industriji. Suprotno tome, ništa gore nema za zdravstveni sistem i zdravstvenu ustanovu, od razočarane osobe u svojstvu lidera, koja pokušava da void grupu sledbenika bez motivacije i entuzijazma koji je potreban za svakog lidera.

Ključne reči: medicina; sistem kvaliteta; lideri.

PREVALENCIJA OBOLJENJA KOŠTANO-ZGLOBNOG SISTEMA KOD SLUŽBENIKA U BANCIMA UOČENA TOKOM PERIODIČNOG LEKARSKOG PREGLEDA

Dušan Vešović, Miroslav Žilich, Marina Vasić-Prelić, Predrag Radojković, Aleksandra Petrović, Nadežda Gostović

BEL MEDIC, Dom zdravlja, Beograd, Srbija

Uvod: Oboljenja koštano-zglobnog sistema (KZS) su jedna od najučestalijih oboljenja u vezi s radom. U nekim zanimanjima su jako učestala (mineri, rudari, građevinci i sl.); međutim, porast njihove prevalencije je zabeležen i u sektoru u kome su ranije imale manju učestalost (npr., kod službenika u bankama).

Cilj: Prikazati prevalenciju oboljenja KZS nakon periodičnog lekarskog pregleda (PLP) službenika u banci.

Metode: Korišćeni su lekarski izveštaji iz službe medicine rada dobijeni nakon PLP zaposlenih u jednoj inostranoj banci tokom 2012/2013.g. Broj ispitanika bio je 247. 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 kod 9 ispitanika (4%). Refrakcione anomalije oka, kao i oboljenja KZS (nepravilno držanje, deformiteti kičmenog stuba, hronični spazam mišićne mase 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 neergonomskom položaju, predstavlja faktor koji pogoduje razvoju oboljenja KZS. Dat je savet za redovnu rekreativnu fizičku aktivnost i pokazane vežbe za jačanje paravertebralne mišićne mase. Ukazano je i na pravilno držanje tela tokom sedenja i rada za računarem. 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.

Ključne reči: administrativni radnici; periodični lekarski pregledi; bolesti u vezi s radom; oboljenja koštano-zglobnog sistema.

SINDROM SJOGREN U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI – PRIKAZ SLUČAJA

Vinka Repac¹, Jelena Zvekić Svorcan²,

Branislava Stanimirov³

¹*Dom zdravlja Žitište*

²*Specijalna bolnica za reumatske bolesti Novi Sad*

³*Dom zdravlja Novi Sad*

Uvod: Štitna žlezda svojim hormonima reguliše bazalni metabolizam, stimuliše oksidativne procese u mitohondrijama, utiče na sintezu proteina, a deluje i na fiziološku regulaciju pokretljivosti ćelijskih membrana. Poremećaji u funkciji štitne žlezde mogu se ispoljiti u vidu različitih kliničkih manifestacija na očima. Jedna od njih je i suvo oko. Danas su česte udružene bolesti štitne žlezde i vezivnog tkiva koje se definišu kao Sjogrenov sindrom.

Cilj: Da se ukaže na oftalmološke tegobe pacijenata obolelih od štitne žlezde i bolesti vezivnog tkiva koje ih životno ne ugrožavaju, ali značajno narušavaju kvalitet života, a kroz prikaz pacijentkinje stare 62 godine s tegobama suvog oka.

Prikaz slučaja: Pacijentkinja stara 62 godine zbog tegoba: otoka kapaka, grebanja i konstantnog peckanja u očima, nakon oftalmološke obrade i urađenog Schirmer testa je upućene na dopunsku obradu (imunološka i reumatološka). Dobijene vrednosti ukazuju da se radi o seropozitivnom reumatoidnom artritisu, štitna žlezda je eutireotična ali scintigrafski nalaz pljuvačne žlezde ukazuje na smanjenu funkciju, što opravdava otežano gutanje. Nakon pristupanja lečenju osnovne bolesti, zaostaje i dalje osećaj grebanja i nelagodnosti u očima. Vrednosti Schirmer testa su u proseku od 2-5mm. Uvodi se u terapiju kapanje veštačkim suzama na svakih 2 h da bi nakon 3 meseca ovo bilo smanjeno na 6 puta u toku dana. Za proveru sekrecije suza koristi se Shirmer test.

Zaključak: Prikazani slučaj pripada sekundarnom Sjogrenovom sindromu. Pacijenti koji boluju od ove bolesti su uznemireni konstantnim grebanjem u očima koje ih u određenoj meri onesposobljava za rad. Bitno je da znaju od čega boluju i kako sebi mogu da smanje tegobe, da dobiju potrebne informacije o usklađivanju osnovne bolesti i vođenju normalnog načina života.

Ključne reči: Sjogrenov sindrom; suvo oko; dijagnoza.

ПРИРОДНИ ПРЕПАРАТИ – ПОТПУНО БЕЗБЕДНИ ПРЕПАРАТИ?

Марија Т. Поповић - Миленковић¹,

Марија Т. Томовић²

¹*Апотека Крагујевац*

²*Факултет медицинских наука Крагујевац*

Када кажемо природни производи мислимо на биљне препарате и суплементе који укључују аминокиселине, витамине, минерале и друге производе природног порекла. Често се постављају питања да ли природни производи испољавају само лековито деловање, да ли у опште и имају нежељена дејства, да ли могу да се комбинују са лековима...? Генерално има веома мало клиничких студија које би потврдиле безбедност ових препарата и њихове могуће интеракције са лековима. Међутим и у свету али и код нас све више расте свест о томе да и ови препарати могу умањити или појачати дејство лекова, показати лековита својства на једном органу а штетно деловање на другом, једном речју да се не ради о потпуно безбедним препаратима без ограничења у употреби. Овде ћемо приказати неколико често коришћених биљних и природних производа са објашњењима чему служе и како их безбедно користити. Коензим Q10, снажан је антиоксиданс, може смањити антикоагулантни ефекат варфарина. Ехинацеа, снажан имуностимулатор, може довести до појаве нежељених ефеката блокатора калцијумових

канала, инхибитора протеазе, алпрозолама... Бели лук, се користи у лечењу инфекција, хиперлипидемије, хипертензије, инхибиције агрегације тромбоцита... али постоји ризик од крварења код истовремене употребе антиагрегационих лекова. Гинко билоба, користи се у терапији Алцхајмерове болести, дисфункције унутрашњег уха... Утиче на метаболизам варфарина, инхибира агрегацију тромбоцита, може довести до фаталног крварења у комбинацији са ибупрофеном. Глукозамин сулфат, користи се у терапији остеоартритиса, може да повећа инсулинску резистенцију. Кантарион, јако ефикасан код анксиозности и депресије, међутим снажно делује на СУР3А4 изоензим и доводи до смањења ефикасности лекова који се метаболишу овим путем.

Кључне речи: природни препарати; биљке; суплементи.

КАРДИЈАЛНА ТОКСИЧНОСТ ИЗАЗВАНА ТЕРАПИЈСКОМ ПРИМЕНОМ АНТИНЕОПЛАСТИЧНОГ ЦИТОСТАТИКА - ЦИКЛОФОСФАМИДА

Ненад Младеновић, Ана Младеновић

Факултет медицинских наука, Универзитет у Крагујевицу, Крагујевац

Увод: Циклофосфамид (Cytoxan®, CY, CTX) је лек који припада групи алкилирајућих агенаса који поседује цитотоксична и имуносупресивна дејства. Он је један од најчешће коришћених ДНК – алкилирајућих агенаса, који се примењују у терапији туморских обољења. Његова најзаступљенија нежељена дејства су: хематолошки ефекти, алопеција, мука и повраћање, кардиопулмонарне реакције, ефекти на гонадама, тератогени ефекти.

Циљ: Циљ ове студије је да прикаже потпун, систематски преглед о нежељеном дејству циклофосфамида као и да се процени каузалност циклофосфамида, у објављеним приказима случајева, са кардијалном токсичношћу.

Метод: Студија је дизајнирана у виду систематског прегледног чланка. Претрагом медицинских база података, при чему су примарно коришћене MEDLINE (PubMed), ScienceDirect као и Google и Yahoo претраживачи, систематском претрагом пронађено је и критички анализирано 13 студија.

Резултати: Сви селектовани прикази случајева имају оцену за квалитет у опсегу од 5 до 8. Узевши у обзир све случајеве, средња вредност Нарањо скорa износи 4,46 у опсегу од 3 до 8. Сви пацијенти су били старости од 14 до 69 година. У 14 приказа случајева

пацијенти су доживели смрт, док је код осталих 5 приказа случајева забележен опоравак. Период праћења се кретао у опсегу од 34 сата до 2,5 године.

Закључак: На основу резултата овог прегледног чланка, може се потврдити да је циклофосфамид могући чинилац, који доводи до индуковања различитих облика кардијалних оштећења, који могу предиспонирати фаталне исходе код пацијената који су подвргнути његовом терапијом.

Кључне речи: циклофосфамид; кардиотоксичност; кардиомиопатија; миокардитис; трансплантација костне сржи.

КАРДИОПУЛМОНАЛНА РЕАНИМАЦИЈА У АКУТНОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМУ

Милан Р. Радовановић¹, Мирјана С. Радовановић²

¹Центар за ургентну медицину, Клинички центар "Крагујевац", Крагујевац

²Центар за анестезију и реанимацију, Клинички центар "Крагујевац", Крагујевац

Увод: Малигни поремећаји срчаног ритма се често јављају у акутном коронарном синдрому и одговорни су за настанак напрасне срчане смрти. До 50 % укупно умрлих годишње умре напрасном срчаном смрћу.

Приказ болесника: Приказујемо мушкарца старог 44 године који се у три сата иза поноћи јавио ради хируршког прегледа због присуства болова у трбуху. Пре прегледа је изненада изгубио свест. Код болесника је верификована коморска фибрилација и након два минута је започета кардиопулмонална реанимација. Након 10 минута је започето спровођење механичке вентилације. У периоду од 30 минута је учињено 20 дефибрилација. Лечење је настављено у Стационарном одељењу Ургентног центра. Електрокардиографским прегледом су верификовани знаци антеролатералног инфаркта леве коморе. Прва три сата болесник је био у кардиогеном шоку. Првог дана хоспитализације је забележена честа појава полиморфних коморских екстрасистола и коморске тахикардије. Механичка вентилација је обустављена 30 сати након срчаног застоја. Болесник је од шестог дана хоспитализације лечен у Клиници за кардиологију. Код болесника је регистровано пролазно присуство психичких испада (конфузност, агитираност, емоционална нестабилност...). Коронарографским прегледом рађеним након три месеца уочено је присуство реканалисане стенозе у медијалном сегменту предње десцендентне гране леве коронарне артерије. Добутаминским тестом и СPECT прегледом није показано присуство вијабилности миокарда апикалног и периапикалног подручја. Шест година касније болесник је без симптома коронарне

болести, манифестне срчане слабости, са ејекционом фракцијом леве коморе од 40 % при задњем ултразвучном прегледу.

Закључак: Време протекло до дефибрилације (no flow interval) од пресудног је значаја за успешност кардиопулмоналне ранимације и потпун неуролошки опоравак болесника који су имали срчани застој (фибрилацију комора) у акутном коронарном синдрому.

Кључне речи: кардиопулмонална реанимација; инфаркт миокарда; срчани застој; напрасна смрт.

BIOLOŠKI PREDISPONIRAJUĆI FAKTORI ZA NASTANAK DISFONIJE KOD PROFESIONALNIH KORISNIKA GLASA

Sladana Simović¹, Sandra Živanović²,

Jasmina Stojanović³, Nataša Mihailović⁴, Sanja Kocić^{2,4}

¹Odeljenje otorinolaringologije, Dom zdravlja Kragujevac

²Fakultet medicinskih nauka, Univerzitet u Kragujevcu, Kragujevac

³Klinički centar "Kragujevac", ORL klinika, Kragujevac

⁴Institut za javno zdravlje Kragujevac, Kragujevac

Cilj: Ispitati učestalost bioloških predisponirajućih faktora (alergijski rinitis, gastroezofagusno-refluksna bolest) kod profesionalnih korisnika glasa sa disfonijom i korelaciju među analiziranim biološkim i drugim faktorima (pol, starost i dužina radnog staža).

Metode: Analizirali smo 154 disfonična profesionalna korisnika glasa koji su pregledani u ORL odeljenju Specijalističko konsultativne službe Doma Zdravlja Kragujevac i Odseku za fonijatriju Klinike za otorinolaringologiju Kliničkog centra Kragujevac u periodu od novembra 2009-2012. Kriterijum za uključivanje u studiju bio je bavljenje vokalno zahtevnim zanimanjem i prisustvo disfonije a kriterijum za isključivanje: upotreba duvana i žene u menopauzi tako da je iz studije isključeno 50 ispitanika (45 zbog upotreba duvana i 6 su bile žene u menopauzi a jedna ispitanica je imala oba isključujuća faktora). Primenjena je detaljna anamneza, kompletan ORL pregled, rigidna endovideostroboskopija, fleksibilna nazolaringoskopija, alergološko testiranje na standardene inhalatorne alergene i konsultativni pregledi. Za statističku obradu podataka primenjen je deskriptivni statistički metod, χ^2 test i binarna logistička regresija koristeći standardni paket (SPSS 13.0).

Rezultati: Utvrdili smo prisustvo alergijskog rinitisa kod 44.2% a gastroezofagusno-refluksna bolest kod 14.4% ispitanika. Primenom χ^2 test i binarna logistička regresijom nije utvrđena povezanost između prisustva alergijskog rinitisa i pola ($p=0.43$; [OR=0,447(CI:0,129-

1,544)]. Takođe je utvrđeno da sa svakom godinom života verovatnoća za pojavu alergijskog rinitisa se povećava, a da je njegovo ispoljavanje takodje statistički značajna, ali u negativnom smeru povezano sa prisustvom gastroezofagusno-refluksne bolesti i radnim stažom.

Zaključak: Kod disfoničnih profesionalnih korisnika glasa utvrđeno je prisustvo AR u višem procentu nego u opštoj populaciji, kao i prisustvo gastroezofagusno-refluksne bolesti u značajnom procentu tako da ih obavezno treba razmotriti kao mogući uzrok disfonije.

Ključne reči: disfonija; predisponirajući faktori; profesionalni glas.

НИВОИ СЕРУМСКИХ ЛИПИДА И ДЕПРЕСИВНОСТИ КОД СТАРИХ

Јелена Јовић¹, Катарина Ристовић², Александар Ђорџић¹, Бојан Николић³, Маринела Кнежевић³, Драгана Игњатовић-Ристић⁴

¹Медицински факултет Универзитета у Приштини са привременим седиштем у Косовској Митровици, Косовска Митровица

²Завод за јавно здравље Ужице, Ужице

³Министарство одбране – Војска Србије

⁴Факултет медицинских наука Крагујевац

Увод: Све је више студија које се баве утицајем поремећаја метаболизма липида на испољавање депресивне симптоматологије. Сматра се да промене које настају у садржају холестерола у ћелијским мембранама као одговор на серумске нивое холестерола утичу на број серотонинских рецептора код депресивних пацијента. Јасних закључака још увек нема.

Циљ: Испитивање повезаности између нивоа укупног холестерола (HOL) и триглицерида (TGL) у серуму и депресивности у популацији старих.

Метод: У истраживању је учествовало 246 испитаника из руралних и урбаних подручја старијих од 65 година (просечна старост 80,91 ± 6,6). За процену депресивности коришћена је Geriatric Depression Scale (GDS). Скор 6 и већи указује на депресивност. Нивои HOL и TGL одређивани су из капиларне крви.

Резултати: Просечан ниво HOL у узорку је био 4,63±0,96 mmol/l, а TGL 2,22 ±1,53 mmol/l. Није било статистички значајне разлике у нивоу HOL (p=0,155) и TGL (p=0,761) у погледу места становања (село/град). Ниво HOL код жена је био статистички значајно већи у односу на мушкарце (p=0,014), док у нивоу TGL нисмо нашли значајну разлику (p=0,775). Такође нема статистички значајне разлике у нивоу TGL у односу на степен депресивности (p=0,055). Међутим нађена је

статистички значајна разлика у нивоу холестерола у погледу присутне депресивности код испитаника (p=0,050). Нижи ниво HOL био је код испитаника са депресивношћу.

Закључак: Наша студија је потврдила постојање везе између нивоа серумског холестерола и нивоа депресивности у популацији старих. Недостатак нашег истраживања је био што нисмо одређивали нивое фракција холестерола. Свакако да је потребно да се у некој следећој студији проспективног дизајна ова проблематика подробније размотри и објасни.

Кључне речи: серумски липиди; холестерол; старе особе; депресија.

ФИЗИЧКА АКТИВНОСТ И МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ КОД ПАЦИЈЕНАТА НА ХЕМОДИЈАЛИЗИ

Маринела Кнежевић¹, Владимир Ђорђевић², Жилијета Кривокапић³, Јелена Јовић⁴, Видојко Ђорђевић⁴

¹Министарство одбране - Војска Србије

²Институт за ментално здравље Ниш

³Висока медицинска школа струковних студија Туприја

⁴Медицински факултет у Приштини са привременим седиштем у Косовској Митровици

⁵Клиника за нефрологију и хемодијализу Ниш

Увод: Познато је да пацијенти на хемодијализи имају велики број менталних проблема, међу којима су најзаступљенији депресивност и анксиозност. У последње време истраживања указују на позитиван утицај физичке активности на ментално здравље код ових пацијената, посебно у купирању депресивне симптоматологије.

Циљ: Испитати повезаности физичке активности и менталног здравља код пацијената на хемодијализи

Метод: У истраживању је учествовало 123 пацијената на хроничном програму хемодијализе на Клиници за нефрологију и хемодијализу у Нишу. За процену присуства симптоматологије менталних поремећаја коришћени су упитници *Beck Depression Inventory - BDI* (за процену депресивности) и *Beck Anxiety Inventory - BAI* (за процену анксиозности). На основу одговора на питање које се односило на редовну физичку активност пацијенти су подељени у две групе: физички активне (51 пацијент – 41,5%) и физички неактивне (72 пацијента – 58,5%).

Резултати: 32,5% пацијента испољава депресивну симптоматологију (скор на *BDI* ≥15), а више од половине пацијента испољава неки степен анксиозности: 30,0% благу, 19,2% умерену и 10,0% веома изражену анксиозност. Постоји статистички

značajna razlika u skoru depresivnosti ($p=0,006$) i skoru anksioznosti ($p=0,000$) između fizički aktivnih i fizički neaktivnih pacijenta. Ukupan skor depresivnosti u grupi fizički aktivnih je $8,4\pm 8,7$ a u fizički neaktivnih $14,6\pm 12,3$. Ukupni skorovi anksioznosti u ovim grupama su $7,5\pm 5,6$, odnosno $15,9\pm 12,0$.

Zaključak: Naši rezultati su jasno podvukli vezu između fizičke aktivnosti i mentalnog zdravlja kod pacijenta na hemo dijalizi. Predstoji detaljna obrada doprinosa različitih varijabli (sociodemografskih i kliničkih pre svega) koje uslovljavaju fizičku aktivnost pacijenta kao i razmatranje kako određeni tip i trajanje fizičke aktivnosti utiče na mentalni status pacijenta.

Кључне речи: fizička aktivnost; mentalno zdravlje; hemo dijaliza.

KAWASAKIJEVA BOLEST - PRIKAZ SLUČAJA

Milanka Đorđević¹, V. Vasilijević¹, K. Petrović²

¹Dom zdravlja Gornji Milanovac

²Opšta bolnica Gornji Milanovac

Uvod: Kawasakijska bolest je prvi put opisana u Japanu 60-ih godina prošlog veka. Uobičajena je kod dece mlađe od 5 godina, kod dečaka i osoba afro-azijskog porekla, sve je češća u Zapadnim zemljama. Klinička i epidemiološka slika ukazuju na infektivno poreklo. Manifestuje se akutnim sistemskim vaskulitisom, koji može da dovede do proširenja (aneurizmi) uglavnom koronarnih arterija, zahvata limfne čvorove, sluzokožu i kožu.

Prikaz slučaja: Bolest počinje slabijim apetitom i povišenom telesnom temperaturom do $39,5^{\circ}\text{C}$. Nakon primene antimikrobne i simptomatske terapije temperatura se održava a po trupu i rukama se pojavljuje makulopapulozna ospa. Okcipitalno prisutni sitni limfni nodusi. Jezik je malinast, sluzokoža ždrele i tonsila hiperemična. SE-70mm/h, CRP-54,1mg/l, Hb-93g/l, Er-3,99, MCV-71,2, Hct-0,340, Le-16,0 (Ne-54,4%, Ly-30,5%, Mo-7,7%, Eo-7,4%), Tr-995, ALT-173,0, AST-179,0, LDH-666U/L. Echo abdomena- nalaz uredan. Ehokardiografskim pregledom utvrđena je laka dilatacija leve koronarne arterije. Po prijemu u Institut ordinirana terapija intravenskih imunoglobulina 2gr/kgTM i Acetil-salicilna kiselina 5mg/kgTM, pri čemu dolazi do odsustva febrilnosti, značajnog poboljšanja opšteg stanja i kliničkog nalaza. Otpušta se kući sa savetom da koristi terapiju Acetil-salicilnom kiselinom do kontrole u Kardiološkoj ambulanti kada je odojče urednog nalaza a ehokardiografskim pregledom koronarne arterije su bez sakularnih proširenja.

Zaključak: Na ovu dijagnozu se posumnja kad postoji prolongirana febrilnost, obostrani konjuktivitis, uvećane limfne žlezde na vratu, ospa po koži, promene u ustima i jeziku i promene na ekstremitetima, a ne postoji neko drugo objašnjenje za ove tegobe. Sa blagovremeno započetom terapijom, kod većine bolesnika prognoza je dobra, prognoza kod trajnih promena na srčanim arterijama zavisi od stepena razvoja sekundarnih suženja.

Кључне речи: Kawasakijska bolest; infektivna bolest; terapija.

ANALIZA POTROŠNJE ANTIBIOTIKA NA HIRUŠKIM ODELJENJIMA ZDRAVSTVENOG CENTRA „STUDENICA“ U KRALJEVU

Andriana Bukonjić, Dejan Aleksić, Srđan Stefanović
Fakulteta medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu, Kragujevac

Uvod: Kvalitetno upravljanje lekovima zbog velikog ekonomskog značaja, postalo je imperativ uspešnog vođenja bolnice. Grupa lekova na čiju potrošnju je potrebno staviti akcenat su antibiotici, jer je njihova neracionalna upotreba jedan je od najznačajnijih uzroka bakterijske rezistencije.

Cilj: praćenja potrošnje antibiotika je dobijanje relevantnih podataka o njihovoj potrošnji i analiziranje potrošnje po klasama antibiotika.

Metode: U skladu sa ATC klasifikacijom analizirana je grupa antibiotika za sistemsku primenu – J01. Podaci o potrošnji antibiotika, ukupnom broju pacijenata i prosečnoj dužini hospitalizacije na urološkom, ortopedijskom, ginekološkom, otorinolaringološkom i odeljenju opšte hirurgije u periodu od 2010. do 2012. godine prikupljeni su iz baze podataka zdravstvenog centra „Studenica“ u Kraljevu koji prema popisu iz 2011. godine priža sekundarnu zdravstvenu zaštitu za 125 488 stanovnika. Za svaki antibiotik izračunata je ukupna potrošnja prikazana u prirodnim jedinicama (mg i i.j.) koja je zatim izražena brojem utrošenih DDD na 100 bolesničkih dana. Značajnost razlika u prosečnoj potrošnji antibiotika ispitivana je odgovarajućim statističkim testovima.

Rezultati: Prosečna potrošnja antibiotika na svim odeljenjima tokom 2010, 2011 i 2012. godine nije se statistički značajno razlikovala ($p=0,951$; $F=0,05$), a iznosila je 63,64 DDD/100 bolesničkih dana ($SD=19,85$), 67,55 DDD/100 bolesničkih dana ($SD=24,55$) i 68,18 DDD/100 bolesničkih dana ($SD=28,56$). U trogodišnjem periodu na odeljenju urologije utrošeno je prosečno najviše antibiotika (98,8 DDD/100 bolesničkih dana; $SD=9,97$), međutim Kraskal-Wallis-ov test ukazuje da

nema statistički značajne razlike u prosečnoj potrošnji antibiotika po odeljenjima ($p=0,479$; $=3,492$). Gentamicin je u posmatranom periodu imao najveću prosečnu potrošnju na odeljenju opšte hirurgije, ginekologiji i ortopediji (20,07%; 31,81%; 29,18%), dok je najčešće upotrebljavan antibiotik na urologiji i otorinolaringologiji je cefaleksin (21,1%; 20,41%).

Zaključak: Mere praćenja potrošnje antibiotika mogu da ukažu na eventualne posledice neracionalne primene ovih lekova, kao i mogućnost daljeg praćenja i analize postojanja korelacije u potrošnji određenog antibiotika i posledičnog razvoja bakterijske rezistencije.

Ključne reči: antibiotici; analiza potrošnje; DDD.

ISHOD PRIMENE SVEŽE SMRZNUTOG SPONGIOZNOG ALOGRAFTA U LEČENJU KOMPLEKSNIH ARTIKULARNIH PRELOMA GORNJEG I DONJEG OKRAJKA TIBIJE

Željko Stepanović, Branko Ristić, Zoran Grujović, Zoran Jovanović, Nenad Đoković

Klinika za ortopediju i traumatologiju, Klinički centar "Kragujevac", Kragujevac

Uvod: Prelomi artikularnih površina oba okrajka tibije mogu se ispoljiti sa različitim stepenom zglobove depresije i dislokacije fragmenata.

Cilj: Ustanoviti ponašanje i opravdanost primene sveže smrznutog spongioznog alografta u potpori artikularnih površina kod kompleksnih impaktiranih preloma tibijalnog platoa i pilona.

Metode: Retrospektivna studija.

Rezultati: Sveže smrznuti spongiozni alograft je korišćen za ispunjavanje metafizealnih defekata kod 22 pacijenta sa impaktiranim prelomom tibijalnog platoa (8 muškaraca i 14 žena, prosečne starosti 55 godina). Spongiozni alograft iz dve glave butne kosti upotrebljen kod pacijenta sa AO 43 C3 obostranim prelomom tibijalnog pilona starosti 56 godina. Prema Shatzcker-ovoj klasifikaciji, 12 preloma je bilo tip II, 3 preloma tip III, 5 preloma tip V i 2 preloma tip VI. Svi prelomi su lečeni otvorenom repozicijom i unutrašnjom fiksacijom potpornim i LCP pločama za proksimalnu i distalnu tibiju nakon rekonstrukcije artikularnih površina i aplikacije spongioznih alograftova. Prosečno prećenje je iznosilo 10.8 meseci. Kod preloma tibijalnog platoa inkorporacija spongioznog grafta je uspostavljena unutar 12 nedelja od operacije, bez komplikacija vezanih za njegovu aplikaciju. Kod pacijenta sa prelomom tibijalnog pilona ustanovljena je resorpcija grafta u metafizealnoj regiji leve tibije, 6 meseci od operacije. Isključeno je postojanje infekcije, a defekt privremeno ispunjen koštanim cementom.

Zaključak: U inkorporaciji spongioznih alograftova očuvanost vaskularizacije i stanje mekih tkiva imaju značajnu ulogu. U slučaju metafizealnih defekata sa narušenom vaskularizacijom moguće su komplikacije poput infekcija ili resorpcije alografta. Upotreba spongioznog alografta u slučaju impaktiranih preloma tibijalnog platoa i pilona se u našoj praksi smatra.

Ključne reči: frakture; lečenje; alograf.

NEUSPEH U LEČENJU GAMMA KLINOM TREĆE GENERACIJE: PRIKAZ SLUČAJA

Željko Stepanović, Branko Ristić, Nenad Đoković, Predrag Doderović, Ivan Milojević, Nenad Prodanović
Klinika za ortopediju i traumatologiju, Klinički centar "Kragujevac", Kragujevac

Uvod: Gamma klin predstavlja efikasan metod u zbrinjavanju složenih preloma proksimalnog femura. Lom klina u nivou aperture privlačećeg zavrtnja predstavlja retku komplikaciju.

Cilj: Prikaz slučaja loma 2 Gamma klina kod istog pacijenta unutar 12 meseci, nastalih kao posledica njegovog velikog opterećenja usled nezarastanja preloma.

Metode: Retrospektivna studija.

Rezultati: Kod ženskog pacijenta starog 67 godina, AO 31 A3.3 prelom femura primarno je lečen DHS implantatom u drugoj ustanovi. Usled nezarastanja preloma i loma implantata 4 meseca nakon ugradnje, u dva navrata je lečen Gamma klinom treće generacije uz osteoplastiku, sveže smrznutim koštanim alograftom. U oba slučaja konstatovan je lom implantata u predelu aperture privlačećeg zavrtnja. Nakon svake operacije pacijent nije oslanjan do radiološke pojave početne kalusne formacije, kada je započinjao sa delimičnim osloncem na operisanu nogu. U prvom slučaju do loma je došlo nakon 10 meseci od operacije, a u drugom 8 meseci u odnosu na prethodnu. U oba slučaja konstatovani su znaci nezarastanja uz negativan mikrobiološki nalaz operativnog mesta. Preduzeta je ekstrakcija klina i nezarasli prelom proksimalnog femura zbrinut ugradnjom modularne totalne endoproteze kuka tip ZMR.

Zaključak: Lom Gamma klina predstavlja retku komplikaciju. Apertura privlačećeg zavrtnja predstavlja najslabiju tačku ovog implantata. Slab biološki potencijal, nestabilnost preloma, neadekvatna redukcija i odsustvo koštanog kontakta, udruženi sa prevremenim osloncem mogu biti odgovorni za njegov lom. U slučaju odsustva posteromedijalne potpore, potrebno je ponoviti osteoplastiku, razmišljati o dinamizaciji klina i zaštiti ga delimičnim osloncem na operisanu nogu do kalusne konsolidacije preloma.

Ključne reči: frakture; lečenje; osteosinteza.

POSTER PREZENTACIJE

DIJAGNOZA I LEČENJE TRAUMATSKOG HEMOTORAKSA

Slobodan Milisavljević^{1,2}, Stanko Mrvić¹,

Dragan Stojković¹, Šeščet Hajrović³,

Dubravka Golubović⁴, Marko Spasić^{1,2}

¹Klinika za opštu i grudnu hirurgiju, Klinički centar "Kragujevac", Kragujevac

²Fakultet medicinskih nauka Univerzitet u Kragujevcu, Kragujevac

³Hirurško odeljenje, Zdravstveni centar, Novi Pazar

⁴Odeljenje anestezije i reanimacije, KBC Zvezdara, Beograd

Uvod: Hemotoraks označava prisustvo krvi u pleuralnom prostoru. Većina hemotoraksa nastaje kao posledica penetrantne ili tupe traume grudnog koša

Cilj: Analiza učestalosti javljanja hemotoraksa, profila pacijenata, načina postavljanja dijagnoze i hirurškog lečenja hemotoraksa na Klinici za opštu i grudnu hirurgiju KC Kragujevac u trogodišnjem periodu.

Metode: Za ovu retrospektivnu, neinterventnu studiju su korišćeni podaci iz istorija bolesti i operativnih protokola Klinike za opštu i grudnu hirurgiju, u trogodišnjem periodu.

Rezultati: Hospitalizovano je ukupno 86 pacijenata sa dijagnozom traumatskog hemotoraksa. Hemotoraks izazvan tupom traumom imalo je 70 ispitanika, apenetrantnu povredu je imalo 16 bolesnika. Kod pacijenata sa tupom traumom grudnog koša u 31.4% slučajeva bila je zabeležena politrauma a u 68.6% ispitanika izolovana povreda grudnog koša. Skoro identičan odnos je bio i u grupi sa penetrantnom povredom grudnog koša, gde je politrauma zabeležena u 31.3% slučajeva a izolovana povreda grudnog koša u 68.7%. Kod hemotoraksa posle penetrantne i tupe traume (86 ispitanika) nije uočena statistički značajna razlika u učestalosti unilateralnog i bilateralnog hemotoraksa (χ^2 -test; $p=0.186$). Između ispitanika sa traumatskim hemotoraksom izazvanim tupom i penetrantnom povredom grudnog koša ne postoji statistički značajna razlika u prvom terapijskom postupku (χ^2 -test; $p=0.108$). Postoji statistički značajna razlika u definitivnom terapijskom pristupku (χ^2 -test; $p=0.001$). Kod tupe traume pleuralna punkcija je urađena kod četrdeset ispitanika (57.14%), torakalna drenaža kod 23 (32.86%) i torakotomija kod 7(10%) pacijenata. Kod penetrantne povrede pleuralna punkcija je urađena kod 2 (12.5%), torakalna drenaža kod 8 (50%), a torakotomija kod 6 (37.5%) pacijenata.

Zaključak: Rezultati istraživanja pokazuju sličnosti sa drugim studijama, kako po učestalosti javljanja hemotoraksa, tako i po polno-starosnom profilu

pacijenata, kao i po načinu njihovog lečenja, uzimajući u obzir posmatrani vremenski period i populaciju na kojoj se vršilo istraživanje.

Ključne reči: hemotoraks; grudna drenaža; torakotomija.

UTICAJ POLA NA DOZIRANJE TAKROLIMUSA KOD PACIJENATA SA TRANSPLANTIRANIM BUBREGOM

Nemanja Rančić¹, Neven Vavić²,

Viktorija Dragojević-Simić¹, Biljana Drašković-Pavlović³,

Nemanja Jaćimović⁴, Jelena Katić⁴, Momir Mikov⁵

¹Centar za kliničku farmakologiju; Medicinski fakultet Vojnomedicinske akademije, Univerzitet Odbrane, Beograd

²Centar za transplantaciju solidnih organa, Vojnomedicinska akademija, Beograd

³Institut za medicinska istraživanja; Medicinski fakultet Vojnomedicinske akademije, Univerzitet Odbrane, Beograd

⁴Medicinski fakultet Vojnomedicinske akademije, Univerzitet Odbrane, Beograd

⁵Zavod za farmakologiju, toksikologiju i kliničku farmakologiju; Medicinski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu

Uvod: Kod pacijenata sa transplantiranim bubregom primenjuje se doživotna imunosupresivna terapija, najčešće u kombinaciji takrolimus, mikofenolat-mofetilikortiko steroidi. Kako takrolimus spada u grupu lekova kod kojih je neophodno raditi terapijski monitoring, određivanje njegove koncentracije u krvi omogućuje adekvatnu individualizaciju imunosupresivne terapije.

Cilj: našeg istraživanja bio je da se pokaže da li postoji uticaj pola na doziranje takrolimusa u pacijenata sa transplantiranim bubregom.

Metode: Jedan od preporučenih pokazatelja adekvatne primene ovog imunosupresiva jeste odnos minimalne koncentracije takrolimusa u krvi preuzimanja sledeće doze leka i dnevne doze leka po kilogramu telesne težine (tzv. C/D odnos). Analizom je obuhvaćeno 5011 ambulantnih kontrola 208 pacijenata (138 muškaraca; 70 žena) koji su praćeni u periodu od 2007. do 2009. god. u Centru za transplantaciju solidnih organa Vojnomedicinske akademije.

Rezultati: Indeks telesne mase statistički se značajno razlikuje između muškaraca i žena ($p=0,02$) ($22,20\pm 3,41$ kg/m² kod muškaraca; $22,71\pm 3,36$ kg/m² kod žena). Ako se pogledaju polne razlike C/D odnosa, takođe postoje statistički značajne razlike ($p<0,001$). Kod muškaraca ovaj odnos je prosečno bio $163,56\pm 107,95$ ng/ml/mg/kg, dok je kod žena bio $138,74\pm 108,50$ ng/ml/mg/kg. Prosečna

применјена доза такролимуса се такође разликује између полова ($p=0,039$) ($4,23\pm 3,06$ mg/dan код мушкарца; $4,05\pm 2,86$ mg/dan код жена), као и просечна минимална концентрација такролимуса у крви ($p=0,015$) ($7,098\pm 3,4870$ ng/ml код мушкарца; $6,852\pm 3,2726$ ng/ml код жена).

Закључак: Иако је просечан индекс телесне масе значајно већи код жена, оне захтевају значајно мање дозетакролимуса, послехроничног, виšekратног дозирања.

Кључне речи: такролимус; терапијски мониторинг лека; трансплантација бубрега; утицај пола; индекс телесне масе; дозирање; терапија.

ЕКОНОМСКО ОПТЕРЕЋЕЊЕ СТОМАТОЛОШКИМ ЗДРАВСТВЕНИМ УСЛУГАМА – РАЗЛИКЕ ИЗМЕЂУ КЛИНИЧКИХ ГРАНА

Јована Ранчић¹, Немања Ранчић²,
Немања Мајсторовић³, Владимир Биочанин⁴,
Марко Милосављевић⁴, Михајло Јаковљевић⁵

¹Специјалистичка стоматолошка ординација „Др Д. Лопичић“, Београд

²Центар за клиничку фармакологију; Медицински факултет Војномедицинске академије, Универзитет одбране у Београду

³Клиника за ортопедију вилица, Стоматолошки факултет Универзитета у Београду

⁴Катедра за стоматологију, Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу

⁵Катедра за фармакологију и токсикологију, Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу, Крагујевац

Увод: Енорман број пацијената, заступљеност акутних стања и висока учесталост компликација чине стоматолошку здравствену заштиту значајним оптерећењем за Републички фонд за здравствено осигурање (РФЗО).

Циљ: Упоредити стварно измерене трошкове на узорку серије пацијената различитих клиничких грана у више установа стоматолошке здравствене заштите, на територији града Београда, у двогодишњем периоду, 2012. и 2013. године.

Метод: Укупни директни медицински трошкови пацијената (прегледи, медицинска нега, пружање фармаколошке и хируршке терапије итд.) везани за њихово основно обољење, анализирани су из перспективе РФЗО, проспективно, на случајном узорку од 567 пацијената. Затим су израчунате средње вредности утрошених услуга по пацијенту, на домаћем тржишту у периоду посматрања. Финансијски параметри су исказани у националној валути, динар (РСД), користећи при обрачуна званични курс

Народне банке Србије средином фискалних година посматрања, 2012. и 2013., а према важећем ценовнику услуга и узимајући у обзир реалну стопу инфлације на домаћем тржишту у истој години.

Резултати: Измерена укупна вредност трошкова на нашем узорку по особи износи: за клиничку дисциплину пародонтологија и орална медицина - 3129 ± 5210 РСД; орална хирургија - 2166 ± 2420 РСД, конзерватива - 2095 ± 692 РСД, дечја и превентивна стоматологија - 2040 ± 1149 РСД, ендодонција - 1774 ± 1388 РСД, радиологија у стоматологији - 708 ± 313 РСД. Сума директних медицинских трошкова стоматолошке здравствене заштите износи по пацијенту 2000 ± 2323 РСД по појединачној посети лекару, а чак $1,133,993$ РСД на нивоу читавог узорка популације.

Закључак: Специфичност стоматолошке потрошње ресурса је у томе да се највећи део ових потреба грађана не покрива из средстава здравственог осигурања (буџета РФЗО) него заправо из џепа грађана. Поређењем стварног обима наших трошкова, условљених пружањем услуга примарне стоматолошке здравствене заштите са искуствима других, уочава се да је обим испод европских земаља. Мерењем стварних, локално измерених трошкова пружања основних превентивних и куративних стоматолошких услуга и настанак првих утемељених националних процена тог оптерећења у Србији било би вишеструко корисно за планирање здравственог буџета у наредним годинама.

Кључне речи: стоматолошке услуге; здравствена економија; анализа потрошње ресурса; трошкови неге.

ЕНДОСКОПСКА ХЕМОСТАЗА КРВАРЕЊИХ УЛКУСА ЖЕЛУЦА И ДУОДЕНУМА – НАША ИСКУСТВА

Драгче Радовановић^{1,2}, Драган Чановић^{1,2},
Марко Спасић^{1,2}, Ненад Марковић^{1,2},

Александар Миловановић¹, Југослав Серафимовић¹,
Стефан Јаковљевић²

¹Клиника за општу и грудну хирургију, Клинички центар “Крагујевац”, Крагујевац

²Факултет медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу, Крагујевац

Увод: Улкуси желуца и дуоденума су најчешћи узрок крварења из горњих партија дигестивног тракта. Лечење крварењих улкуса подразумева конзервативне и оперативне методе. Методе ендоскопске хемостазе су инјекционе (адреналин, склерозантна средства, алкохол, тромбин, фибрински лепак), термичке (електрокоагулација, Nd-Yаgласер, Argonкоагулација, Heater проба), и механичке (хемоклипс, бандинг, стаплери, сутуре).

Циљ: Да прикажемо наша искуства у примени ендоскопске хемостазе код крварећих улкуса желуца и дуоденума.

Метод: За ову ретроспективну студију коришћени су подаци прикупљени из историја болести и ендоскопских налаза Клинике за хирургију и Кабинета за ургентну ендоскопију Клиничког Центра Крагујевац, у периоду од 01.01.2010. до 31.12.2012. године

Резултати: Укупно је урађено 1920 езофагогастроуденоскопија (ЕГДС), од тога 559 због крварења из дигестивног тракта. Било је 198 мушкараца и 361 жена. Највише мушкараца је било 2010. године (43) и то у периоду између 61 и 70 година живота, а највише жена 2011. године (25) у периоду између 71 и 80 година. Највећи број пацијената је имао улкус на желуцу (254). Лечење је у највећем броју случајева било медикаментозно и то код 76% пацијената, инјектовање адреналина и клипсовање крвног суда је примењено код око 20% пацијената, док је оперативно лечено свега око 4% пацијената.

Закључак: Ендоскопска хемостаза је ефикасна и безбедна метода у терапији активног крварења из проксималних партија ГИТ-а. У комбинацији са ИПП се далеко више примењује као метода избора у третману акутних крварења (углавном ињекциона метода). Не треба занемарити ни комфор ендоскопске хемостазе у односу на озбиљан оперативни приступ са ангаовањем читавог хируршког тима. Са свим овим предностима ендоскопска хемостаза се све више примењује у свакодневној пракси и као таква потискује класичну хируршку хемостазу.

Кључне речи: улкус; крварење; хемостаза; гастроскопија.

TREND POTROŠNJE NEOPIOIDNIH ANALGETIKA NA HIRURŠKIM ODELJENJIMA ZDRAVSTVENOG CENTRA „STUDENICA“ U KRALJEVU

*Dejan Aleksić, Andriana Bukonjić, Srđan Stefanović
Fakulteta medicinskih nauka, Univerziteta u
Kragujevcu, Kragujevac*

Uvod: Neopioidni analgetici spadaju u najčešće korišćenu grupu lekova, zbog obima propisivanja i zbog česte samomedikacije. Zbog potencijalnih neželjenih dejstava koje mogu izazvati i velikih troškova koji pritom nastaju, neophodan je bolji uvid u potrošnju ove grupe lekova. Cilj ovog rada je da istraži, utvrdi i analizira potrošnju neopioidnih analgetika u bolničkim uslovima na pet hirurških odeljenja zdravstvenog centra „Studenica“ u Kraljevu koji sekundarnu zdravstvenu zaštitu pruža 125 488 stanovnika, u periodu od 2010 do 2012. godine.

Metod: Urađeno je istraživanje potrošnje neopioidnih analgetika (M01 i N02) u bolničkim uslovima po međunarodno priznatom metodu Svetske zdravstvene organizacije (SZO) zasnovanoj na izražavanju obima upotrebe lekova brojem potrošenih definisanih dnevnih doza (DDD) korišćenih lekova na hiljadu bolesničkih dana. Za statističku obradu podataka korišćen je Kruskal-Wallisov test.

Rezultati: Ukupna prosečna potrošnja lekova za trogodišnji period po odeljenjima statistički se ne razlikuje, iako je primećeno da je najveća prosečna potrošnja na ortopediji (907,79 DDD/1000 bolesničkih dana), a najmanja na ginekologiji (281,93 DDD/1000 bolesničkih dana). Analiza prosečne godišnje potrošnje lekova pokazala je približno istu potrošnju za 2010, 2011. i 2012. godinu. Diklofen je lek koji je prosečno najviše trošen na svim odeljenjima u navedenom periodu, čineći od 78,54 % potrošnje na hirurgiji, pa do 96,52 % na ortopediji. Prosečna potrošnja po lekovima u trogodišnjem periodu najveća je za diklofenak, a najmanje je potrošeno meloksikama ($p < 0,01$). Postoje visoke statistički značajne razlike u potrošnji lekova po odeljenjima, pojedinačno po godinama, u 2010 ($p < 0,01$), 2011 ($p = 0,001$), i 2012. godini ($p < 0,01$).

Zaključak: Veoma je visoka zastupljenost diklofenaka u ukupnoj potrošnji neopioidnih analgetika u bolničkim uslovima. Moguće objašnjenje je pogodan farmaceutski oblik za bolničku primenu i pouzdan terapijski efekat. Ovakav obim potrošnje predstavlja mogući problem jer je diklofenak nesteroidni antiinflamatorni lek sa umerenim rizikom od nastanka neželjenih dejstava. Neophodne su dodatne studije analize potrošnje neopioidnih analgetika da bi se povećao kvalitet i bezbednost propisivanja ove grupe lekova.

Ključne reči: potrošnja lekova; nesteroidni antiinflamatorni lekovi; neopioidni analgetici; hirurška odeljenja.

СТАЊЕ ТЕМПОРОМАНДИБУЛАРНОГ ЗГЛОБА- УТИЦАЈ ПОЛА И СТАРОСТИ

*Немања Ранчић¹, Марко Милосављевић²,
Драгана Даковић³, Адријана Милосављевић³,
Јована Ранчић⁴*

¹Центар за клиничку фармакологију; Медицински факултет Војномедицинске академије, Универзитет одбране у Београду

²Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу, Крагујевац

³Војномедицинска академија, Београд

⁴Специјалистичка стоматолошка ординација „Др Д. Лопичић“, Београд

Увод: Темпоромандибуларни зглоб (ТМЗ) је једини покретни зглоб главе. Леви и десни

функционално чине једну целину. Један је од најактивнијих зглобова у организму због чега постоје многобројне дисфункције у њему.

Циљ: Утврђивање утицаја пола и старости на стање ТМЗ.

Метод: Урађена је проспективна студија серије случајева испитаника свих категорија војних осигураника од 20-64 година старости. Студија је урађена на Одељењу за здравствену заштиту војних осигураника у Панчеву и Београду.

Резултати: Укупно је анализирано 76 испитаника (56 мушкараца или 73,7% и 20 жена) просечне старости $40,03 \pm 12,20$ година. 11 испитаника је пријавило (14,5%) да има субјективне тегобе у ТМЗ, док већина није имала субјективни осећај тегоба у ТМЗ (65 испитаника). Међутим при клиничком прегледу 11 испитаника (14,5%) имало је позитиван клик у ТМЗ, бол на палпацију у пределу ТМЗ имало је 6 испитаника, ограничену мобилност мандибуле (<30мм) није имао ни један испитаник, а 59 је било без знакова обољења ТМЗ. Полне разлике нису значајне што се тиче проблема у ТМЗ ($\chi^2=1,413$; $p=0,235$), док су разлике значајне за знаке обољења ТМЗ ($\chi^2=9,276$; $p=0,010$). Мушкарци који имају знаке обољења ТМЗ имају скоро подједнако често клик (4 испитаника) и бол на палпацију у пределу ТМЗ (5 испитаника), док већина жена има позитиван клик (7 испитаника) а свега 1 жена има бол у пределу ТМЗ на палпацију. Између старости и проблема у ТМЗ односно знацима обољења ТМЗ при прегледу стоматолога није нађена значајна повезаност.

Закључак: Дисфункција ТМЗ је присутна код сваког десетог испитаника, што потврђује значај превентивних прегледа у стоматолошкој ординацији пацијената који се јављају због других услуга и обољења.

Кључне речи: темпоромандибуларни зглоб; популација војних осигураника; орално здравље; пол; старост.

FARMAKOLOŠKA SVOJSTVA BROMELAINA

Nataša Milošević, Maja Milanović, Nataša Milić
Katedra za farmaciju, Medicinski fakultet, Univerzitet u
Novom Sadu, Novi Sad

Bromelain је протеолитички ензим који се налази у високој концентрацији у зрелим стабљиклама ананаса (*Ananas comosus*, fam. Bromeliaceae). Америчка агенција за храну и lekove (FDA) га сврстава на listu bezbednih supstanci koje се користе у прехраненој индустрији као адитив за омекшавање mesa. Danas се на тржишту налазе

preparati koji kombinuju bromelain sa drugim prirodnim sastojcima, kao Phlogenzym®, Wobenzym®, BCQ®, а постоје и preparati u kojima се bromelain налази samostalno. U terapiji gojaznosti bromelain pokazuje lipolitički efekat smanjenjem ekspresije adipocitnih gena i indukcijom apoptoze, odnosno TNF α lipolize u zrelima adipocitima. Nekoliko kliničkih studija su potvrdile da je bromelain podjednako efikasan kao i diklofenak u smanjenju bola, edema i inflamacije kod osteoartritisа kolena usled redukovane produkcije prostaglandina i tromboksana. Bromelain pokazuje i analgetičko i antiedematozno delovanje kod ekstrakcije umnjaka efikasno kao i ketoprofen usled smanjenja medijatora bola, kinina, а uz to olakšava prodor antibiotika u tkivo sa inflamacijom. U randomiziranoj studiji na pedijatrijskoj populaciji sa akutnim sinitisom bromelain je bio efikasniji od standardne terapije i redukovao je nazalnu obstrukciju, rinoreju i inflamatorni bol. Ranije kliničke studije su pokazale da bromelain smanjuje agregaciju trombocita kod pacijenata sa infarktom miokarda i da je delotvoran kao adjuvant kod pacijenata sa akutnim tromboflebitisom. Novija istraživanja potvrđuju da bromelain dozno zavisno povećava fibrinolitičku aktivnost, sprečava aktivaciju trombocita i njihovu adheziju za endotelne ćelije i da in vivo inhibiše formiranje tromba kod pacova sa laserski indukovanom trombozom. U dnevnim dozama od 200-2000 mg bromelain se može koristiti u dužim vremenskim periodima i predstavlja obećavajući lek jer je klinički bezbedan i bez ozbiljnih neželjenih dejstava.

Кључне речи: bromelain; antiinflamatorni efekat; antiagregacioni efekat; lipolitički efekat.

АНТИПРОЛИФЕРАТИВНИ ЕФЕКАТ ЕКСТРАКТА БИЉАКА *LIGUSTRUM VULGARE*, *TEUCRIUM POLLIUM* И ГЉИВЕ *PHELINUS LINTEUS* НА РАСТ А549 ЋЕЛИЈА КАРЦИНОМА ПЛУЋА У КУЛТУРИ

Марија Петровић¹, Милена Ђурчић³, Милан
Станковић³, Сузана Поповић², Дејан Баскић²,
Данијела Тодоровић²

¹Клинички центар "Крагујевац", Крагујевац

²Факултет медицинских наука, Универзитет у
Крагујевцу, Крагујевац

³Природно математички факултет, Крагујевац

Циљ: У овом раду праћени су промена броја и вијабилности ћелија хуманог карцинома плућа током раста у култури. Испитиван је антитуморски ефекат појединачних третмана екстракта биљака *Ligustrum Vulgare* и *Teucrium pollium* и гљиве *Phelinus linteus* на ћелије хуманог карцинома плућа *in vitro*.

Метод: У експериментима је коришћена А549 ћелијска линија хуманог алвеоларног карцинома.

Ћелије су засејаване у микротитар плочама са 96 отвора, при чему се број ћелија по отвору кретао у опсегу од 2000 до 10.000 ћелија. Ћелије су гајене у култури до 9. дана од засејавања, и сваког дана је одређиван број ћелија у монослоју. За праћење ефеката испитиваних екстраката, ћелије су у експоненцијалној фази раста (24h након засејавања 3000 ћелија по отвору) третиране различитим концентрацијама екстраката (0,05, 0,1, 0,25 и 0,5µg/mL) и инкубиране наредних 6h и 48h. За процену вијабилности ћелија током раста у култури и након одговарајућих третмана коришћен је МТТ есеј. Мерна је апсорбанца на 595nm у ЕЛИСА читачу (Zenyth 3100). Из добијених резултата одређене су IC₅₀ вредности.

Резултати: Инхибиција ћелијског раста примењена је при примени сва три екстракта. Антипролиферативни ефекти показују дозну и временску зависност, са смањењем одговарајућих IC₅₀ вредности. Највећу цитотоксичну активност и након 6h и након 48h експозиције агенсу имала је биљка *Ligustrum Vulgare* примењена у концентрацији 0,5mg/mL. Упоређујући IC₅₀ вредности примењених екстраката, показано је да најбољи ефекат остварује екстракт биљке *Ligustrum Vulgare* и 6 сати (IC₅₀=683.7±60.8µg/mL) и 48 сати (IC₅₀=69.1±51.2µg/mL) након третмана.

Закључак: Добијени резултати показују да примењени екстракти садрже природну биоактивну супстанцу са антипролиферативним дејством на хумане А549 ћелије карцинома плућа.

Кључне речи: А549 ћелије карцинома плућа; *Ligustrum Vulgare*; *Teucrium pollium*; *Phelinus linteus*; антипролиферативно дејство.

EVALUACIJA AKTUELNIH STAVOVA O HOMEOPATIJI U APOTEKARSKOJ DELATNOSTI U SRBIJI

Andriana M. Bukonjić, Anđelka M. Prokić, Snežana M. Cupara
Fakultet medicinskih nauka, Univerzitet u Kragujevcu, Kragujevac

Циљ: Циљ овог рада је да евалуира ставове о homeopatiji професионалног особља у farmaceutској делатности, узимајући у обзир изворе информисаности, постојање континуиране едукације и актуелну заступљеност регистрованих homeopatskih preparata на нашем тржишту.

Метод: Истраживање је opservaciono, retrospektivno, dizajnirano као studija preseka. Studijsku populaciju činili су farmaceutski tehničari, magistri/diplomirani farmaceuti i specijalisti farmaceuti, koji delatnost obavljaju u apotekama privatnog ili državnog sektora i bolničkim

apotekama. Истраживање је sprovedeno у Beogradu, Novom Sadu, Nišu i Kragujevcu у periodu april-jun 2013. godine. Izbor apoteka izvršen је metodom randomizacije. Svi analizirani podaci су prikupljeni direktnim pismenim anketiranjem. Tokom distibuiranja pisane ankete ispitanici су bili upoznati са ciljem istraživanja i garantovana im је anonimnost. Prikupljeni podaci су analizirani korišćenjem statističkog paketa SPSS 20.

Резултати: Највећи број (82) испитаника су имали високо образовање - magistri farmacije/ diplomirani farmaceuti (48,8%). Homeopatski lekovi су bili prisutni у 73,8% apoteka - 124 ispitanika је dalo potvrđan odgovor. Descendentni niz zastupljenosti 15 registrovanih homeopatskih lekova у ispitanim apotekama је bio sledeći: Tonsilotren® (15,5%), Influcid® (13,9%), Sinnabsin® (10,1%), Immunokind® (10,1%). Kao најчешћи izvor informisanja о homeopatiji ispitanici navode internet (31%). Kontinuiranu edukaciju iz homeopatije pohađao је 38,1% ispitanika. U cilju kvalitetnog obavljanja farmaceutске delatnosti 70,8% ispitanika (119) је smatralo да је znanje о homeopatiji potrebno.

Закључак: Homeopatija trenutno zauzima skromno, ali postojano mesto у apotekarskoј farmaceutској delatnosti у Srbiji. Višekomponentni homeopatski lekovi су prisutni у većini privatnih i državnih apoteka. Visoko obrazovani kadar је otvoren за kontinuiranu edukaciju i obrazovanje iz homeopatije koje је neophodno у cilju kvalitetnije usluge koja се pruža pacijentima.

Кључне речи: homeopatija; farmaceutска delatnost; lekovi.

REAKTIVNI ADHEZIVNO-EKSUDATIVNI PERIKARDITIS KAO POSLEDICA NEPREPOZNATE RUPTURE DESNE KOMORE ELEKTRODOM PRIVREMENOG PEJSMEJKERA, PRIKAZ SLUČAJA

Zoran Stajić¹, Dragan Tavčiovski¹, Žarko Vučinić¹, Radomir Matunović¹, Predrag Đurić¹, Zdravko Mijailović¹, Radoje Ilić², Biljana Lazović³
¹Klinika za kardiologiju, Vojnomedicinska akademija, Beograd

²Klinika za kardiohirurgiju, Vojnomedicinska akademija, Beograd

³Klinika za internu medicinu, Kliničko-bolnički centar Zemun, Beograd

Увод: Ruptura desne komore elektrodom privremenog pejsmejkera је veoma retka komplikacija implantacije са incidencijom > 1%, која се manifestuje tokom same procedure или neposredno nakon procedure. Kasna prezentacija posle nekoliko meseci је izuzetno retka.

Prikaz slučaja: Pacijent star 79 godina, primljen je zbog kompletnog AV-bloka III stepena (33/min). Odmah nakon prijema implantiran je privremeni pejsmejker bez komplikacija. Nakon 7 dana implantiran je trajni pejsmejker a eksplaniran privremeni. Intervencija i hospitalni tok su protekli uredno. Pacijent je bio bez tegoba prvih mesec dana, nakon čega se tokom drugog meseca javilo progresivno zamaranje, bolovi u grudima i gušenje pri naporu, zbog čega se javio na vanrednu kontrolu pri kojoj je radiografijom uočena kardiomegalija. Ehokardiografijom je potvrđeno postojanje umerenog cirkularnog perikardnog izliva (18mm) sa fibrilnskim trakama dominantno oko desne komore. Učinjena je hirurška perikardiocenteza i evakuisano je ukupno 250ml sero-sangvinolentnog sadržaja, a perikardioskopijom su viđene fibrinske trake na epikardu i uzet je isečak za biopsiju. Patohistološki je potvrđena dijagnoza reaktivnog perikarditisa. Kateter je izvađen 3. dana nakon potpunog prestanka drenaže, a ehokardiografski je potvrđeno odsustvo perikardnog izliva. Nastavljene su redovne mesečne kliničke i ehokardiografske kontrole narednih 6 meseci tokom kojih je bio bez tegoba i bez rezidualnog perikardnog izliva.

Zaključak: Kod bolesnika sa implantiranim pejsmejkerom treba uvek imati u vidu mogućnost komplikacije u vidu rupture miokarda elektrodom pejsmejкера, koja se može manifestovati tek nekoliko meseci nakon procedure pojavom reaktivnog atezivno-eksudativnog perikarditisa.

Ključne reči: pejsmejker; rupura desne komore; perikarditis; perikardiocenteza.

“OFF-LABEL PCI” JEDNOSTRUKOM ANTIAGREGACIONOM TERAPIJOM - PRIKAZ SLUČAJA

Zoran Stajić¹, Dragan Tavčiovski¹, Žarko Vučinić¹, Radomir Matunović¹, Biljana Lazović²,

Maja Stojanović¹, Predrag Đurić¹, Zdravko Mijailović¹

¹Klinika za kardiologiju, Vojnomedicinska akademija, Beograd

²Klinika za internu medicinu, Kliničko-bolnički centar Zemun, Beograd

Uvod: Prema aktuelnim evropskim i američkim smernicama za perkutane koronarne intervencije (PCI), standardni režim PCI je dvojna antiagregaciona terapija koja obuhvata Aspirin i još jedan lek iz grupe tienopiridina (Klopidogrel, Prasugrel ili Tikagrelol). Međutim, u kliničkoj praksi problem može predstavljati alergija na Aspirin kod pacijenata koji imaju koronarnu bolest, a ne žele da se podvrgnu hirurškoj revaskularizaciji miokarda..

Prikaz slučaja: Pacijent star 46 godina, primljen je radi koronarografije, zbog tegoba po tipu nestabilne angine pectoris. Od faktora rizika imao je dug pušački staž, trigliceridemiju i arterijsku hipertenziju. Od ranije je znao za alergiju na Aspirin. Koronarografijom je nađena subokluzija medijalnog segmenta OM2, dok na ostalim koronarnim arterijama nije bilo značajnih promena. S obzirom da pacijent bio motivisan za PCI, pored Enoxaparina u terapiju je uveden i Prasugrel 10mg/d. Nakon pet dana urađen je test agregabilnosti trombocita koji je pokazao dobar odgovor na Prasugrel, nakon čega je u istoj hospitalizaciji urađena PCI OM2 sa implantacijom jednom metalnog stenta (Driver 2.75x15mm). Narednih 6 meseci nastavljena je terapija Prasugrelom kao jedinim antiagregacionim lekom, i pacijent je bio bez tegoba. Nakon 6 meseci urađena je kontrolna rekoronarografija koja je pokazala neznačajnu difuznu instent restenozu oko 20% na mid OM2. Nakon toga isključen je Prasugrel a nastavljeno je sa ostalom kardiološkom terapijom.

Zaključak: Perkutana koronarna intervencija bez Aspirina može biti bezbedna i jednako efikasna kod pacijenata alergičnih na Aspirin, kod kojih je prethodno postignuta dobra inhibicija funkcije trombocita primenom drugog antitrombocitnog leka, kao što smo mi prikazali sa Prasugrelom.

Ključne reči: perkutana koronarna intervencija; prasugrel; aspirin; jednostruka antiagregaciona terapija; alergija.

PLENARNA PREDAVANJA

FLEGMONA PODA USNE DUPLJE

Nebojša Jović¹, Miroslav Obrenović²

¹Klinika za maksilofacijalnu hirurgiju, Medicinski fakultet VMA Univerzitet odbrane, Beograd

²Medicinski fakultet, Univerzitet Istočno Sarajevo, Foča, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina

Uzroci nastanka infekcije u maksilofacijalnoj regiji su: u 10% slučajeva povrede mekih tkiva; frakture mandibule; sklopetaarne povrede. Operativni zahvati u predelu usne duplje i vrata- intraoralni tumorisa primarnom rekonstrukcijom, disekcije vrata. Tumori orofacijalne regije. Peritonozilarni apsces - kod dece. Intravenski narkomani - veliki krvni sudovi vrata. Dentogene infekcije u 90% slučajeva. Faktori koji utiču na širenje infekcije su: vrsta, virulencija i broj mikroorganizama. Neblagovremena drenaža gnoja. Nepovoljno opšte stanje organizma - virusne infekcije, diabetes, alkoholizam, iznurenost – malnutricija. Najčešći izazivači su: izolovane i mešovite (češće) infekcije i aerobni i anaerobni mikroorganizmi: (*Streptococcus* *betahemolyticus*; *Staphylococcus*; *Bacterioides*; *Klebsiella*; *Esherishia*; *Pseudomonas*; *Clostridium*; *Fusobacterium*. Angina Ludovici: zahvata oba sublingvalna, oba submandibularna i submentalni prostor, otok tvrd »kao daska« – fenomen duple brade, trizmus, intraroralno - fenomen »petlove kreste« Kriterijumi za dijagnozu - Ludvigove angine (Grodinsky, 1939): Nikada nema formiranja apscesa, nikada ne zahvata samo jedan prostor – obično mada ne isključivo je obostrana, dolazi do eksudacije serosangvinozne tečnosti sa minimalnom količinom gnoja. Komplikacije: septični tromboflebitis v. jugularis interne, sepsa – septične temperature, noćno znojenje, jeza, drhtavica, bakterijemija, septična plućna embolija, tromboza v. subklavije. Lečenje: obezbeđenje disanja, preventivana endotrahealna intubacija sa relaksacijom halotanom – 72 časa; fiberoptička endotrahealna intubacija; semi - elektivna traheotomija; urgentna traheotomija, incizija i drenaža, otklanjanje uzroka, antibiotika (cefalosporini: Ceftriaxon 2x2g; Tolycar 2x2g., aminoglikozidi: Amikacin 500mg x 2; Garamycin 80mg x 2., Metronidazol: Efloran 500–750mg x 3; Orvagil 3x400mg.). Opasnosti od nepravilnog lečenja su neprepoznavanje razvoja infekcije, neadekvatne antibiototerapije, prisustvo sistemskih obolenja, imuno deficijenta stanja, dijabetes. Uspešno lečenje se sprovodi samo dobrom koordinacijom više specijalnosti (maksilofacijalni hirur, grudni hirur, infektolog, opštihirur i gastroenterolog).

Ključne reči: flegmona; usna duplja; angina ludovici; antibiotici.

FRAKTURE ORBITE:

MULTIDISCIPLINARNI PRISTUP U DIJAGNOSTICI I LIJEČENJU – NAŠA ISKUSTVA

Miroslav Obrenović, Nebojša Jović, B. Kujundžić, V. Mitrović, S. Šolaja, Ranko Golijanin, Lj. Krsmanović, M. Gigović, V. Saratlić

Odjeljenje za maksilofacijalnu i oralnu hirurgiju, Odjeljenje za otorinolaringologiju, Odjeljenje za opštu hirurgiju – odsjek za neurohirurgiju, Odjeljenje za oftalmologiju, Služba za radiologiju, Univerzitetaska bolnica, Foča, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina

Uvod: Frakture orbitalnog zida spadaju u relativno česte povrede midfacijalne regije, bilo da se pojavljuju izolovano kao „blow-out“ ili „blow-in“ frakture, ili u sklopu preloma zigomatikomaksilarnog kompleksa, kraniofacijalnih i/ili nazofrontoetmoidalnih fraktura i dr. Najčešće nastaju kao posljedica nasilja, saobraćajnog traumatizma, sportskih povreda itd. Klinički, mogu da se manifestuju periorbitalnim hematomom, diplopijom, oftalmoplegijom, distopijom bulbusa, parestezijama zahvaćene midfacijalne strane itd. U dijagnostici i planiranju liječenja, pored anamnestičkih podataka, kliničke slike, standardnih radiografskih metoda, neophodan je multidisciplinarni pristup u tretmanu pacijenata sa ovakvim povredama, koji se ogleda u angažovanju specijalista različitih specijalnosti i korišćenju više dijagnostičkih procedura, a u cilju adekvatne evaluacije i planiranja liječenja. Cilj naše usmene prezentacije je da se prikaže serija od 32 pacijenta sa orbitalnim frakturama liječena u Odjeljenju za maksilofacijalnu hirurgiju naše ustanove u periodu mart 2011 god – oktobar 2013 god, učestalost, mehanizam nastanka, klinička slika, dijagnostičke metode, planiranje i izvođenje operativnih zahvata uz poseban osvrt na operativne pristupe, kao i na naša iskustva sa alotransplantacionim i osteosintetskim materijalima korišćenim tokom operativnog liječenja ovih specifičnih preloma kostiju viscerokranijuma.

Ključne riječi: orbitalne frakture; multidisciplinarni pristup; aloplastika; osteosinteza.

INSTRUKCIJE AUTORIMA ZA PRIPREMU RUKOPISA

MEDICINSKI ČASOPIS objavljuje na srpskom i engleskom jeziku originalne naučne i stručne članke, prikaze slučaja, revijske radove, pisma uredniku, prikaz objavljenih knjiga i druge sadržaje iz medicine i srodnih nauka.

Adresa za korespondenciju:

Prof. dr Dragan R. Milovanović

SLD Podružnica Kragujevac

Zmaj Jovina 30, 34000 Kragujevac

Tel. 034 372 169, tel./faks: 034 337 583

E-mail: medicinskicasopis@gmail.com

(slfskckg@nadlanu.com)

Rukopise treba pripremiti u skladu sa "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals" (www.icmje.org) koje je propisao Međunarodni komitet izdavača medicinskih časopisa.

Originalni rukopisi će biti prihvaćeni podrazumevajući da su poslani samo MEDICINSKOM ČASOPISU. Rukopisi koji su prihvaćeni za štampu postaju vlasništvo MEDICINSKOG ČASOPISA i ne mogu se publikovati bilo gde bez pismene dozvole izdavača i glavnog urednika. MEDICINSKI ČASOPIS ne objavljuje rukopise koji sadrže materijal koji je već bio objavljan na drugom mestu, izuzev ako je u pitanju sažetak od 400 reči najviše. Podneti radovi podležu nezavisnim, anonimnim recenzijama.

Rukopis

Rukopisi se podnose u elektronskoj formi putem sistema ASEESTANT (SouthEast European Journals Production Assistant) pristupom na link <http://aseestant.ceon.rs/index.php/mckg/login> a samo izuzetno na e-mail adresu časopisa. Rukopis treba da bude pripremljen kao tekstualna datoteka (Word for Windows), veličine A4 sa dvostrukim proredom (uključujući reference, tabele, legende za slike i fusnote) i sa marginama 2 ili 2,5 cm. Složeni grafički prilozi (grafikoni, slike) mogu da se prilože kao posebni, dopunski fajlovi.

Rukopis originalnog rada mora biti organizovan na sledeći način: naslovna strana na srpskom jeziku, sažetak na srpskom jeziku, naslovna strana na engleskom jeziku, apstrakt na engleskom jeziku, uvod, bolesnici i metode/ispitanici i metode/materijal i metode, rezultati, diskusija, literatura, tabele, slike, legende za i slike. Ako je potrebno zahvalnost, napomene i konflikt interesa upisati na stranicu iza diskusije. Struktura glavnog teksta drugih tipova rukopisa (pregledi, prikazi slučajeva, seminari i drugo) se formira kako je primenljivo.

Svaki deo rukopisa (naslovna strana, itd.) mora početi na posebnoj strani. Sve stranice moraju biti numerisane po redosledu, počev od naslavne strane.

Obim rukopisa. Celokupni rukopis rada, koji čine naslovna strana, kratak sadržaj, tekst rada, spisak literature, svi prilozi, odnosno potpisi za njih i legenda (tabele, slike, grafikoni, sheme, crteži), naslovna strana i sažetak na engleskom jeziku, treba najviše da iznosi za originalni rad, saopštenje, rad iz istorije medicine i pregled literature od

5.000 do 7.500 reči, a za prikaz bolesnika, rad za praksu, edukativni članak od 3.000 do 5.000 reči; ostali radovi mogu imati od 1.500 do 3.000 reči; ostali prilozi mogu imati do 1.500 reči.

Sva merenja, izuzev krvnog pritiska, moraju biti izražena u internacionalnim SI jedinicama, a ako je neophodno, i u konvencionalnim jedinicama (u zagradi). Za lekove se moraju koristiti generička imena. Zaštićena imena se mogu dodati u zagradi.

Naslovna strana

Naslovna strana sadrži naslov rada, puna prezimena i imena svih autora, naziv i mesto institucije u kojoj je rad izvršen, zahvalnost za pomoć u izvršenju rada (ako je ima), objašnjenje skraćenica koje su korišćene u tekstu (ako ih je bilo) i u donjem desnom uglu ime i adresu autora sa kojim će se obavljati korespondencija.

Naslov rada treba da bude sažet, ali informativan.

Ako je bilo materijalne ili neke druge pomoći u izradi rada, onda se može sažeto izreći zahvalnost osobama ili institucijama koje su tu pomoć pružile.

Treba otkucati listu svih skraćenica upotrebljenih u tekstu. Lista mora biti uređena po azbučnom redu (ili abecednom, ako se koristi latinica) pri čemu svaku skraćenicu sledi objašnjenje. Uopšte, skraćenice treba izbegavati, ako nisu neophodne.

U donjem desnom uglu naslovne strane treba otkucati ime i prezime, telefonski broj, broj faksa i tačnu adresu autora sa kojim će se obavljati korespondencija.

Stranica sa sažetkom

Sažetak sadrži do 250 reči. Za radove sa originalnim podacima (originalni naučni rad, stručni rad i dr.) sažetak treba da je strukturisan sa sledećim paragrafima: cilj, metode, rezultati, zaključak. Za ostale tipove radova (pregledni članak, pregled literature i dr.) sažetak se dostavlja kao jedinstveni paragraf. Na kraju sažetka navesti najmanje 3 ključne reči, prema terminima datim u MESH klasifikaciji.

Stranica sa sažetkom na engleskom jeziku

Treba da sadrži pun naslov rada na engleskom jeziku, kratak naslov rada na engleskom jeziku, naziv institucije gde je rad urađen na engleskom jeziku, tekst sažetka na engleskom jeziku i ključne reči na engleskom jeziku.

Stranica sa uvodom

Uvod treba da bude sažet i da sadrži razlog i cilj rada.

Bolesnici i metode/materijal i metode

Treba opisati izbor bolesnika ili eksperimentalnih životinja, uključujući kontrolu. Imena bolesnika i brojeve istorija ne treba koristiti.

Metode rada treba opisati sa dovoljno detalja kako bi drugi istraživači mogli proceniti i ponoviti rad.

Kada se piše o eksperimentima na ljudima, treba priložiti pismenu izjavu u kojoj se tvrdi da su eksperimenti obavljani u skladu sa moralnim standardima Komiteta za eksperimente na ljudima institucije u kojoj su autori radili, kao i prema uslovima Helsinške deklaracije. Rizične procedure ili hemikalije koje su upotrebljene se moraju opisati do detalja, uključujući sve mere predstrožnosti. Takođe, ako je rađeno na životinjama, treba priložiti izjavu da se sa njima postupalo u skladu sa prihvaćenim standardima.

Treba navesti statističke metode koje su korišćene u obradi rezultata.

Rezultati

Rezultati treba da budu jasni i sažeti, sa minimalnim brojem tabela i slika neophodnih za dobru prezentaciju.

Diskusija

Ne treba činiti obiman pregled literature. Treba diskutovati glavne rezultate u vezi sa rezultatima objavljenim u drugim radovima. Pokušti da se objasne razlike između dobijenih rezultata i rezultata drugih autora. Hipoteze i spekulativne zaključke treba jasno izdvojiti. Diskusija ne treba da bude ponovo iznošenje zaključaka.

Literatura

Reference se u tekstu označavaju arapskim brojevima u zagradama. Brojeve dobijaju prema redosledu po kome se pojavljuju u tekstu. Personalna pisma i neobjavljeni rezultati se ne citiraju, ali se mogu pomenuti u tekstu u zagradi. Skraćenice imena časopisa treba načiniti prema skraćenicama koje se koriste u PubMed/MEDLINE-u. Reference treba navoditi na sledeći način:

Članak (svi autori se navode ako ih je šest i manje; ako ih je više, navode se samo prva tri i dodaje se "et al.")

12 - Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD, Melton LJ 3rd. Dyspepsia and dyspeptic subgroups: A population - based study. *Gastroenterology* 1992; 102: 1259-68.

Knjiga

17 - Sherlock S. Disease of the liver and biliary system. 8th ed. Oxford: Blackwell Sc Publ, 1989.

Glava i li članak u knjizi

24 - Trier JJ. Celiac sprue. In: Sleisenger MH, Fordtran JS, eds. *Gastrointestinal disease*. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 1989: 1134-52.

Podaci sa interneta

Citirati samo ako je neophodno na sledeći način: autor (ako je poznat), naslov sadržaja, grad u kome je sedište autora/vlasnika internet stranice/sadržaja, naziv autora/vlasnika internet stranice/sadržaja, godina kreiranja internet stranice/sadržaja i internet adresa (u zagradi). Podatke o autoru/vlasniku preuzeti iz rubrike kontakt ili odgovarajuće.

Autori su odgovorni za tačnost referenci.

Tabele

Tabele se kucaju na posebnim listovima, sa brojem tabele i njenim nazivom iznad. Ako ima kakvih objašnjenja, onda se kucaju ispod tabele.

Slike i legende za slike

Sve ilustracije (fotografije, grafici, crteži) se smatraju slikama i označavaju se arapskim brojevima u tekstu i na legendama, prema redosledu pojavljivanja. Treba koristiti minimalni broj slika koje su zaista neophodne za razumevanje rada. Slike nemaju nazive. Slova, brojevi i simboli moraju biti jasni, pro-porcionalni, i dovoljno veliki da se mogu reprodukovati. Pri izboru veličine grafika treba voditi računa da prilikom njihovog smanjivanja na širinu jednog stupca teksta neće doći do gubitka čitljivosti. Legende za slike se moraju dati na posebnim listovima, nikako na samoj slici.

Ako je uvećanje značajno (fotomikrografije) ono treba da bude naznačeno kalibracionom linijom na samoj slici. Dužina kalibracione linije se unosi u legendu slike.

Treba poslati dva kompleta slika, u dva odvojena koverta, zaštićene tvrdim kartonom. Na pozadini slika treba napisati običnom olovkom prezime prvog autora, broj slike i strelicu koja pokazuje vrh slike.

Uz fotografije na kojima se bolesnici mogu pre-poznati treba poslati pismenu saglasnost bolesnika da se one objave.

Za slike koje su ranije već objavljivane treba navesti tačan izvor, treba se zahvaliti autoru, i treba priložiti pismeni pristanak nosioca izdavačkog prava da se slike ponovo objave.

Pisma uredniku

Mogu se publikovati pisma uredniku koja se odnose na radove koji su objavljeni u MEDICINSKOM ČASOPISU, ali i druga pisma. Ona mogu sadržati i jednu tabelu ili sliku, i do pet referenci.

Propratno pismo. Uz rukopis obavezno priložiti pismo koje je potpisao korespondirajući autor, a koje treba da sadrži: izjavu da rad prethodno nije publikovan i da nije istovremeno podnet za objavljivanje u nekom drugom časopisu, te izjavu da su rukopis pročitani i odobrili svi autori koji ispunjavaju merila autorstva. Takođe je potrebno dostaviti kopije svih dozvola za: reprodukovanje prethodno objavljenog materijala, upotrebu ilustracija i objavljivanje informacija o poznatim ljudima ili imenovanje ljudi koji su doprineli izradi rada.

Napomena. Rad koji ne ispunjava uslove ovog uputstva ne može biti upućen na recenziju i biće vraćen autorima da ga dopune i isprave. Pre štampanja prihvaćenog rada svaki od autora mora da dostavi izjavu o radu i prenosu izdavačkih prava, svojeručno potpisano i datiranu, u skladu sa uputstvima uredništva.

INSTRUCTIONS TO AUTHORS FOR MANUSCRIPT PREPARATION

MEDICAL JOURNAL publishes original papers, case reports, multi-center trials, editorials, review articles, letters to the Editor, other articles and information concerned with practice and research in medicine and related sciences, written in the English or Serbian language.

Address for correspondence:

Prof. Dragan R. Milovanovic, MD, PhD
 Editor-in-Chief, Medical Journal
 Clinical Centre Kragujevac
 Zmaj Jovina 30, 34000 Kragujevac, Serbia
 Tel.: *381 34 372 169, Fax: *381 34 337 583
 e-mail: medicinskicasopis@gmail.com,
 (slfskckg@nadlanu.com)

Manuscripts are prepared in accordance with "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals" developed by the International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org). Please consult these instructions and a recent issue of *Medical Journal* in preparing your manuscript.

Original manuscripts will be accepted with the understanding that they are solely contributed to *Medical Journal*. Manuscripts, accepted for publication, become the property of the Journal, and may not be published elsewhere without written permission from both the editor and the publisher. The Journal does not publish papers containing material that has been published elsewhere except as an abstract of 400 words or less; previous publication in abstract form must be disclosed in a footnote. Submitted articles are subject to independent, anonymous peer-review.

Manuscript

Manuscripts are submitted electronically through the ASEESTANT (SouthEast European Journals Production Assistant) system approaching it by the link <http://aseestant.ceon.rs/index.php/mckg/login> and only exceptionally by e-mail address of the journal. The manuscript should be prepared in English, as a text file (Word for Windows), sized A4, double-spaced (including references and tables, figure legends and footnotes) and with margins of 2 or 2.5 cm. Complex graphical illustrations (graphs, pictures) can be attached as a separate, additional files.

The manuscript of the original article should be organized in the following sections: title page, abstract, introduction, patients and methods / subjects and methods / material and methods, results, discussion, references, tables, figures, figure legends. If necessary acknowledgement, notes and conflict of interest should be written on a page after discussion. The structure of the body text of other types of manuscripts (reviews, case reports, seminars, etc.) is formed as applicable.

Each *manuscript component* (title page, etc.) begins on a separate page. All pages are numbered consecutively beginning with the title page.

Manuscript volume. The complete manuscript, which includes title page, short abstract, text of the article, literature, all figures and permissions for them and legends (tables, images, graphs, diagrams, drawings), title page and abstract in English, can have the length from 5000 to 7500 words for original paper, report, paper on the history of medicine and literature overview, while for patient presentation, practice paper, educative article it can be from 3000 to 5000 words; other articles could be from 1.000 to 3.000 words; other contributions could be up to 1.500 words.

All measurements, except blood pressure, are reported in the System International (SI) and, if necessary, in conventional units (in parentheses). Generic names are used for drugs. Brand names may be inserted in parentheses.

Title page

The title page contains the title, full names of all the authors, names and full location of the department and institution where work was performed, acknowledgments, abbreviations used, and name of the corresponding author.

The title of the article is concise but informative, and it includes animal species if appropriate.

A brief acknowledgment of grants and other assistance, if any, is included.

A list of abbreviations used in the paper, if any, is included. List abbreviations alphabetically followed by an explanation of what they stand for. In general, the use of abbreviations is discouraged unless they are essential for improving the readability of the text.

The name, telephone number, fax number, and exact postal address of the author to whom communications and reprints should be sent, are typed at the lower right corner of the title page.

Abstract page

Abstract contains up to 250 words. Manuscripts with original data (original scientific work, professional work, etc..) have the abstract structured with the following paragraphs: objective, methods, results and conclusion. For other types of papers (review article, literature review, etc..), abstract is provided as a single paragraph. At the end of the abstract at least 3 key words, should be provided, according to the terms set out in the MESH classification.

Introduction page

The introduction is concise, and states the reason and specific purpose or the study.

Patients and methods / Material and methods

The selection of patients or experimental animals, including controls is described. Patients' names and hospital numbers are not used.

Methods are described in sufficient detail to permit evaluation and duplication of the work by other investigators.

When reporting experiments on human subjects, it should be indicated whether the procedures followed were in accordance with ethical standards of the Committee on human experimentation of the institution in which they were done and in accordance with the Declaration of Helsinki. Hazardous procedures or chemicals, if used, are described in detail, including the safety precautions observed. When appropriate, a statement is included verifying that the care of laboratory animals followed the accepted standards.

Statistical methods used, are outlined.

Results

Results are clear and concise, and include a minimum number of tables and figures necessary for proper presentation.

Discussion

An exhaustive review of literature is not necessary. The major findings should be discussed in relation to other published works. Attempts should be made to explain differences between results of the present study and those of the others. The hypothesis and speculative statements should be clearly identified. The discussion section should not be a restatement of results, and new results should not be introduced in the discussion.

References

References are identified in the text by Arabic numerals in parentheses. They are numbered consecutively in the order in which they appear in the text. Personal communications and unpublished observations are not cited in the reference list, but may be mentioned in the text in parentheses. Abbreviations of journals conform to those in PubMed/MEDLINE. The style and punctuation conform to the *Medical Journal* style requirements. The following are examples:

Article (all authors are listed if there are six or fewer; otherwise only the first three are listed followed by "et al.")

12 - Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD, Melton LJ 3rd. Dyspepsia and dyspeptic subgroups: A population-based study. *Gastroenterology* 1992; 102: 1259-68.

Book

17 - Sherlock S. Diseases of the liver and biliary system. 8th ed. Oxford: Blackwell Sc Publ. 1989.

Chapter or article in a book

24 - Trier JJ. Celiac sprue. In: Sleisenger MH, Fordtran J5, eds. *Gastro-intestinal disease*. 4 th ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 1989: 1134-52.

Data from the Internet

Quote only if necessary as follows: author (if known), the title of the content, the city where the headquarters of the author/owner of the website/content is located, the name of the author / name of the owner of the website/content, the year of creating web pages/content and internet address (in parentheses). Information about the author/owner of the sections should be taken from the contact or other appropriate section.

The authors are responsible for the exactness of reference data.

Tables

Tables are typed on separate sheets with figure numbers (Arabic) and title above the table and explanatory notes, if any, below the table.

Figures and figure legends

All illustrations (photographs, graphs, diagrams) are to be considered figures, and are numbered consecutively in the text and figure legend in Arabic numerals. The number of figures included is the least required to convey the message of the paper, and no figure duplicates the data presented in the tables or text. Figures do not have titles. Letters, numerals and symbols must be clear, in proportion to each other, and large enough to be readable when reduced for publication. Figures are submitted as near to their printed size as possible. Figures are reproduced in one of the

following width sizes: 8 cm, 12 cm or 17 cm, and with a maximal length of 20 cm. Legends for figures should be given on separate pages.

If magnification is significant (photomicrographs), it is indicated by a calibration bar on the print, not by a magnification factor in the figure legend. The length of the bar is indicated on the figure or in the figure legend.

Two complete sets of high quality unmounted glossy prints are submitted in two separate envelopes, and shielded by an appropriate cardboard. The backs of single or grouped illustrations (plates) bear the first author's last name, figure number, and an arrow indicating the top. This information is penciled in lightly or placed on a typed self-adhesive label in order to prevent marking the front surface of the illustration.

Photographs of identifiable patients are accompanied by written permission from the patient.

For figures published previously, the original source is acknowledged, and written permission from the copyright holder to reproduce it is submitted.

Color prints are available by request at the author's expense.

Letters to the Editor

Both letters concerning and those not concerning the articles that have been published in *Medical Journal* will be considered for publication. They may contain one table or figure and up to five references.

Cover letter. The letter which is signed by corresponding author must be attached with the manuscript. The letter should consist of: the statement that the paper has not been published previously and that it is not submitted for publication to some other journal, the statement that the manuscript has been read and approved by all the authors who fulfill the authorship criteria. Furthermore, authors should attach copies of all permits: for reproduction of previously published materials, for use of illustrations and for publication of information about publicly known persons or naming the people who contributed to the creation of the work.

Note. The paper which does not fulfill the conditions set in this instruction cannot be set to reviewers and will be returned to the authors for amendments and corrections. Before publishing of accepted paper each of the authors must provide the statement about manuscript and copyright transfer, personally signed and dated, according to the instructions of the editorial office.

Proofs

All manuscripts will be carefully revised by the publisher's desk editor. Only in case of extensive corrections will the manuscript be returned to the authors for final approval. In order to speed up the publication no proof will be sent to the authors but will be read by the editor and the desk editor.



ISSN 0350-1221 = Medicinski časopis
COBISS.SR-ID 81751559